



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mardi 4 mai 2010 — Vol. 41 N° 41

Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (3): volet Santé

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Yvon Vallières**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries, de l'énergie et des ressources naturelles	50,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture et de l'éducation	100,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des relations avec les citoyens	25,00 \$
Commission de la santé et des services sociaux	75,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 4 mai 2010 — Vol. 41 N° 41

Table des matières

Santé	
Discussion générale (suite)	1
Procréation assistée	1
Politique concernant le prix des médicaments	4
Budget de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	8
Budget discrétionnaire du ministre (suite)	9
Coût des missions hors Québec	10
Contribution de la population au financement du système de santé	10
Pénurie de personnel médical	13
Dossier de santé du Québec (suite)	16
Prestation de services ambulanciers (suite)	19
Investissements dans les infrastructures et équipements spécialisés	20
Intégration des médecins étrangers	21
Mobilité des médecins (suite)	22
Prestation de services ambulanciers (suite)	24
Maison de naissance en Montérégie	24
Prestation de services ambulanciers (suite)	24
Participation des médecins au régime public de santé (suite)	25
Dossier de santé du Québec (suite)	25
Accès à un médecin de famille	28
Plans d'effectifs médicaux	30
Recours à des agences de personnel privées dans des établissements publics de santé	31
Plans d'effectifs médicaux (suite)	32
Maison de naissance en Montérégie (suite)	32
Recours à des agences de personnel privées dans des établissements publics de santé (suite)	32
Plans d'effectifs médicaux (suite)	35
Système d'automatisation et de robotisation pour la distribution du médicament	36
Contribution de la population au financement du système de santé (suite)	37
Travaux de rénovation à l'Hôpital du Haut-Richelieu	41
Application de la méthode Toyota au domaine de la santé	42
Accessibilité aux services de la RAMQ	43
Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés	44
Prestation de services ambulanciers (suite)	45
Heures d'ouverture du service des urgences de l'Hôpital Chauveau	46
Attribution de contrats en communication	48
Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (suite)	49
Services offerts en radio-oncologie	52
Prévention du suicide	54
Coopératives de santé	55
Situation financière des établissements publics	56
Négociations relatives à l'Hôpital Sainte-Anne, à Sainte-Anne-de-Bellevue	58
Application de la méthode Toyota au domaine de la santé (suite)	61
Assurance qualité des tests de pathologie	62
Procréation assistée (suite)	62
Entrée en vigueur de la Loi facilitant les dons d'organes	63
Maladies rares et orphelines	64
Délais d'attente dans les salles d'urgences	65
Condition masculine	66
Prévention et contrôle des infections nosocomiales	67
Conditions de travail du personnel du réseau de la santé	68
Fonctionnement des blocs opératoires	68
Services de néonatalogie	70

Table des matières (suite)

Intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

M. Yves Bolduc

Mme Maryse Gaudreault

M. Bernard Drainville

M. Vincent Auclair

M. Gérard Deltell

M. Amir Khadir

M. Gilles Lehouillier

Mme Denise Beaudoin

M. Germain Chevarie

M. Gerry Sklavounos

M. Dave Turcotte

Mme Filomena Rotiroti

Mme Sylvie Roy

* M. Michel A. Bureau, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. Michel Delamarre, idem

* M. Bernard LeFrançois, idem

* M. Daniel Gaudreau, idem

* M. John Gauvreau, idem

* M. Antoine Loutfi, idem

* M. Richard Audet, RAMQ

* Mme Christiane Beauchemin, idem

* M. Gaétan Thériault, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 4 mai 2010 — Vol. 41 N° 41

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3): volet Santé

(Dix heures quatre minutes)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! Je demande à tout le monde dans la salle de prendre place, s'il vous plaît. Alors, je constate quorum des membres de la Commission de la santé et des services sociaux.

Donc, je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission. La commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé et des crédits budgétaires du portefeuille Santé et services sociaux pour l'année financière 2010-2011.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Auclair (Vimont) remplace Mme Rotiroti (Jeanne-Mance—Viger) et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace Mme Poirier (Hochelaga-Maisonnette).

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Bienvenue. Alors, il faut un consentement. On a commencé à 10 h 4. Alors, on va terminer à 12 h 4. Est-ce qu'il y a consentement? Alors, tout est en ordre.

Santé

Discussion générale (suite)

Alors, on va commencer. Malheureusement, j'ai manqué votre session d'hier, mais on va commencer ce matin avec un bloc pour les députés ministériels de 20 minutes, et je suis prêt à céder la parole à Mme la députée de Hull, tout en disant bonjour et bienvenue au ministre de la Santé et des Services sociaux et député de Jean-Talon et son équipe. Mme la députée de Hull.

Procréation assistée

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Bienvenue à vous, bienvenue à tous. Nous nous retrouvons ce matin toujours à l'étude des crédits pour le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Je vais vous parler d'un sujet qui a fait couler beaucoup d'encre et je veux parler de la procréation assistée. Le 22 avril 2009, il y a eu le dépôt du projet de loi n° 26 qui visait à encadrer les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée. Vous savez que notre système de santé est le système le plus généreux en Amérique du Nord en cette matière. J'aimerais aussi rappeler que notre gouvernement avait bonifié le crédit d'impôt remboursable de 30 % à 50 % pour frais reliés au traitement de l'infertilité au moment où on avait travaillé d'abord avec le ministre Philippe Couillard, en commission parlementaire où des groupes étaient venus nous rencontrer. J'ai souvenir de la présence de Mme Julie Snyder qui avait fait toute une présentation à ce sujet.

Alors, notre gouvernement a démontré encore sa détermination à soutenir les couples qui doivent avoir

recours à cette pratique pour fonder une famille. On sait que personne n'est à l'abri d'avoir des difficultés, des problèmes d'infertilité. Moi, à titre de fière maman de deux belles adolescentes, je sais ce que ça peut... je sais que des enfants peuvent combler la vie des parents, et c'est pour ça que notre gouvernement a à coeur les besoins des couples infertiles.

Je rappelle aussi que le Québec est le paradis des familles avec l'ensemble de nos politiques familiales, que ce soit l'assurance parentale, les garderies; on a remis aussi les allocations familiales. En tout cas, on a investi plus de 7 milliards de dollars pour les familles. Alors, moi, je suis très, très fière. Et, à titre de députée, je suis certaine que les autres députés dans la salle reçoivent des appels et la visite de citoyens qui ont très, très hâte que le programme soit... que le feu vert soit donné à ce programme, et c'est pour ça, ce matin, que je trouvais ça important d'obtenir, là, des précisions par rapport à où est-ce qu'on en est pour ce programme-là.

Et ma première question, elle est très, très simple, je voudrais savoir... Est-ce qu'on peut dire... M. le ministre ou M. le Président, est-ce que nous pouvons dire «mission accomplie» en ce qui a trait à cette nouvelle initiative gouvernementale pour favoriser la procréation assistée?

● (10 h 10) ●

M. Bolduc: On peut dire, oui, «mission accomplie», ce qui va se traduire, dans quelques semaines, par la disponibilité de la procréation assistée gratuite pour les couples qui en ont besoin au Québec.

J'aimerais peut-être faire une rétrospective du dossier. Le premier élément qui a guidé notre décision, et il faut bien le comprendre, c'est qu'il y a des couples au Québec qui ne peuvent pas avoir d'enfants et qu'avec les techniques de reproduction moderne on peut leur offrir la possibilité d'avoir leur propre enfant. C'est ça, l'essentiel du dossier, c'est de permettre à des gens d'avoir ce qui est le plus précieux pour des personnes, un couple ou encore des gens qui vivent seuls et qui veulent avoir des enfants, c'est d'avoir un enfant. Pour ça, au Québec, auparavant, il fallait payer, et on allait chercher une déduction d'impôt, mais il reste que c'est quand même des montants substantiels pour pouvoir avoir des enfants.

Deuxième élément important, c'est qu'au Québec on favorise la natalité. Comme vous l'avez dit, le Québec est le paradis des familles, et on veut que ça continue comme ça. À terme, ça peut représenter 3 000 naissances de plus au Québec.

Le troisième élément important, c'est que, comme se faisait la procréation assistée, comme les gens devaient payer, souvent ils implantaient plus d'embryons que nécessaire, ce qui fait que le nombre de grossesses multiples était élevé; c'était jusqu'à 30 %. Pour une comparaison, toutes les autres provinces au Canada, on est également à 30 %. Par contre, en Europe, où la reproduction est payée, on peut descendre jusqu'en bas de 10 %. Donc, ça amène un problème, c'est que, si vous avez des grossesses multiples, c'est-à-dire deux, trois ou quatre enfants, vous augmentez les probabilités d'avoir des enfants nés avant

terme, et ça, pour le système de santé, ça entraîne des coûts, sans compter que ce sont des enfants qui peuvent avoir plus de difficultés plus tard au niveau scolaire, au niveau de l'emploi. Donc, il y a un plus grand pourcentage qui ont des difficultés. Et, si on peut payer la reproduction, à ce moment-là, on fait également des règlements pour diminuer le nombre d'embryons implantés, ce qui va faire qu'au Québec on pense pouvoir diminuer en bas de 10 % le nombre de grossesses multiples. Et on a comme objectif d'atteindre même le taux de 5 %.

Chaque enfant qui a des difficultés à la naissance, et qui a besoin de soins néonataux, et qui a des complications, on peut estimer que les coûts sont entre 200 000 \$ et 250 000 \$. Si un enfant reste handicapé et que la société doit en prendre charge, c'est des millions de dollars que ça coûte. Ce qui fait que, quand on regarde le programme dans son entier, on se rend compte, d'un côté, qu'il y a des coûts qu'on va pouvoir diminuer et, en même temps, il y a un montant qu'on doit verser, mais, l'un dans l'autre, les premières années, c'est à peu près équivalent. Donc, sans dire que ça s'autofinance complètement, c'est un programme qui... je vous dirais que l'investissement va nous rapporter. Mais, plus important que l'argent, deux éléments: un, on offre à des couples la possibilité d'avoir un enfant; deuxièmement, on diminue le nombre d'enfants qui pourraient avoir des difficultés à s'intégrer dans la société, soit au niveau scolaire ou au niveau de l'emploi. Donc, c'est ce qui a guidé notre décision et c'est ce qui fait que le Parti libéral va être le premier parti en Amérique du Nord à offrir à sa population un programme de fécondation in vitro gratuit.

L'échéancier. En juin, l'année dernière, nous avons adopté la loi. À l'automne, nous avons préparé les règlements qui, on doit le dire, sont assez complexes parce qu'il faut tout revoir la question de la fécondation in vitro, les nouvelles techniques, et prévoir, un exemple, le nombre de cycles, le nombre d'embryons et quelles sont... quelles étaient les règles qu'on devait respecter au niveau éthique. Il y a eu du travail de fait par un comité. Le comité a remis son rapport. Et, au printemps, on a émis des... on a publié des règlements qui sont actuellement en pré-publication. Et, dans quelques semaines, de ce qu'on peut voir, on va pouvoir adopter les règlements probablement sans modification. Une fois que les règlements vont avoir été adoptés, vers la fin du printemps, début de l'été, à ce moment-là, on va rendre le programme gratuit pour la population du Québec.

Et, je tiens à le rappeler, nous sommes la première province au Canada, le premier État en Amérique du Nord à l'offrir. Et je suis certain que les autres provinces nous regardent. Et je peux vous dire également qu'il y a eu un éditorial dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, il y a quelques mois, qui faisait mention du programme de fécondation in vitro au Québec et qui recommandait à toutes les autres provinces de suivre l'exemple du Québec. Donc, le Québec est vraiment innovateur, est à l'avant-scène. Et puis, là-dessus, je pense que nous devons être fiers, mais nous devons être fiers pas pour le gouvernement, nous devons être fiers pour les couples, les personnes qui vont pouvoir avoir des enfants en bonne santé grâce justement aux décisions qu'on a prises dans les derniers mois.

Mme Gaudreault: Merci. J'aimerais aller un peu plus loin. Est-ce que vous êtes en mesure aujourd'hui...

Est-ce que, M. le Président, le ministre est en mesure de nous dire comment ça va fonctionner par rapport aux différentes régions, les grands centres? Vous savez, c'est l'ensemble des citoyens du Québec qui vont vouloir se prévaloir de ce nouveau service. Et puis comment est-ce que ce sera déployé partout en province?

M. Bolduc: Ce qu'il faut comprendre, dans un premier temps, c'est qu'on parlait de la procréation in vitro, mais il y a toutes les techniques de reproduction qui vont être plus accessibles dans toutes les régions. Et, auparavant, même si vous vouliez avoir, mettons, une insémination artificielle, vous aviez des coûts en relation avec l'insémination artificielle. Le programme que nous mettons en place va couvrir tous les coûts de reproduction. Donc, à ce moment-là, ça va même diminuer le coût de reproduction in vitro parce qu'il va y avoir plus d'accessibilité à tous les types de reproduction. Également, on veut augmenter l'accessibilité de toutes ces techniques dans toutes les régions.

En ce qui concerne la reproduction in vitro, par contre, ça ne peut se faire que dans quelques endroits parce que c'est des techniques très spécialisées et il n'y a que quelques cliniques qui vont l'offrir, surtout dans la région de Montréal, mais on a l'intention de développer à d'autres endroits au Québec dont, entre autres, à Québec et à Sherbrooke. Il y a des cliniques privées qui l'offrent.

Et, également, il y a quelques semaines, j'ai fait l'annonce d'un programme de plus de 2 millions de dollars à l'Université McGill, Royal Victoria, où ils sont reconnus mondialement comme étant l'élite au niveau de la reproduction in vitro. Juste pour vous dire, au Royal Victoria, il y a des gens qui viennent des États-Unis pour se faire faire la technique ici, au Canada. Donc, c'est vraiment une équipe qui est hors pair.

Toutes nos autres équipes sont également excellentes. Et nous allons avoir un système dans lequel on va avoir une contribution du public et une contribution du privé. Et, ici, c'est intéressant parce qu'on s'est toujours positionnés comme étant le parti qui était pour un système de santé public fort avec une contribution du privé. Les reproductions in vitro étaient en majorité faites dans des cliniques privées, et ici nous sommes dans un domaine où on va investir dans le public pour avoir un équilibre entre le public et le privé.

Également, compte tenu que le Québec va être l'endroit où est-ce que ça va être gratuit, donc on va avoir une augmentation du nombre de cas. Le Québec est également reconnu pour la recherche au niveau de la reproduction in vitro, et possiblement qu'on va pouvoir développer encore plus toutes les techniques de reproduction in vitro, et le Québec va devenir probablement l'endroit de prédilection pour faire de la recherche et de l'enseignement en Amérique du Nord.

Donc, comme vous voyez, c'est du positionnement du Québec dans ces nouvelles techniques qui, à la fin... je tiens à le rappeler, à la fin finale, ça va permettre à des couples ou à des personnes d'avoir des enfants, alors qu'auparavant ils ne pouvaient pas se le payer.

Mme Gaudreault: Alors, M. le Président, une petite dernière question sur ce sujet fort intéressant et qui... Il y a des gens qui disaient que peut-être, dans une période de restrictions budgétaires, c'était un peu... pas risqué,

mais assez... comment dirais-je, que c'était une belle preuve de détermination pour un gouvernement, en pleine période de restrictions budgétaires, d'aller de l'avant avec un programme comme celui-là qui allait peut-être créer un engouement dont on ne connaît pas...

Alors, est-ce que vous avez prévu dans le temps, là, des évolutions des budgets ou des personnes qui pourront se prévaloir du programme?

M. Bolduc: Oui. Bien, cette année, c'est un programme qui devrait nous coûter autour de 32 millions de dollars par année, et il y a des économies qui sont substantielles, dû à la diminution du nombre de grossesses multiples. Au cours des trois prochaines années, on devrait avoir une augmentation puis on devrait atteindre environ 10 000 cycles par année pour la... de fécondation in vitro qui va nous permettre d'augmenter le nombre de naissances, à peu près 3 000 de plus par année. Et, pour ce qu'il s'agit des budgets, les budgets vont être ajustés en fonction du nombre de cycles qui vont être faits. Et, à terme, ce sera un budget d'environ 100 millions de dollars par année. Mais, comme je disais, il y a quand même une récupération due au fait qu'il y a des coûts qu'on n'aura plus à assumer au niveau d'enfants qui seraient en difficulté ou des enfants handicapés, parce que le fait d'avoir des grossesses multiples augmente les probabilités d'avoir des enfants qui ont plus de difficultés.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée.

Mme Gaudreault: D'ailleurs, j'imagine que c'est pour ça que les règlements sont si... il faut y amener beaucoup de précisions. Est-ce que vous pouvez nous en parler, de ces règlements, là, qui seront dévoilés très prochainement puis qui vont lancer le programme une fois pour toutes?

M. Bolduc: Pour les règlements, je demanderais au Dr Michel Bureau, qui en est responsable, de venir nous en parler.

Mme Gaudreault: D'accord.

Le Président (M. Kelley): Il y a consentement pour la participation du Dr Bureau dans nos délibérations ce matin? Consentement. Alors, Dr Bureau, si vous pouvez vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement, s'il vous plaît.

● (10 h 20) ●

M. Bureau (Michel A.): Oui. Michel Bureau, je suis le directeur des services de santé et de médecine universitaire et je suis pédiatre.

Ça me fait plaisir d'ajouter quelques commentaires sur les règlements. D'abord, je dois rappeler ce que disait tout à l'heure M. Bolduc. Ce de quoi il s'agit, il ne s'agit pas seulement de la procréation in vitro, il s'agit de l'aide aux couples de toutes les régions qui ont besoin de services de fertilité. Il est dans le programme d'avoir dans chacune des régions du Québec une clinique de fertilité où les couples parfois sont infertiles pour des raisons mineures. Ça peut être de l'infection vaginale, ça peut être un problème des trompes, ça peut être des choses qui sont traitables régionalement.

Alors, le programme de procréation assistée prévoit dans les régions... dans les régions les plus grandes du

Québec, avec des corridors de services pour les autres, des services de première et de deuxième ligne qui seront donnés sur place. Le programme prévoit aussi que, lorsque les services courants ne peuvent répondre au problème de procréation, les couples seront dirigés vers des corridors de services où quatre cliniques actuellement donnent ces services. Il s'agit de trois cliniques privées et du Centre universitaire McGill qui, lui, est un centre, je dirais, autant public que privé. C'est une installation dans le système public mais gérée de façon privée actuellement. Le jour où le programme devient officiellement financé par le Québec, la plateforme de l'Université McGill dans le CUSM devient automatiquement un service public, entièrement public. Alors, dès le départ du programme, presque 50 % des services de procréation assistée seront donnés par le système public dans un établissement public. L'autre 50 % sera fait dans des cliniques privées. Et il faut se rappeler ici que c'est la carte d'assurance maladie qui va payer tous les frais. Alors, c'est des services publics donnés, pareil comme dans un GMF, un groupe de médecins de famille, donnés dans une installation privée.

Maintenant, votre question plus précise, c'est: Qui sont admissibles? Tous les patients du... Tous les couples du Québec, quels qu'ils soient, sont admissibles au programme de procréation assistée.

Combien de cycles sont-ils permis? La règle est que chaque couple aura droit à trois cycles gratuits de procréation assistée. Et, si un enfant naît de ces trois couples, il a encore droit... un cycle de trois cycles de procréation assistée. Alors, en effet, c'est un programme généreux pour le Québec.

Maintenant, les cycles. Nous sommes dans une discipline qui évolue rapidement. Depuis l'arrivée de la loi, en juin 2009, à maintenant, il y a eu des changements des sociétés savantes vis-à-vis la procréation assistée. Pour caricaturer un peu notre compréhension, autrefois, la procréation assistée prenait des techniques hormonales qui venaient bombarder les ovaires pour produire un grand nombre d'ovules. Les résultats étaient... c'était très dérangent pour la biologie de la femme. Il y avait des incidents désagréables, des kystes sur les ovaires, des ruptures de kystes, ainsi de suite. La science a évolué depuis et elle a dit: Ces cycles stimulés, il faut en faire de moins en moins. Il faut plutôt faire des cycles naturels, c'est-à-dire suivre un cycle, stimuler un peu l'ovaire, un tout petit peu, aller chercher l'ovule et faire la procréation assistée.

Ainsi, au départ, la promesse au Québec était de trois cycles stimulés. Pour encourager la population à aller vers une médecine qui est plus douce et qui produit aussi plus d'embryons, d'embryons qui vont devenir des enfants, le programme, dans les règlements, a prévu que les trois cycles stimulés sont ceux qui sont offerts. Et pour ceux qui vont faire... qui vont prendre l'option de cycles naturels avec une stimulation légère, et ceux-là ne produisent qu'un ovule, qu'un embryon, nous accorderons une pondération: chaque cycle comptera pour un demi, ce qui veut dire que, pour encourager les femmes à prendre ce cycle naturel, elles auront droit à six cycles.

Les règlements disent que, pour ceux qui ont opté pour les cycles stimulés et qui ont produit beaucoup d'ovules et beaucoup d'embryons, les embryons sont stockés au frigo, ils sont réutilisables. Alors, pour inciter les couples à n'implanter qu'un embryon à la fois, pas deux, un embryon... Les femmes très désireuses d'enfants vont dire... vont faire

de la pression: Mettez-en deux, mettez-en trois. Mais, s'ils n'ont pas d'avantages à en mettre deux et trois et qu'il y a des inconvénients, nous comptons que les médecins vont les convaincre de mettre un embryon à la fois. Mais chaque embryon qui est au frigo peut être implanté séparément, et les coûts sont assumés par l'État. Ça peut vous étonner, stimuler un cycle coûte une certaine somme d'argent, qui est en train d'être négociée, et, quand les embryons sont faits, après ça, prendre l'embryon au frigo et l'implanter coûte très peu cher. C'est très peu cher. Alors, comme toute, les règlements sont faits pour atteindre les plus hauts standards de la médecine dans le monde. Nous profitons des avancées de la science.

Et les règlements, la loi d'ailleurs, imposent un suivi très serré de ce qui se passe dans les cabinets. Il y a un registre obligatoire. Et le ministre a nommé un comité d'experts, présidé par le Dr Bélisle — un comité d'experts pareil comme celui que Mme Marois avait créé pour la cardiologie tertiaire en 2000 — pour venir aviser le ministre sur les meilleures pratiques, et amener les médecins à une certaine discipline aussi et les couples à comprendre quels sont les avantages d'un tel régime.

C'est sûr que, pour moi, pédiatre — et j'y suis sensible, j'ai passé ma vie dans les soins intensifs de nourrissons avant de venir ici — un nourrisson prématuré, c'est un échec de la médecine quand cela peut être évité. Et les grossesses multiples, nous pensons souvent que c'est juste deux nourrissons ou trois, mais non. Les complications sont 10 et 20 fois plus grandes. Alors, toute la dynamique... les règlements sont bien ciselés pour amener les patientes à choisir un cycle à la fois, même si les règlements vont permettre deux et trois dans des circonstances exceptionnelles.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Dr Bureau. Ça, ça met fin à ce bloc. Et merci beaucoup pour la réponse. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député de Marie-Victorin.

Politique concernant le prix des médicaments

M. Drainville: Merci, M. le Président. Nous allons parler des ententes secrètes dont bénéficie l'Ontario dans le domaine du médicament. M. le Président, le 18 mars dernier, j'ai interpellé le ministre en commission parlementaire sur l'existence de ces ententes secrètes. Je vous rappelle, M. le Président, que c'est le *Globe and Mail* qui a rendu publique l'existence de ces ententes secrètes. Et l'article du *Globe and Mail* est daté du 11 mars 2010. Et donc, vous savez, M. le Président, en vertu de la loi québécoise, le Québec doit obtenir le prix le plus bas pour ses médicaments. Alors, lorsque le prix baisse ailleurs ou lorsqu'un prix plus bas est offert dans une autre province, le Québec doit automatiquement en bénéficier. C'est la loi qui le veut. Engagement du fabricant.

Alors, lorsque j'ai questionné le ministre de la Santé sur l'existence de ces ententes secrètes, il m'a répondu: Tout ce qu'on sait... Et je le cite, là: «Tout ce qu'on sait, c'est qu'il y a des ententes secrètes, mais on ne sait pas avec qui.» Ça, c'était le 11 mars dernier. Le 18 mars dernier, dis-je bien. Et par la suite j'ai questionné le ministre de la Santé. Ça, c'était le 27 avril. J'ai dit: Bon, bien, écoutez, en commission parlementaire, vous m'aviez dit que vous alliez faire des vérifications. Le ministre devait les faire,

on présume toujours de sa bonne foi évidemment, de sa bonne volonté. Alors là, le 27 mars... le 27 avril, dis-je bien, je me lève en Chambre, je le questionne, je lui dis: «Écoutez, où est-ce que vous en êtes avec les vérifications concernant les ententes secrètes?» Et là il me répond: «Actuellement, ce sont des allégations. On ne peut pas baser nos gestes sur des allégations.» Or, M. le Président, ce ne sont pas des allégations, ce sont des faits, des faits dévoilés par le *Globe and Mail* et des faits qui sont confirmés par une lettre du 22 février 2010 qui est signée par Russell Williams, qui est le président de Rx & D Canada, dans laquelle lettre il dévoile effectivement, il confirme effectivement qu'il y a des ententes secrètes. Et il s'inquiète que ces ententes secrètes soient dévoilées au grand jour en vertu de la loi d'accès à l'information du gouvernement ontarien.

Donc, M. le Président, ce ne sont pas des allégations, ce sont des faits. Il y a des ententes secrètes. Et je veux savoir du ministre de la Santé qu'est-ce qu'il a fait depuis que ces ententes secrètes là existent pour faire en sorte que le Québec bénéficie de l'existence de ces ententes secrètes. Est-ce qu'il a rencontré les compagnies innovatrices qui nous vendent des médicaments, ici, au Québec, qui ont inscrit des médicaments sur la liste de l'assurance médicaments? Est-ce qu'il les a rencontrées? Est-ce qu'il leur a demandé s'il y a des ententes secrètes avec l'Ontario? Pour quels médicaments? Quel est le prix que l'Ontario paie et que nous devrions donc payer, nous aussi? Bref, est-ce qu'il a fait son travail de ministre de la Santé pour s'assurer que la loi québécoise soit appliquée, pour s'assurer que l'engagement du fabricant soit respecté?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (10 h 30) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, dans un premier temps, pour rappeler au député de Marie-Victorin, ce n'est pas le ministre qui va rencontrer personnellement chacune des compagnies pour commencer à discuter d'ententes secrètes qu'elles ont faites en Ontario. Il y a des mécanismes qui sont beaucoup plus rigoureux. Comme de fait, nous autres aussi... nous aussi, on a pris connaissance qu'il y avait des ententes secrètes possibles entre des compagnies pharmaceutiques et le gouvernement ontarien. Seulement pour dire qu'au Québec nous n'avons pas d'entente secrète. Donc, ce n'est pas quelque chose qui est connu au Québec. Et puis c'est la RAMQ qui est responsable de gérer le régime d'assurance médicaments et les médicaments en général au Québec. Et actuellement la RAMQ prend les informations et va décider des mesures à prendre pour justement que le Québec puisse recevoir sa juste part s'il y a des montants à récupérer à ce niveau-là.

Compte tenu que présentement il y a une investigation qui se fait, je n'ai pas l'intention de faire plus de commentaires. Nous allons laisser les gens faire leur travail, et, en temps et lieu, on va prendre les mesures nécessaires. Mais, pour rassurer le député de Marie-Victorin, s'il y a de l'argent à récupérer, s'il y a des mesures à prendre, nous allons les prendre.

M. Drainville: M. le Président?

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Le ministre refuse de nous dire les gestes que lui, ou que quelqu'un de son cabinet, ou

que quelqu'un au sein du ministère de la Santé a pu poser pour s'assurer que nous ayons droit à notre juste dû. C'est totalement insatisfaisant, comme réponse, M. le Président.

Au moment même où le ministre de la Santé cautionne l'imposition d'un ticket modérateur puis cautionne l'imposition d'une contribution santé à 200 \$, ça fait quatre ans que l'Ontario signe des ententes secrètes avec les fabricants de médicaments. Ça fait quatre ans qu'ils obtiennent des meilleurs prix que ce qui est inscrit publiquement sur la liste des médicaments remboursés par le gouvernement ontarien. Ça fait quatre ans, M. le Président, qu'on a potentiellement perdu des économies que nous aurions pu faire sur l'achat de nos médicaments. Il y a un potentiel, là. Il y a un potentiel. Il y a des économies qu'on aurait peut-être pu obtenir. Et de me faire dire par le ministre de la Santé: Bien, écoutez, on vérifie, on regarde ça, on ne fera pas trop de commentaires en attendant, aïe! il y a de l'argent à aller chercher, là. Puis là où vous allez le chercher, l'argent, c'est dans la poche des malades, là, puis dans la poche des contribuables. Moi, je pense qu'il y a des économies potentielles, des meilleurs prix que nous aurions pu obtenir pour nos médicaments, que nous n'avons pas obtenus, et je veux savoir les moyens que vous allez prendre pour aller chercher cet argent-là.

Le Président (M. Kelley): Tout en rappelant au député: C'est toujours mieux, pour le bon fonctionnement de notre commission, de s'adresser à la présidence, s'il vous plaît.

M. Auclair: M. le Président, juste aussi une question de directive, au niveau de 35.

Le Président (M. Kelley): Oui. M. le député de Vimont.

M. Auclair: Juste, pour mon collègue, que.. juste lui rappeler qu'il peut poser une question avec un ton très agréable et ne pas partir dans les hauteurs comme il le fait si agréablement et...

Le Président (M. Kelley): Je pense, le point est fait, M. le député. Mais, s'il vous plaît, juste, à l'avenir, s'adresser à la présidence pour le bon fonctionnement de la commission. M. le ministre, à la question.

M. Bolduc: Oui, M. le Président. Je trouve toujours triste, là, quand le député de Marie-Victorin badine, fait la moue, fait du théâtre lorsqu'on discute d'un sujet sérieux. Et on parle de sujet sérieux parce qu'on veut récupérer de l'argent si c'est possible d'en récupérer, et on a l'impression des fois qu'il joue la comédie ou de la tragédie puis qu'il fait de la moue, alors qu'on devrait peut-être avoir un ton beaucoup plus respectable. Et je pense que les citoyens apprécieraient également que, plutôt que de faire du théâtre, on s'en tienne au sujet de façon sérieuse.

J'ai très bien répondu au député de Marie-Victorin. Je comprends que lui voudrait faire de la petite politique, puis qu'on s'implique, puis qu'on fasse des appels personnels. Tantôt, quand il disait: Pourquoi vous ne rencontrez pas les compagnies pharmaceutiques? Si j'avais rencontré les compagnies pharmaceutiques, ça serait le premier à me poser la question: Comment ça se fait que vous les avez rencontrées et que vous n'avez pas demandé à

la RAMQ de faire enquête? Ça serait le premier à nous le dire. Ça fait que peut-être qu'on pourrait garder un ton un peu plus sérieux puis être capables de traiter des sujets sans faire de la petite politique puis faire du badinage.

Une fois qu'on a dit ça, M. le Président, je l'ai dit, un, quand il parle de voilà quatre ans, ça s'appelle «ententes secrètes». Secrètes. On n'était pas au courant. Il y a eu des allégations de faites dans le *Globe and Mail* de février. On a demandé à la RAMQ d'investiguer, ce qu'ils sont en train de faire. On n'a pas à dévoiler de preuve actuellement, et je n'ai pas à dire au député de Marie-Victorin plus que de lui dire qu'on a demandé à la RAMQ de faire enquête dans ce dossier, et, en temps et lieu, ils vont faire rapport, et, en temps et lieu, on prendra les mesures.

Si le député de Marie-Victorin veut qu'on s'implique personnellement et qu'on fasse de l'ingérence dans des processus administratifs qui par la suite vont nous nuire parce qu'on n'aura pas agi comme il faut au niveau politique, bien, c'est peut-être la façon dont le PQ fonctionne, mais ce n'est pas la façon dont le Parti libéral veut fonctionner.

Là-dessus, M. le Président, la réponse va demeurer la même. S'il veut faire du théâtre, il peut continuer à faire du théâtre, mais, pour la population, je pense qu'elle est en mesure de comprendre qu'il y a une enquête, et, s'il y a possibilité de récupérer de l'argent, on va la récupérer.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, est-ce que les représentants de la RAMQ sont ici présents, comme ils devaient, comme on nous avait dit qu'ils le seraient? Est-ce qu'ils sont ici présents? Parce que...

M. Bolduc: Ils sont présents, M. le Président, mais, pour ce dossier, je ne leur demanderai pas, parce que le député de Marie-Victorin veut cuisiner des gens alors qu'il y a une enquête. Au même titre qu'il y a une enquête policière, on a un droit de réserve. Je pense que le député de Marie-Victorin, il pourra poser ses questions, puis, s'il a des questions à poser sur ce dossier, qu'il les pose au ministre et je serai en mesure de répondre dans le cadre qui m'est octroyé actuellement. Et, comme je vous l'ai dit, je ne voudrais pas qu'on brise un processus d'enquête en mettant sur la place publique des informations que pour le moment on est en train de vérifier.

M. Drainville: O.K. M. le Président, quand on pose la question au ministre, il nous dit: Ça relève de la RAMQ. Quand on demande à la RAMQ de s'approcher pour qu'on puisse poser des questions, il nous répond: Adressez-vous au ministre. Alors là, il faudrait savoir: Est-ce que vous répondez, oui ou non? Est-ce que le ministre va répondre, oui ou non, à nos questions ou est-ce qu'il va se décharger de ses responsabilités ministérielles sur la RAMQ en nous refusant de questionner la RAMQ?

M. le Président, là, moi, mon rôle comme porte-parole de l'opposition en matière de santé, là, c'est de m'assurer que les droits des citoyens québécois, des contribuables québécois soient bien protégés. Le ministre de la Santé nous dit: Écoutez, il y a une enquête, je ne peux rien vous dire. De quel type d'enquête s'agit-il? Est-ce que les... Il dit qu'il ne peut pas le faire lui-même. Très bien. Je pense qu'il avait compris, dans notre question,

là, qu'on ne lui demandait pas nécessairement que ce soit lui personnellement qui soit à la table, là, hein, il y a moyen de... il y a tout un aréopage de conseillers et de personnel qui peuvent faire le travail, et il y a les organismes qui dépendent de lui, dont il est responsable.

Alors, la question, s'il ne l'a pas comprise, M. le Président, je veux bien la répéter, là: Les gestes, les gestes qu'il a posés, comme ministre de la Santé, pour s'assurer justement que nos intérêts comme Québécois soient bien protégés, les instructions qu'il a données à la RAMQ, c'est quoi? L'enquête, où est-ce qu'elle en est? Est-ce qu'il y a eu effectivement des vérifications qui ont été près... qui ont été faites, dis-je bien, auprès des compagnies pharmaceutiques? Ça, c'est des questions qui sont raisonnables, ça.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Et la réponse va être raisonnable. On a demandé à la RAMQ d'investiguer et de faire enquête dans les allégations qu'il y a eu à propos qu'il y aurait des compagnies pharmaceutiques qui auraient des ententes secrètes avec le gouvernement ontarien pour payer un prix qui est moins cher. Une fois qu'on a dit ça, on doit laisser la RAMQ faire son enquête et, en temps et lieu, elle donnera les conclusions. On ne peut pas aller plus loin que ça, sinon ça devient de l'ingérence dans le processus.

Et je suis certain que le député de Marie-Victorin a la même intention que nous autres, c'est-à-dire que, si on peut récupérer de l'argent, on va aller chercher tous les montants qui sont dus au Québec, sauf qu'il faut laisser le processus d'investigation se faire par la RAMQ. Et je ne peux pas commenter plus que ça sans briser ou si... ou même affaiblir le travail de la RAMQ.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Est-ce que le ministre peut nous dire si c'est la première fois qu'une telle enquête est déclenchée par la RAMQ pour vérifier si effectivement les Québécois ont droit aux meilleurs prix offerts au Canada? Est-ce que c'est la première fois qu'une telle enquête est déclenchée par la RAMQ?

M. Bolduc: À ma connaissance, c'est la première fois que nous avons... que nous entendons parler d'ententes secrètes, et c'est la première fois que la RAMQ va investiguer au niveau de ces ententes secrètes.

M. Drainville: Est-ce que le ministre, M. le Président, a évalué les économies potentielles dont nous pourrions bénéficier?

M. Bolduc: Ce qu'il faut comprendre, c'est que ce qu'on a vu dans le dossier en Ontario, il y a d'autres éléments dont le gouvernement ontarien est en train de regarder puis il y a des choses qui sont différentes au Québec, mais on peut estimer que l'économie peut se situer entre 150 millions et 300 millions de dollars, et naturellement, s'il y a une récupération à faire sur quelques années, à ce moment-là on prendra les moyens nécessaires. Mais l'estimé, tout dépendant des ententes qui ont été signées, ça pourrait jouer... l'ordre de grandeur pourrait jouer entre 150 millions et 300 millions de dollars.

● (10 h 40) ●

M. Drainville: O.K. Mais là, M. le Président, je pense que le ministre mélange deux choses, là. L'économie de 150 millions à 300 millions de dollars, ça concerne les médicaments génériques, donc ça concerne la baisse de prix que l'Ontario va imposer à ses fabricants de médicaments génériques; elle va faire passer le prix du remboursement de 50 % à 25 % du prix de l'innovateur. Ça, ça va représenter, pour le Québec, des économies qu'on évalue, nous, à 300 millions. Ce n'est pas de ça dont on parle, M. le ministre, là...

M. Bolduc: Des ententes secrètes...

M. Drainville: Vous mélangez deux choses. Ce dont je vous parle, c'est des ententes secrètes qui, d'après notre connaissance du dossier et d'après la lettre de M. Williams, que je vous ai citée tout à l'heure, concernent les fabricants de médicaments innovateurs. Pas les génériques, les innovateurs. Et, dans le cas des innovateurs, la règle du prix le plus bas s'applique, comme elle s'applique pour les génériques également. Et, dans ce cas-ci, ma question, c'est les économies potentielles dont nous pourrions bénéficier si les ententes secrètes, d'après les vérifications préliminaires que vous avez pu faire, là, si les ententes secrètes qui ont été signées en Ontario s'appliquaient ou s'étaient appliquées en Ontario... s'étaient appliquées au Québec. Ça représenterait quelle quantité d'argent pour nous? Quel montant d'argent?

M. Bolduc: Bon. Tant qu'on n'a pas pris connaissance des soi-disant ententes secrètes, on ne peut pas, là, quantifier le montant parce que ça dépend quel montant que l'Ontario payait ces prix, et, à ma connaissance, la RAMQ n'a pas encore eu d'information par rapport à cela. Et puis c'est de l'information qui, en temps et lieu, va être disponible, mais, pour le moment, ce n'est pas une information qui est disponible.

M. Drainville: O.K. Bien, M. le Président, je veux bien respecter le processus d'enquête, là, mais j'espère que le ministre va nous tenir au courant de l'évolution de ce dossier-là, et j'espère que la RAMQ va faire rapport, en toute transparence, de ces vérifications.

Est-ce qu'il y a un processus qu'on peut mettre en place, M. le Président, pour s'assurer que ce soit le cas? Est-ce que le ministre peut s'engager à rendre public, dès qu'il l'aura reçu, le rapport de vérification de la RAMQ ou rendre publics des documents qui ne mettront pas en péril ou l'enquête ou les vérifications, les éventuelles négociations qu'il y aura? Mais, à tout le moins, qu'on sache, nous, les représentants de la population et la population de façon générale, ce qui se passe dans ce dossier-là parce que ça peut être des sommes d'argent absolument colossales.

Je rappelle, M. le Président, qu'au Québec nous avons remboursé pour 2,3 milliards de dollars de médicaments innovateurs. Ça, c'est juste pour une année, pour la dernière année. C'est dans les cahiers de crédits. Alors, la transparence, le rapport, la transmission d'information?

M. Bolduc: M. le Président, lorsque le rapport va être terminé puis qu'on va voir les montants qui pourraient être alloués au Québec, nous allons être les premiers à être contents de les donner publiquement, mais il faut laisser l'enquête suivre son cours. Mais je peux

vous assurer qu'avec l'information qui va être disponible on va la rendre publique.

M. Drainville: M. le Président, est-ce que le ministre s'engage à la transmettre aux membres de cette commission?

M. Bolduc: Bien, je pense que vous allez avoir le... vous allez certainement me poser des questions en Chambre et puis, en temps et lieu, on va rendre les documents publics. Ils ne seront pas seulement publics pour la commission, ils vont être publics également pour la population en général.

M. Drainville: Alors, est-ce que le ministre s'engage à la rendre... à ce moment-là, à déposer ces documents-là devant les membres de l'Assemblée nationale? Parce qu'on ne peut pas... M. le Président, on ne peut pas savoir quand il reçoit ces vérifications-là, dont une partie pourrait être présumément rendue publique, on ne peut pas savoir quand il la reçoit, donc on ne peut pas savoir quand poser la question s'il attend après ça pour les déposer.

M. Bolduc: Ah! en temps et lieu, on va rendre les documents publics et on les déposera à l'Assemblée nationale, mais naturellement je ne dis pas que, le matin, je vais les recevoir puis, le soir, je vais les déposer. Il faut en prendre connaissance et puis il faut voir également qu'il y a peut-être des règles aussi de confidentialité. On suivra les règles selon les règles générales du Code civil.

M. Drainville: M. le Président, on demande... il n'y a pas personne qui demande ici le non-respect des lois, des règlements du Code civil, et de tout le reste, là. Ce qu'on veut, c'est le respect de la loi, justement. On veut le respect de l'engagement du fabricant. On veut le respect de la Politique du médicament qui prévoit qu'on ait le prix le plus bas au Canada, ce qui n'est visiblement pas le cas, ou en tout cas il y a une forte probabilité que ce ne soit pas le cas. Parce qu'il serait étonnant qu'aucune de ces ententes secrètes qui ont été signées en Ontario ne concerne, de façon ou d'une autre, le Québec. Ce serait très étonnant que les médicaments qui font l'objet d'une entente secrète en Ontario ne soient pas vendus ici, au Québec, par les même entreprises qui ont signé, dans certains cas, ces ententes secrètes. Ce serait très étonnant qu'il n'y ait pas au moins un médicament vendu ici, au Québec, par une compagnie innovatrice, qui n'ait pas fait l'objet d'une entente secrète en Ontario.

Et donc, à ce moment-là, pour ce médicament-là, on a payé trop cher. On aurait payé trop cher, et donc on aurait droit à un rabais, d'une façon ou d'une autre, et possiblement à un remboursement. C'est pour ça qu'on pose les questions, M. le Président, hein? Et je veux juste terminer en...

Le Président (M. Kelley): ...rapidement.

M. Drainville: Oui. Je veux juste terminer en disant que je... le ministre s'engage à déposer les informations dès qu'il les aura — ce qui peut être rendu public, on s'entend. Il y en aura une partie sans doute qui fera l'objet d'une protection parce qu'il y aura des négociations de type commercial. On comprend tout ça. On veut juste s'assurer,

M. le Président — ce n'est pas déraisonnable — on veut juste s'assurer, dans le fond, que l'intérêt public soit protégé dans cette histoire-là.

Le Président (M. Kelley): Dernier commentaire, M. le ministre?

M. Bolduc: Écoutez, M. le Président, je peux vous dire que, plus on va pouvoir récupérer d'argent s'il y a eu des ententes secrètes, plus nous allons être satisfaits, et nous allons essayer d'aller rechercher chaque dollar qui était dû au Québec s'il y a eu des ententes secrètes.

Et, moi aussi, je pense que, s'il y a eu des ententes secrètes, ce sont des médicaments qui sont disponibles au Québec, on regardera la différence de prix. Il y a une possibilité de récupération à partir du moment que les ententes secrètes ont été signées. La loi doit être respectée. Et là-dessus on s'est engagés dans un processus très rigoureux pour être certains qu'on puisse récupérer tout montant qui est dû au Québec face à ces ententes.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à ce bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député de Chauveau.

M. Deltell: Merci, M. le Président. Salutations, M. le Président. Salutations aux confrères, consoeurs députés. M. le ministre et les gens du personnel politique et administratif, mes salutations.

Quelques points à aborder. Tout d'abord, pour faire suite aux propos de mon confrère de l'opposition officielle, j'aimerais aussi revenir sur la question des médicaments. On comprend qu'il y a une enquête, on comprend que, pour le moment, on ne peut pas en parler publiquement, on comprend que, lorsque tout sera connu, bien, vous allez déposer les documents, puis que, s'il y a des sommes à aller chercher, on va aller les chercher.

Mais, à l'origine de ça, comment il se fait... Parce qu'on ne parle pas d'un petit contrat, là, négocié vite, vite, un vendredi en fin de journée, sur le bord de la table, là, c'est quand même des millions de dollars qui sont implantés. Comment ça se fait qu'il aura fallu une enquête journalistique pour que ce soit dévoilé au grand jour? Et comment ça se fait que... On aurait pu... on ne le sait pas encore, mais on aurait peut-être pu se faire flouer de façon aussi spectaculaire pour un dossier somme toute extrêmement important, qui comprend des centaines de millions de dollars en jeu. Comment ça se fait qu'il n'y a pas eu plus de vigilance que ça?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, nous sommes très vigilants, mais il y a neuf autres provinces. Puis vous comprendrez qu'on ne fait pas des enquêtes dans les autres provinces. Et, comme le nom le dit, ce sont des ententes qui sont «secrètes». Donc, c'est le travail journalistique qui a permis de découvrir l'astuce. Et, à ce moment-là, je peux vous dire que, nous autres, on a pris ça en considération.

Il faut faire attention. Quand c'est publié dans le journal, ça peut être, au début, des allégations et par là suite il faut transformer ces allégations en faits. Et, si ça se révèle que factuellement il y a eu des ententes secrètes entre l'Ontario et certaines compagnies pharmaceutiques

qui ont empêché le Québec d'avoir un meilleur prix pour ses médicaments, à ce moment-là on va faire les procédures.

Mais je suis certain que vous devez être en mesure de comprendre que le mot «secret» veut dire que nous n'étions pas au courant. Et ce que... la seule chose que je peux dire, c'est qu'au Québec il n'y a pas d'entente secrète avec les compagnies pharmaceutiques; nous sommes transparents.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: Bien, M. le... je relirai évidemment les résultats de ça, mais je peux vous dire qu'en termes d'enquête journalistique le *Globe and Mail* a une moyenne au bâton particulièrement élevée. Rappelons que c'est eux qui ont dévoilé le scandale des commandites. Disons que là-dessus ils ont une bonne moyenne au bâton, comme on dit. Bien.

Budget de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Parlons maintenant de la Régie de l'assurance maladie. J'en faisais état hier, dans mes propos d'introduction, en disant que les coûts d'administration avaient augmenté de façon quand même assez substantielle, de presque 13 % — 12,52 % — passant de 93 à 105 millions de dollars. Essentiellement, c'est le Dossier santé du Québec qui en est la principale source, une augmentation de 9 millions de dollars.

J'aimerais, dans un premier temps, connaître les explications du ministre là-dessus. On sait que le gouvernement se gargarise d'être très vigilant par rapport aux dépenses, de maintenir une augmentation très serrée, maximum 2 %, 3 %, et là on voit une augmentation de 12,52 %. C'est peut-être moins spectaculaire que les augmentations de 80 % des dépenses de voyages du premier ministre, mais c'est quand même important et on parle de millions de dollars en jeu. J'aimerais entendre les explications du ministre ou des gens de la Régie de l'assurance maladie.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bon. Premièrement, il y a... Comme vous dites, il y a des montants qui apparaissent dans le compte dépenses, mais ce sont des investissements. Et, quand on parle du Dossier santé Québec, c'est un investissement qu'on fait pour se doter d'un outil qui va être très utile pour la pratique des médecins et des professionnels au Québec. Donc, parfois, le montant augmente, mais ça s'explique par un poste budgétaire très précis qui par la suite va nous donner de meilleurs résultats. Et, moi, j'appelle ça un bon investissement. Mais je demanderais à M. Audet, Richard Audet, de la RAMQ, de nous donner les explications pour la croissance des coûts, comme je vous dis, qui représentent beaucoup plus un investissement qu'une dépense.

Le Président (M. Kelley): Alors, est-ce qu'il y a consentement pour la participation de M. Audet dans nos... Si oui, si vous pouvez vous bien identifier pour les fins d'enregistrement, avec le consentement.

● (10 h 50) ●

M. Audet (Richard): Oui, bonjour. Je me présente: Richard Audet, vice-président aux technologies de l'information à la Régie de l'assurance maladie, en remplacement de M. Giroux, qui ne pouvait malheureusement pas être présent.

Donc, au regard des augmentations budgétaires qui ont été mentionnées, M. le Président, on remarque que l'essentiel est dû, là, à la mise en place du DSQ. On sait qu'on va être dans la montée en charge et on a prévu les coûts de récurrence qui étaient nécessaires au fonctionnement du Dossier santé Québec.

C'est bien sûr que, quand on construit un nouvel édifice, il y a déjà des coûts d'entretien qui se manifestent et on doit prévoir finalement ces coûts d'entretien et d'évolution là et donner les services à la clientèle qui vont être prévus au regard du Dossier santé Québec. Donc, l'essentiel des budgets qui ont été prévus sont en fonction des composants qui sont livrés et disponibles et qui vont venir soutenir la mise en place, là, du projet qui est actuellement... qui est débuté depuis le mois de mars avec une dizaine de pharmacies et aussi l'ensemble des GMF, là, qui sont prévus, essentiellement.

L'autre partie budgétaire, bien sûr, c'était relié à nos enquêtes, et donc c'est un dossier particulier. C'est pour donner un peu plus d'effort du côté des enquêtes, et donc, essentiellement, c'est les raisons qui expliquent la croissance budgétaire.

Si on exclut le DSQ et bien sûr le dossier d'enquête, on parle d'une croissance budgétaire, là, qui est un peu plus de 2 %, là, donc, ce qui fait que la Régie de l'assurance maladie a fait sa part pour maintenir une croissance budgétaire qui était acceptable.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Deltell: Merci, M. le Président. Est-ce que... Donc, on parle d'investissements, bien; on parle d'infrastructures, je comprends. Maintenant, pour les années à venir, pour celle qui s'en vient, est-ce qu'on aura une augmentation aussi substantielle? Quelle est votre vision?

M. Audet (Richard): L'augmentation sera en fonction de la montée en charge. Donc, c'est sûr, quand vous prévoyez des coûts de développement, il faut prévoir aussi des coûts d'exploitation qui vont suivre. Quand la régie a accepté ces projets-là, ça ne comprenait que les coûts de développement. Il était entendu qu'au fur et à mesure qu'on mettrait en place les composants et qu'on commencerait à les exploiter, donc, toute l'infrastructure technologique ainsi que le service clientèle qui est associé à tout ça, donc on mettrait en place les effectifs et on mettrait en place aussi les budgets pour soutenir cette infrastructure-là.

M. Deltell: Vous prévoyez une augmentation de combien, à ce moment-là?

M. Audet (Richard): Les chiffres ne sont pas tous établis, mais vous pouvez établir des ratios dans l'industrie quand on livre des nouveaux composants. Si vous prenez strictement sur la partie de développement des systèmes informatiques, ça peut varier entre 10 % et 20 %. Dans ce cas-là, on va être beaucoup plus près du 20 % pour l'ensemble des chiffres, tout simplement parce qu'on a fait beaucoup de construction et d'assemblage

aussi de l'ensemble des composants. On est en période de rodage, aussi. Il faut prévoir que, la première année, c'est toujours plus exigeant. On sait qu'on va avoir des ajustements à faire, mais tout se passe bien actuellement, on est très fiers des performances que ça donne, et c'est sûr qu'on est dans des ratios qui sont généralement reconnus dans l'industrie.

C'est sûr que, si vous construisez tout avec des composants commerciaux, vos coûts de mise en place peuvent baisser un peu. Cependant faut-il trouver des solutions qui sont adaptées à votre contexte. On sait qu'on a un contexte particulier au Québec, je pense, les produits sont là pour répondre aux besoins, là, du réseau de la santé.

M. Deltell: M. le Président, c'est quand même très rare, les cas, malheureusement, où l'implantation de systèmes informatiques se sont faits dans les délais, particulièrement dans les budgets prévus. Ça, je pense, malheureusement, on en est tous conscients qu'il y a eu des dérapages catastrophiques, dans certains cas, de plusieurs dizaines de millions de dollars.

Quelle garantie avons-nous que, dans le cas présent, il n'y aura pas justement ces dérives financières qui coûtent des dizaines de millions de dollars? On parle quand même d'un projet majeur. On parle d'augmentation de 10 % à 20 %. J'aimerais avoir des assurances, peut-être un peu plus fermes que ça, que justement vous allez le faire dans les délais, particulièrement dans les enveloppes prévues.

M. Bolduc: M. le Président? M. le Président.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Juste pour clarifier, là. Il n'y a pas eu de dérive dans le Dossier santé Québec. Il y a eu des délais, et ça ne nous coûte pas plus cher, parce que ça prenait un certain temps pour le développer. Mais les montants sont en fonction du résultat qu'on a obtenu. Et de développer des logiciels, de développer toute la technologie pour avoir un Dossier santé Québec, on savait au départ que ça serait très dispendieux, ce qui est fait. Après ça, c'est la mise en charge et le soutien technique pour avoir le dossier.

Mais je veux bien être clair: si le dossier a coûté un certain montant jusqu'à date, c'est parce qu'il y avait un produit à être livré qui a coûté cela à développer. Et qu'on le développe en trois ans ou en sept ans, c'est le même coût de développement. Par la suite, le coût d'entretien, bien, c'est un coût qu'on va devoir assumer.

Également, il faut le reconnaître, c'est la RAMQ qui est responsable du Dossier santé Québec, c'est parce qu'on reconnaît leur expertise au niveau des grands dossiers complexes puis au niveau des dossiers informatiques. Le Dossier santé Québec aurait pu être pris par une autre organisation, donc pas calculé dans les coûts de la RAMQ, il ne nous aurait pas coûté moins cher. Mais ce qu'on reconnaît à la RAMQ, c'est sa grande expertise de gérer des grandes bases de données, sa grande expertise par rapport à la sécurité, sa grande expertise par rapport à la confidentialité. C'est pour ça qu'on a accordé ce projet à la RAMQ. Et, si on voulait être rigoureux, le coût du Dossier santé Québec n'est pas dans l'enveloppe globale qu'on avait auparavant de la RAMQ. C'est un nouveau projet. Il y a des économies à le mettre avec la RAMQ plutôt que de

faire affaire avec des firmes privées qui nous auraient coûté beaucoup plus cher.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Deltell: Merci, M. le Président. Vous avez compris que, comme député ici, mon travail premier, c'est de s'assurer que l'argent des contribuables soit bien géré...

M. Bolduc: Absolument!

M. Deltell: ...et que, malheureusement, dans peut-être pas nécessairement exclusivement le ministère de la Santé, mais dans plusieurs ministères il y a eu des dérives informatiques catastrophiques. On sait quand ça commence, on ne sait pas comment ça finit, puis on ne sait surtout pas quelle va être la facture. Mais ce qu'on sait, par exemple: c'est les contribuables qui vont payer. Et vous aurez compris que nous sommes là pour assurer une grande vigilance, et nous espérons que, dans le cas présent, s'il y a des délais, c'est une chose, mais, s'il y a des dépassements de coût, c'en est une autre, et on doit faire preuve de rigueur là-dessus, parce que le passé est malheureusement garant de l'avenir, et, dans ce cas-là, il faut faire preuve de vigilance encore plus fort.

M. le Président, j'aimerais...

M. Bolduc: Peut-être un commentaire?

M. Deltell: Oui.

M. Bolduc: J'apprécie beaucoup le fait que vous questionnez par rapport au DSQ et par rapport à nos différents projets, mais je peux vous assurer qu'en santé on a quand même une bonne surveillance de nos projets, tant au niveau des coûts et, on espère, au niveau des délais. Et puis là-dessus vous pouvez être assuré de ma collaboration, surtout que je trouve que les questions sont très pertinentes.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

Budget discrétionnaire du ministre (suite)

M. Deltell: Merci, M. le Président. Regardons maintenant les dépenses, le budget discrétionnaire du ministre. Hier, je le dis en toute franchise, j'ai appris que les gens qui avaient des triplets avaient une subvention directe du ministre, j'en suis fort heureux. Ça fait 25 ans que ça existe, tant mieux, alors, bravo! Maintenant, il y a un petit élément qui m'a surpris, hier, en regardant ça, c'est évidemment que, lorsque c'est discrétionnaire, on comprend, c'est la discrétion du ministre.

Nous, dans nos circonscriptions, nous avons aussi des budgets discrétionnaires à l'aide à l'action bénévole. Il faut toujours faire bien attention, quand on donne des sous, pour être équilibrés avec tout le monde. J'avoue qu'il y a deux offres qui ont été faites, deux subventions qui ont été versées par les cabinets discrétionnaires du premier ministre, qui m'ont un peu surpris, ça concerne des syndicats, entre autres le Syndicat des professionnels du gouvernement du Québec, une contribution de 3 000 \$.

J'aimerais savoir pourquoi le ministre, qui est prompt à donner des sous à des associations caritatives,

va le faire à un syndicat qui, à ma connaissance, n'est pas sur le point de mourir, qui vit très bien, particulièrement le Syndicat des professionnels du gouvernement du Québec. Ce n'est pas exactement des deux de pique, on s'entend, et voilà qu'il offre une contribution de son budget discrétionnaire. Pourquoi?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bon. Un, je veux bien expliquer le discrétionnaire du ministre de la Santé. Discrétionnaire, c'est le... discrétionnaire du ministre, parce qu'on a des processus à l'interne pour s'assurer qu'il n'y a pas d'ingérence dans les montants alloués. Généralement, presque toujours, c'est en relation également avec la santé.

Au cabinet, j'ai une personne, qui est un attaché politique, qui s'occupe spécifiquement du discrétionnaire pour répondre à des demandes, des besoins qui souvent ne sont pas prévus dans la loi. Puis je vais vous donner un exemple très simple. Si vous avez quelqu'un qui a une maladie très particulière, qui nécessite des soins particuliers que peu de gens, au Québec, ont besoin, et que cette personne-là ne peut pas se les procurer parce que ça pourrait entraîner des conséquences sur sa santé, c'est un montant qu'on pourrait se servir pour aider ces gens-là.

Si vous avez des organisations qui organisent des colloques pour donner de la formation dans le réseau de la santé ou des services sociaux, parfois on aide ces organisations-là à former le personnel, toujours des formations qui sont en relation avec notre grande mission. Quand on arrive dans des cas, comme vous dites, c'est un montant de 3 000 \$ qui était donné à un syndicat, mais ce montant-là, le syndicat... c'est une activité des fêtes, et ce montant-là était par la suite envoyé directement à une association qui est une association qui est Les Oeuvres Jean-Lafrance. Donc, il y a comme une relation... Autrement dit, ces gens-là organisaient l'activité pour donner aux Oeuvres Jean-Lafrance et, nous autres, on a contribué à cette oeuvre-là également.

Également, le discrétionnaire sert... Souvent, il y a des députés qui viennent me voir parce que, dans leur comté, ils ont des problématiques très particulières, et, tous partis confondus, on vient me voir pour savoir si on ne pourrait pas donner un coup de main. Juste pour vous donner un exemple: récemment, un député est venu me voir parce qu'il avait une association qui s'était fait voler 3 000 \$ par une personne et puis ça mettait l'association en danger, un organisme communautaire, là, qui faisait du bien dans leur communauté. À ce moment-là, j'ai compensé le 3 000 \$ pour aider cette organisation-là à passer à travers. Donc, c'est vraiment des investissements judicieux en relation avec le réseau de la santé et des services sociaux.

Le Président (M. Kelley): Dernière question, M. le député de Chauveau?

M. Deltell: Je comprends, M. le Président, mais je me serais attendu à ce que l'aide soit donnée directement à la fondation Jean-Lafrance plutôt que de passer par un syndicat qui, de toute façon, lui aussi, pouvait faire la contribution s'il le désirait.

Il ne me reste que quelques instants, je crois comprendre?

Le Président (M. Kelley): Deux minutes.

Coût des missions hors Québec

M. Deltell: Deux minutes? Ah, bien, ce n'est pas si pire! O.K. Rapidement, j'aimerais regarder, toujours dans les crédits où on voit les dépenses faites, disons qu'il y a certains comparatifs qui sont surprenants. Il y a des gens qui coûtent un petit peu plus cher lorsqu'ils vont à l'étranger, à l'extérieur, ou d'autres qui coûtent vraiment moins cher; on aimerait comprendre pourquoi.

Quelques exemples. Ici, à Toronto, lors de la conférence *Étendre nos horizons*, envoyer une personne pour deux jours a coûté 157 \$; envoyer deux personnes à Toronto, au mois d'octobre, a coûté 2 064 \$. Autre exemple: ici, réunion conjointe des ministres du Québec et de Toronto, en Ontario; ça a coûté, pour envoyer Mme Bédard, du cabinet du ministre, 844 \$, pour une personne, mais envoyer Mme Louise Bédard et Mme Thériault pour le même événement a coûté 904 \$. C'est un peu surprenant, si on fait une règle de trois, de ne pas suivre ça. Ou encore un autre exemple ici, soit à Winnipeg: envoyer M. Poirier a coûté 337 \$, mais envoyer M. Cotton pour deux jours a coûté 2 386 \$.

Bref, j'aimerais savoir comment ça se fait que, dans certains cas, ça coûte beaucoup moins cher d'envoyer une personne puis ça coûte énormément plus cher d'envoyer le même nombre de personnes. Donc, il y a une règle de trois qui n'est pas tout à fait balancée là-dedans.

● (11 heures) ●

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, les règles peuvent varier d'un endroit à l'autre. Puis je vais vous donner un exemple: si vous allez à Toronto puis vous couchez chez des amis, bien, vous ne chargerez pas au gouvernement. Si vous couchez à l'hôtel, bien, ça peut être plus dispendieux. Également, il y a certaines activités, dont entre autres celle que vous parliez, de Winnipeg, que tu peux aller à Winnipeg, puis, à ce moment-là, les frais peuvent être assumés par les gens qui reçoivent. Donc, vous comprendrez qu'aller à Winnipeg pour 24 heures, 300 \$, habituellement, le billet d'avion, il n'est pas compris ou il y a des éléments qui sont moins présents. Et puis il y a des différences qui sont variables de l'une à l'autre, mais ce sont tous des montants qui sont vérifiés. Ce qui est intéressant, c'est que, depuis l'année dernière, ça nous a coûté quand même 31 % de moins pour ces types de dépenses.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à ce bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député de Mercier.

Contribution de la population au financement du système de santé

M. Khadir: Merci, M. le Président. Bonjour à tous les collègues. M. le ministre est sans doute au courant que nous avons déposé... Québec solidaire a déposé un projet de loi pour montrer sa détermination à s'objecter, à lutter contre l'introduction à la fois du ticket modérateur et éventuellement aussi, par d'autres moyens, de la contribution santé ou la constitution d'une caisse santé. Bien sûr, beaucoup de choses ont été dites, et on va continuer à le dire.

Ce qui est certain, c'est qu'une chose qui doit être sue peut-être aussi par mes collègues du gouvernement,

c'est que, quand on regarde, ce qui est sorti finalement du budget du ministre des Finances en termes de ticket modérateur et de contribution santé faisait partie d'une des propositions les plus radicales de l'Institut économique de Montréal en 2008. Bien des gens ont peut-être oublié qu'en 2008 l'Institut économique de Montréal, qui est un «think tank» de droite au service du milieu des affaires et de la grande finance, avait avancé 11 idées pour changer le Québec. Et, surprenamment, le ticket modérateur et la constitution d'une caisse santé qui viserait spécifiquement l'augmentation de la performance du réseau, c'est vraiment... ça semble être calqué sur les 11 propositions qui ont émané de ce «think tank» de droite. C'est assez désolant. C'est assez désolant pour un gouvernement qui a prétendu tout au long de l'exercice menant au budget ou de l'année qui précédait, quand il opposait une fin de non-recevoir aux demandes de l'opposition d'équilibrer le budget, de dire qu'en fait on accuse un déséquilibre budgétaire pour assurer la mission de l'État, c'est en raison de notre caractère social, progressiste que le gouvernement fait ça, et de voir qu'en fait il calque ces mesures, des mesures, d'ailleurs, qui ne passent pas la rampe de l'approbation de la population, comme vous êtes à même de le constater, il calque donc ses politiques sur une idéologie très ancrée à droite et qui constitue en fait le vecteur des intérêts des milieux d'affaires, des... le secteur le plus nanti de notre société. Et l'Institut économique de Montréal, d'ailleurs, ne se cache pas pour le dire.

Maintenant, j'aimerais rappeler au ministre qu'il y a une loi au Québec qui s'appelle la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, dont l'article 20 prévoit, je le cite: «Chaque ministre, s'il estime que des propositions de nature législatives ou réglementaire pourraient avoir des impacts directs [ou] significatifs sur le revenu des personnes ou des familles qui, selon les indicateurs retenus en application de la présente loi, sont en situation de pauvreté, fait état des impacts qu'il prévoit lors de la présentation de ces propositions au gouvernement.»

Est-ce qu'il y a eu une telle étude d'impact? Est-ce que le ministre de la Santé a respecté cet article de la loi qu'on a instituée, qui vise à lutter contre la pauvreté, qui devait être une loi-cadre que chaque ministère applique dans son domaine?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Je trouve le commentaire très pertinent puis je pense qu'il faut trouver des réponses. Pourquoi on a fait ça? La première chose: si on veut continuer à se donner des services de santé de qualité, il y a un montant minimum qu'on doit injecter dans le réseau de la santé. Notre gouvernement, dans le dernier budget, a garanti que l'augmentation des dépenses au niveau de la santé vont être de 5 %. Si on se donne une augmentation des dépenses de 5 %, il faut qu'on ait des revenus pour compenser la différence entre ce que le gouvernement peut donner par la croissance économique versus les coûts supplémentaires du réseau de la santé.

Si vous ne donnez pas le 5 %, qu'est-ce qu'il va arriver? Il va arriver ce que le Parti québécois a fait le choix à deux reprises. La première fois, il a coupé les salaires de toute la fonction publique de 20 % et il a appauvri toute une fonction publique de 20 %. Ça a été son premier choix qu'ils ont fait. Le deuxième choix, quand ils ont décidé de ne pas donner ce que le système

de santé avait besoin, ils ont mis les docteurs, les infirmières, les enseignants à la retraite, et nous vivons encore aujourd'hui les problèmes de ce choix de l'époque, parce que, si on a de la difficulté en première ligne, on a de la difficulté en spécialités, c'est parce qu'ils ont permis à des médecins de prendre leur retraite, mais en même temps ils ont coupé dans les admissions en médecine, les admissions dans les soins infirmiers, ce qui fait qu'il a fallu rebâtir un réseau complet.

Donc, c'est un choix qu'on fait. Nous autres, on a fait le choix, comme gouvernement, de donner à la santé l'augmentation nécessaire pour poursuivre la même qualité de services. On a fait comme choix également, comme gouvernement, d'améliorer la performance. Dans le budget, il est parfaitement fait mention qu'on veut améliorer le réseau au niveau de la performance. Une de ces façons, c'est la réorganisation du travail. Il va y avoir des chantiers pour réorganiser le travail. Également, on veut couper dans la bureaucratie. On a annoncé que, sans toucher aux soins cliniques, on va demander à ce qu'il n'y ait seulement qu'un poste sur deux au niveau administratif qui soit remplacé. Également, on va revoir notre structure au niveau organisationnel pour revoir, voir si notre structure ne pourrait pas être plus performante au niveau des organisations. Donc, ce sont des chantiers dans lesquels on va s'engager. On veut améliorer la performance.

Une fois que vous avez dit ça, il faut quand même avoir l'augmentation de 5 %. Pour avoir cette augmentation de 5 %, vous avez différentes méthodes. Ce que les Québécois et les Québécoises disent: On est prêts à mettre un peu plus d'argent dans la santé à une condition: on veut être certains que ça va être dans un... les soins cliniques et que ça va être performant. Donc, le budget a prévu qu'on aurait la formation de comptes santé, ce qui veut dire que les montants qui sont des sources de revenus pour le ministère, c'est-à-dire l'impôt, les contributions fédérales, des montants qui sont retirés dans les établissements, exemple lorsqu'on prend une chambre privée, on a des montants, ça va être des montants qui vont être dédicacés dans ces secteurs... dédiés à ces secteurs. Et à chaque année je vais faire un rapport au mois de... à l'automne pour expliquer d'où vient l'argent.

Si on veut atteindre le 5 % et que la croissance économique n'est que, mettons, de 3,2 %, la croissance des impôts seulement est de 3,2 %, les Québécois ont dit qu'ils étaient prêts à avoir un montant qui pouvait être dédié à la santé, d'où la contribution santé. La contribution santé est calquée et est basée sur les mêmes principes que l'assurance médicaments, c'est-à-dire que c'est pris à la fin sur notre rapport d'impôt, c'est en fonction d'un certain montant de revenus, c'est-à-dire que les plus pauvres, les plus démunis, eux, n'auront pas à payer, au même titre que l'assurance médicaments. Et, si vous regardez les graphiques, le montant, il va être payé au même revenu que prévu dans l'assurance médicaments, l'assurance médicaments qui avait été mise en place par le Parti québécois, et ça, ça nous permet de dire que c'est une mesure qui est équitable. Si c'est équitable pour l'assurance médicaments, ça devrait être également équitable pour la contribution santé. Donc, c'est une source de revenus qu'on va se donner pour être capables de continuer la même qualité de services qu'auparavant et ne pas faire le choix de couper.

En ce qui concerne la franchise, c'est un élément qui a été mis dans le budget, et ce qui a été dit, c'est que,

pour la mettre en place, les modalités n'étaient pas déterminées, et on engageait un dialogue avec les Québécois et les Québécoises pour savoir qu'est-ce qui est acceptable. La franchise, contrairement à ce que le député de Marie-Victorin criait partout, ça n'a jamais été dit que les gens, à toutes les fois qu'ils passent... ils iraient chez le médecin, qu'ils paieraient. Ça n'a jamais été dit que ce seraient les plus démunis qui devraient payer. Ce qu'on a dit: Ça sera un dialogue engagé avec les Québécois et les Québécoises dans lequel des modalités, par la suite, vont être définies.

Donc, personne ne peut dire c'est quoi et personne ne peut faire de scénario, sauf qu'il y en a qui se font plaisir à apeurer la population et à mettre de l'inquiétude et de la panique dans la population. Comme ministre de la Santé, je tiens à être clair: les modalités ne sont pas définies. Il y aura un groupe de travail qui va être formé. À l'automne, il y aura un rapport. D'ici ce temps-là, je pense que les gens doivent être conscients que notre gouvernement n'a jamais cherché à limiter l'accessibilité et ne fera certainement pas comme le Parti québécois en coupant dans les services et diminuer l'accessibilité. Merci, M. le Président.

● (11 h 10) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Mercier.

M. Khadir: De combien de minutes je dispose encore?

Le Président (M. Kelley): Six minutes.

M. Khadir: M. le ministre n'a pas vraiment répondu à ma question. Moi, je demandais d'abord: Est-ce que son ministère s'est plié à l'exigence de la Loi visant à lutter contre la pauvreté pour vraiment étudier l'impact? C'est sûr que, là, on peut, a posteriori, venir dire qu'on va essayer d'épargner les plus faibles revenus, qu'ils ne seront pas visés par... ni par le ticket modérateur ni par la contribution santé, je suppose, hein, j'imagine que si ça vaut pour l'un, ça doit valoir pour l'autre, mais, moi, ma question, c'était de savoir: Est-ce que vous avez fait, conformément à la loi, l'exigence de la loi, l'étude d'impact?

Mais je n'insisterai pas trop sur le ticket modérateur, parce que le ministre, comme tout le monde ici, a constaté qu'à peu près tout ce qui bouge dans le domaine de la santé, dans le mouvement social, dans le mouvement syndical, dans les associations de malades, des syndicats professionnels, tout le monde dit que le ticket modérateur... Parce que «franchise», c'est un bien beau mot, mais ça veut dire frais, ça veut dire un frein, frais, frein, ticket, d'accord, pour modérer, entre guillemets. Et ça a été maintes fois prouvé que ça n'en vaut pas la chandelle. D'ailleurs, j'ai entendu votre premier ministre, devant la chambre de commerce, avouer lui-même que beaucoup d'exemples montrent qu'un ticket modérateur, ça occasionne plus de problèmes que de bénéfiques. Donc, j'estime, moi, que le ticket modérateur est mort. Socialement, politiquement, techniquement, j'estime que le ticket modérateur est mort.

Maintenant, pour ce qui est de la contribution santé, d'après ce que je comprends du discours du budget, des explications que vous avez données, c'est une contribution fixe, donc c'est régressif. Ce n'est pas modulé. Quand vous dites que ça va être payé à l'impôt, c'est bien beau, mais c'est quand même comme une taxe fixe, donc égale pour

tout le monde. Que vous gagniez 30 000 \$ par année, ou 300 000 \$, ou 3 millions, c'est le même prix. Donc, par définition, c'est antisocial quand on fait ça. D'accord? Ça ressemble beaucoup à l'impôt fixe pratiqué par le gouverneur Bush de Floride, hein, le frère de l'autre. C'est une idéologie qui dit qu'en fait les riches n'ont pas plus de responsabilité que les pauvres, tout le monde doit payer la même chose, et ça, ça vient à discriminer contre ceux qui ont moins de revenus pour utiliser les mêmes services.

Mais, en plus, la caisse que vous voulez constituer vise plus à régler des problèmes de performance des structures et du réseau plutôt que de dire: Cette caisse-là, c'est vraiment pour servir les malades, c'est pour s'assurer qu'on offre de meilleurs soins, un plus grand accès aux patients. On peut bien penser qu'on fait... que finalement c'est ça qu'on vise, mais, de la manière dont la caisse est prévue, c'est des mesures de performance institutionnelle dans les établissements qui vont déterminer qui va bénéficier de quoi, et c'est assez clair que ça ressemble à un modèle de... Tu sais, c'est comme si le ministère maintenant ou la caisse traitait les différents intervenants d'un réseau comme des concurrents les uns des autres, comme le modèle privé, là, tous des... un réseau avec plusieurs acteurs privés, les uns devant faire concurrence aux autres pour bénéficier de la manne de l'État. C'est une vision qui ne correspond pas vraiment à la vision de la santé telle qu'on voudrait la pratiquer au Québec, c'est-à-dire un système universel, gratuit, accessible à tous, où on le finance en fonction des besoins de la population, sachant très bien que parfois l'utilisation des indicateurs de performance est très, très contreproductive, parce que ça accentue les disparités parfois, hein? Un hôpital qui dessert une population vulnérable, pauvre, aux prises avec de multiples problèmes sociaux ne peut pas avoir la même performance qu'un hôpital, par exemple, qui dessert une population plus nantie, plus éduquée, moins atteinte de problèmes sociaux et de maladies. Voilà.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Juste pour clarifier par rapport aux plus démunis, le budget protège les plus démunis. Il y avait plusieurs types de crédit d'impôt qu'on a regroupés, qu'on a...

M. Khadir: ...d'impact, en avez-vous?

M. Bolduc: ... — juste pour continuer — qu'on a ramenés dans un crédit d'impôt unique qui s'appelle le crédit d'impôt remboursable pour la solidarité. Et, quand vous prenez la couche la plus pauvre ou la plus démunie de notre société, actuellement ils sont mieux qu'avant le budget parce que les montants ont été réajustés. Et, par rapport à la contribution santé, compte tenu que c'est calqué sur l'assurance médicaments, ça ne touchera pas les plus démunis.

Donc, l'étude d'impact, c'est du côté des finances que ça se fait, mais déjà, au départ, on peut dire que les plus démunis, après le budget, se retrouvent en meilleure position qu'avant le budget par rapport à la santé. Et le crédit d'impôt... la contribution santé, c'est un montant fixe à partir d'un certain montant de revenus. Donc, quand on parle des plus démunis, eux autres ne seront pas touchés par ça.

Également, on partage les mêmes valeurs par rapport à l'attribution de la contribution santé dans le réseau de la santé. L'objectif, c'est d'aider les endroits qui sont le plus en difficulté, également de favoriser la performance, parce que, pour deux établissements similaires, avec les mêmes conditions, la même population, il y a des différences de performance, et, si on veut garder un système de santé public fort, avec une pérennité, il faut qu'on en fasse le plus possible pour le même argent. Et on tient compte des facteurs que, dans certains endroits au Québec, la population est plus en difficulté, les soins sont moins accessibles, population qui demande plus. Ça, c'est des facteurs que l'ont tient compte. Et la règle qu'on applique généralement, c'est qu'on essaie de favoriser à ce que les plus démunis s'en sortent mieux.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à ce bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député de Lévis.

Pénurie de personnel médical

M. Lehoullier: Merci beaucoup. Merci beaucoup, M. le Président. Donc, j'ai eu l'occasion la semaine dernière, M. le Président, avec plusieurs de mes collègues députés, de rencontrer les infirmières ici même, devant l'Assemblée nationale. Et je pense que ma collègue était présente. Et ça a été une rencontre des plus intéressantes, parce que ça nous a permis, un, nous, de faire le point sur quelle est notre stratégie par rapport à la santé et, en fin de compte, ça nous a permis également d'écouter les doléances aussi, dont j'aurai peut-être quelques questions, M. le ministre.

Mais tout d'abord, moi, ce que j'ai voulu indiquer au personnel infirmier, c'est que c'est sûr que, depuis 2003, il s'est fait quand même des efforts considérables. Là, on est à 11 milliards de plus en termes de budget. Puis ce qu'il faut dire, c'est que, dans notre budget de la Santé, il y a 98 % du 28 milliards qui est consacré évidemment aux établissements, essentiellement, à 98 % c'est les établissements, et c'est la Régie de l'assurance maladie pour les services médicaux et pharmaceutiques.

Bien sûr, quand... ce que je leur disais aussi, c'est que la moyenne des dépenses des ministères oscille autour de 3 % annuellement, et, si, dans le domaine de la santé, on avait cette augmentation-là de 3,7 % cette année, ça représente 988 millions. Ça, c'est l'augmentation qui, comme le ministre le disait d'ailleurs ce matin, et c'est un peu ce que j'ai voulu expliquer de mon côté, c'est... cette hausse-là de 3,7 %, la moitié, là, ça va grosso modo aux augmentations de la rémunération pour le personnel du réseau et les variations au chapitre des régimes de retraite. Donc, ça correspond grosso modo à la hausse naturelle des coûts, là, le 3,7 %, pour un volume égal de services. On ne va pas plus loin avec ça, hein, grosso modo.

Cela étant dit, également dans ce 3,7 % là, il faut quand même inscrire un certain nombre de choses dont le ministre a fait allusion, dont le ministre a parlé aussi au début de son intervention tout à l'heure, dont le 25 millions pour le fonctionnement des nouvelles installations et des nouveaux appareils, évidemment l'implantation du nouveau programme de procréation assistée qui a été mis en branle. Et également, quand on regarde ces deux exemples-là, ça fait en sorte qu'aujourd'hui le panier de services, il est à 45 %, là, tu sais, du budget global de l'État. Des fois,

c'est des choses simples mais qu'il faut quand même répéter, parce que c'est ça, notre réalité.

Et là, à partir de ce moment-là, et c'est la raison pour laquelle, moi, je souscris à cette façon de faire du gouvernement, parce que je trouve que c'est l'approche la plus sociale-démocrate qu'on puisse avoir à ce moment-ci, c'est le fait qu'on ne pouvait pas, avec le 3,7 %, assurer les deux éléments fondamentaux dans notre société. Et ces deux éléments fondamentaux là, au fond, qu'il nous reste à faire, c'est: le statu quo est impossible si on veut maintenir, si on veut faire plus que maintenir. Pourquoi? Pour une raison très simple, je le disais hier: l'évolution des technologies. Alors, il faut absolument qu'on améliore la qualité des services par la technologie si on veut donner un peu de répit à nos gens. Donc, il faut vraiment qu'au niveau technologique on se mette à niveau.

Puis il y a aussi toute l'évolution démographique qui fait en sorte qu'il y a un accroissement, il y a un vieillissement de la population. Alors, quand on regarde les chiffres, on sait qu'une personne qui a 65 ans et plus va coûter, en moyenne, 10 000 \$ par année, et une personne qui est de moins de 65 ans va coûter 1 600 \$ par année, grosso modo.

● (11 h 20) ●

Donc, comme on s'en va vers un vieillissement de la population, on va être plus qu'à 3,7 % d'augmentation, tu sais, c'est impossible de garder le cap. Donc, il faut s'ajuster à cette réalité-là. Et, quand on regarde le 5 % — moi, c'est un peu ce que je leur expliquais — c'est un peu moins qu'avant la récession, où on avait une croissance de 6,3 %. Donc, à 5 %, il faut trouver des sources de financement, à mon avis on n'a plus le choix, et il faut en même temps gérer plus efficacement. Et, là-dessus, c'est là qu'apparaît la contribution santé. Et, du côté de la contribution santé, c'est sûr que, pour la première année, elle est à la hauteur de 25 \$, mais ce qu'il faut dire, c'est que déjà il y a une forte partie du système de santé qui est assurée par... qui est couverte par l'imposition générale.

Mais regardons la situation. Le ministre a eu l'occasion d'en parler tout à l'heure, mais regardons la situation de l'imposition générale au Québec. Puis ça, je pense que c'est important de l'avoir bien présent à l'esprit quand on regarde ça. Et je m'adresse en particulier au député de Mercier, parce que j'ai trouvé intéressantes vos interventions tout à l'heure.

Alors, quand on regarde l'imposition générale, bon, au départ, il y a 37 % des contribuables qui ne paient pas d'impôt. Ça, c'est la... Notre imposition générale est ainsi faite. Dans les revenus de 50 000 \$ et moins, ça représente 44 % des contribuables, et ils paient 31 % des impôts. Grosso modo, c'est la situation actuelle. Entre 50 000 \$ et 100 000 \$, c'est 16 % des contribuables, et ils paient 40 % des impôts. Donc, c'est là que vraiment est le noyau important. Et en même temps, quand on regarde les 100 000 \$ et plus, ils représentent 3 %. Ce n'est pas beaucoup, hein, on n'a pas beaucoup de salariés qui gagnent 100 000 \$ et plus, en passant, 3 % environ, et eux, ils paient 29 % des impôts.

Alors, ce que je veux juste dire par rapport à ça, c'est qu'au fond, comme le ministre le disait, comme le ministre le disait, la contribution santé, au fond, là, elle est... c'est le modèle de l'assurance médicaments, au fond, c'est le modèle de l'assurance médicaments qui a été mis de l'avant, d'ailleurs, par le Parti québécois, et c'est 1,4 million

de contribuables qui vont être soustraits à ça. Alors, je pense que, de ce côté-là, moi, ça m'a rassuré énormément, parce que ce qu'il nous faut, au moment où on se parle, c'est de mettre le 5 % nécessaire pour nous assurer qu'on puisse vraiment optimiser nos services de santé.

Or, actuellement, moi, ce que je suis allé dire aux infirmières, et je me devais de leur dire, je leur ai dit: D'un autre côté, au niveau de l'opposition officielle, on n'a pas de contrepartie. Qu'est-ce qui arriverait si on se ramènerait 11 milliards en moins en 2003? Quelle aurait été... quelle serait la situation de la santé actuellement? Et quelle serait la situation de la santé si, si on n'avait pas ajouté cet élément-là fondamental du 5 %? Et ces sommes vont servir à quoi, somme toute? À renforcer les services de première ligne. C'est ça, l'objectif du gouvernement. À permettre le développement de la profession d'infirmière praticienne, parce que c'est beau... J'écoute l'opposition depuis hier, puis, eux autres, ils demandent d'augmenter le panier de services, mais ils ne se sont jamais prononcés sur la façon dont ils assureraient le financement, ce financement-là. Il faut toujours bien aller chercher l'argent à quelque part si on veut améliorer ou en tout cas maintenir le service, faire face au vieillissement de la population. Et, à mon avis, si on s'était contenté, M. le Président, de maintenir à 3,7 % la croissance, à mon avis, je pense qu'on aurait atteint une situation assez catastrophique, finalement, compte tenu de ce que j'ai entendu et de ce que l'infirmière... les infirmières sont venues me dire.

Donc, démarche globale d'optimisation des processus de travail, rationalisation des infrastructures technologiques, révision de la gouvernance, et en même temps — ce que j'ai dit aux infirmières, puis je les ai rassurées là-dessus — on sait qu'il y a un poste sur deux qui va être coupé suite aux départs à la retraite. Mais justement cette fois-ci on peut dire que notre ministre a fait vraiment une opération... une fine opération chirurgicale, c'est que ça ne touchera pas les effectifs, et les activités cliniques, et les services directs à la population. Alors, ça va toucher en particulier le personnel d'encadrement, et ça, je pense que c'est un bel objectif à atteindre.

Cela étant dit, moi, j'avais dit aussi aux infirmières, une fois qu'on a dit ça: Moi, je pense... Et c'est la raison pour laquelle je souscris à cette contribution santé, qui a ses imperfections, mais, quand on regarde notre table d'imposition, on comprend mieux le principe de cette contribution santé. Et, en ce qui concerne l'autre élément, il y a encore de l'argent à aller chercher pour la santé. On n'a pas le choix. Comment on va faire? Je pense que le ministre a eu une ouverture. Vous, comme député... Le député de Mercier a eu l'occasion, M. le Président, le député de Mercier a eu l'occasion de dire: On verra ce que ça va donner comme formule. Quelle va être la formule? Mais disons que, pour la deuxième étape, il faut aller chercher ces fonds-là si on veut maintenir notre système de santé.

Cela étant dit, M. le Président, j'avais donc dit... on avait donc dit, avec mes collègues qui y participaient, aux infirmières qu'on allait aussi questionner par rapport à leurs demandes. Et on s'est aperçus d'une chose, c'est que les demandes ne sont pas nécessairement financières.

Alors donc, ma question au ministre est la suivante, c'est: Les infirmières nous ont fait part d'un certain nombre de problèmes, la semaine dernière, qui reviennent constamment. Là, on parle de la pénurie d'infirmières. C'est surtout

ça, je pense. Les préoccupations qui nous ont été soulevées, c'étaient la pénurie d'infirmières, les heures supplémentaires, le recours à la main-d'oeuvre indépendante, l'organisation du travail, l'épuisement professionnel et les désaffectations. Alors ça, c'est en gros les éléments qu'on s'est... qu'on a entendus. Et je sais que le personnel infirmier, M. le Président, à ce que j'ai pu constater, sont conscients du fait que les efforts que le gouvernement fait en portant à 5 % de façon permanente, là, la hausse, si on veut, du budget dans le domaine de la santé, c'est un effort considérable. Ils en sont très conscients et ils ne sont pas certains qu'avec l'opposition ça aurait été quelque chose de gagnant, puisque l'opposition n'a jamais exprimé d'opinion. Mais c'est plus, comme je le dis, la pénurie, les heures supplémentaires, le recours à la main-d'oeuvre, c'est plus ça que j'ai entendu devant l'Assemblée nationale la semaine dernière. Alors... M. le Président, je m'excuse.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député de Lévis. La question est posée. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bon, dans un premier temps, là, je ne veux pas refaire l'histoire, parce qu'on en parle souvent, c'est que, c'est sûr, quand il y a eu les mises à la retraite, en même temps il y a eu les diminutions dans les différentes écoles de soins infirmiers, ce qui fait que le réseau est devenu en pénurie très marquée pour plusieurs années. Et on ne peut pas récupérer en quatre, cinq ans ce qui a fait comme, je dirais, la débâcle, là, des retraites. Et puis notre personnel a quitté, et puis maintenant il faut rebâtir le réseau.

Comment on rebâtit le réseau? Il faut rendre la profession infirmière très attractive et, le personnel qui est déjà dans le réseau, il faut faire de la rétention. Et, pour ça, ça prend des meilleures conditions de travail. Des meilleures conditions de travail, comment on peut les donner? Ça nous prend de la réorganisation du travail. Quand vous parlez avec les infirmières puis les infirmiers sur le terrain, ils vont vous dire qu'ils veulent travailler différemment et revoir les tâches. Et ça, la réorganisation du travail fait également que les infirmières, en plus de partager différentes tâches entre eux autres, il faut qu'elles les partagent avec d'autres types de professionnels, entre autres avec les préposés, les infirmières auxiliaires.

Donc, il y a tout ce travail-là qui doit être fait, et au Québec on a des programmes de réorganisation du travail. L'année dernière, c'est 22 programmes que nous avons annoncés, qui donnent des excellents résultats. Un, les gens sont plus motivés, sont plus engagés. Également, on utilise mieux notre main-d'oeuvre. Ça, c'est le premier élément.

Également, en juin 2008, on a annoncé un montant de 81 millions de dollars pour rendre la profession plus attractive et, entre autres, aussi, faire les projets de réorganisation du travail. Actuellement, on est en négociation. Il faut, quand on négocie, qu'on regarde qu'est-ce qu'on pourrait leur donner de plus en termes d'organisation du travail, en termes de réaménagement du travail, réaménagement du temps de travail, pour permettre à nos infirmières, nos infirmiers de rester encore plus dans le réseau de la santé.

Quand on en arrive au niveau des heures supplémentaires obligatoires, les heures supplémentaires et également la main-d'oeuvre indépendante, la problématique que nous avons, nous sommes... dans le réseau, c'est que

nous sommes un réseau qui est ouvert 24 heures par jour, sept jours par semaine. Et ce n'est pas comme si vous n'avez pas personne pour vous occuper de votre dépanneur, vous fermez votre dépanneur. C'est qu'il y a des gens qui sont dans des lits, il y a des clientèles qui consultent à l'urgence, et le fait de ne pas donner le service ou de ne pas avoir le personnel nécessaire va faire en sorte qu'il y a des gens qui vont avoir des complications, puis il va y avoir des conséquences.

Je l'ai dit à plusieurs reprises, nous voulons éliminer les heures supplémentaires obligatoires, nous voulons éliminer la main-d'oeuvre indépendante à une condition... deux conditions: qu'il n'y ait pas de rupture de services et qu'il n'y ait pas de conséquence sur les patients. Notre rôle comme gouvernement, mon rôle comme ministre, c'est d'abord de protéger le public, nos citoyens. Et, à un certain moment donné, si, à l'urgence, il n'y a pas quelqu'un qui rentre soit comme étant de la main-d'oeuvre indépendante ou on ne demande pas à des gens de faire des heures supplémentaires, les équipes de travail vont être trop basses, et ça va entraîner des conséquences tant au niveau des patients qu'au niveau du reste du personnel. Mais ces inconvénients doivent être partagés par l'ensemble du personnel.

● (11 h 30) ●

Là, je vais vous donner un exemple très, très pratique. Moi, j'étais un médecin d'urgence, et, quand je faisais de l'urgence, il y avait un principe très simple: si quelqu'un ne rentrait pas pour me remplacer, je ne pouvais pas partir. Si je partais puis je laissais l'urgence à découvert, ça voulait dire que, si quelqu'un se présentait pour un infarctus, un polytraumatisé ou encore les gens qui étaient déjà à l'urgence avaient besoin de soins, il y aurait eu des effets très négatifs.

La meilleure façon de fonctionner dans nos établissements de santé, c'est que ça prend des équipes minimales, et, si quelqu'un ne rentre pas ou on a un problème de personnel, bien, c'est possible que les gens doivent compenser. Mais je veux bien qu'on me comprenne: moi, je trouve ça pas normal qu'on soit obligés de faire des 16 heures, sauf si quelqu'un dit: Je veux le faire sur une base volontaire, tout dépendant des endroits. Mais, d'un autre côté, si on ne demande pas aux gens de faire ce 16 heures, il y aura des conséquences sur les patients. Et là-dessus mon discours est toujours le même: Il faut s'asseoir avec nos partenaires syndicaux et voir comment on peut, tout en améliorant les conditions de travail de leurs gens... qu'on nous garantisse qu'il n'y ait pas de rupture de services puis qu'il n'y ait pas non plus de conséquences sur les patients au cas où est-ce qu'on ne serait pas capables de mettre... d'utiliser la main-d'oeuvre indépendante ou de faire faire des heures supplémentaires. Notre gouvernement est très concerné, parce qu'on pense que notre richesse, dans le réseau de la santé et des services sociaux, ce sont nos ressources humaines, et là-dessus notre gouvernement a proposé des éléments très intéressants.

Et je terminerais en disant que nous n'avons jamais entendu, de la part du PQ... à part de dire qu'il n'y en aurait pas, nous n'avons jamais entendu du PQ qu'est-ce qu'il ferait. Et tout ce qu'on sait de l'histoire du PQ, c'est qu'à un moment donné ils ont coupé de 20 % les salaires pour réussir à rééquilibrer les budgets, puis ils ont mis 4 000 infirmières à la retraite. Et, je tiens à le dire, même si ça fait plusieurs années — avant 2003 — on en paie encore

le prix aujourd'hui. Mais notre gouvernement a pris les mesures nécessaires pour pouvoir compenser cela en augmentant les cohortes dans les soins infirmiers, les cohortes au niveau des médecins, et, dans quelques années, nous allons être bien. D'ici là, à chaque année, nous sommes mieux. À partir de cette année, nos cohortes nous donnent quand même des finissants en nombre assez respectable pour dire qu'à chaque année le réseau de la santé va être meilleur au cours des prochaines années. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, merci. M. le député de Lévis, il vous reste quatre minutes.

M. Lehoullier: Oui. Alors, M. le Président, d'abord, merci. Je voudrais remercier le ministre pour la réponse à cette question. Et, moi, je profite de l'occasion pour féliciter tout le personnel de la santé, parce qu'évidemment, souvent, dans les médias, on voit les cas... les cas particuliers, on voit les cas généraux, mais il reste quand même que, moi, j'ai eu l'occasion d'inaugurer à Saint-Romuald, M. le Président, un groupe de médecine familiale il y a deux semaines, j'ai vu la passion des médecins, j'ai vu la passion du personnel infirmier. Donc, je pense qu'on peut... on peut dire qu'on a un personnel exceptionnel.

Il est clair qu'avec l'augmentation de 5 % qu'on fait, on sait puis on est conscients qu'il faudrait en mettre encore plus. Cela étant dit, même si on s'est attiré des critiques par rapport à la décision qu'on a prise d'augmenter de 5 %, moi, je suis fier qu'on l'ait fait, M. le Président. Je suis fier qu'on ait pris cette décision qui nous permet de ne pas déraiper dans notre système de santé. Et ça, pour moi, c'est ma grande fierté, quand on pense que nos infirmiers et nos infirmières, nos médecins font... Il y a 46 millions de visites chez un médecin, 3,8 millions de visites à l'urgence, 5,3 millions de consultations médicales, 476 972 chirurgies, je l'ai dit hier, 296 869 chirurgies d'un jour. Alors, moi, je pense que c'est quand même quelque chose d'exceptionnel, et il faut quand même aussi le dire.

Alors, moi, j'aurais peut-être une dernière question. Je sais, M. le ministre, que vous avez annoncé plus tôt la stratégie en soins infirmiers, au coût de 81 millions, puis il y a 22 projets en organisation de travail qui sont en cours. Pourriez-vous nous en parler un petit peu plus succinctement, au niveau de ces 22 projets là? Parce que, moi, j'ai la conviction profonde que, même si on n'est pas dans un monde idéal au niveau de la santé, il reste quand même une chose, c'est qu'il faut maintenir le cap, puis il faut s'assurer qu'on va avoir des revenus, qu'on va assurer la pérennité de la santé à un rythme de croissance qui va toujours être supérieur, quant à moi, aux autres ministères.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais à M. Michel Delamarre de répondre à la question.

Le Président (M. Kelley): En fait, si vous voulez vous...

M. Delamarre (Michel): M. le Président...

Le Président (M. Kelley): Il y a consentement?

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Et vous avez deux minutes. Alors, si vous pouvez vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Delamarre (Michel): Oui. Michel Delamarre, sous-ministre adjoint, Personnel réseau et ministériel. Donc, M. le Président, la question posée concerne les projets d'organisation du travail. Peut-être vous dire qu'au départ ces actions terrain visent une organisation du travail efficace et performante, particulièrement dans certains secteurs: les soins critiques, soins à domicile et en hébergement. Essentiellement, ces projets ont trois objectifs: la diminution du temps supplémentaire, l'élimination progressive de l'utilisation de la main-d'oeuvre indépendante, et aussi le maintien de l'amélioration de l'accès aux services.

Effectivement, il a été mentionné, M. le Président, dès le début, qu'on a un défi devant nous qui est important au niveau de la pénurie de personnel, et ces projets d'organisation du travail, les investissements qu'on fait sont des leviers importants et essentiels si on veut justement être capables de faire face à la situation actuelle et à venir aussi qui touche le réseau de la santé, mais qui touche aussi toute l'économie globalement au niveau de la main-d'oeuvre. Essentiellement... Et les projets d'organisation du travail, dans les 22, sont actuellement en cours de processus, et ces 22 projets là sont faits de façon paritaire avec les instances syndicales.

Ce qu'on vise beaucoup pour être capables justement de faire face à la pénurie de personnel, c'est de revoir justement les pratiques professionnelles. On sait très bien qu'il faut viser l'utilisation optimale des compétences des personnes dans notre réseau, et ces projets justement visent essentiellement à faire justement cette dynamique-là où on veut que chaque professionnel soit utilisé de la bonne façon en fonction de ses compétences. Donc, on comprend bien qu'en organisant le travail de la bonne façon, en revoyant, particulièrement dans un secteur, la façon dont on utilise les ressources, bien, ça va nous permettre de faire en sorte qu'on va bien utiliser les personnes en fonction de leurs compétences et en même temps d'avoir aussi un certain pouvoir d'attraction et de rétention chez ces professionnels-là.

On sait que nos professionnels ont particulièrement investi dans leur formation, et ils souhaitent ardemment avoir des conditions d'exercice de leur profession qui leur permettent d'avoir une pleine utilisation de leur potentiel, donc en lien avec la formation que ces gens-là ont été capables d'aller chercher. Donc, un des défis qu'on a devant nous essentiellement, c'est de s'assurer que, quand on revoit l'organisation du travail, c'est que ces gens-là puissent mettre à profit l'ensemble de leurs compétences. Donc, pour chacun des types d'emploi qu'on a, c'est de s'assurer que l'organisation du travail va leur permettre une utilisation de leurs compétences.

Si on prend... Pour les infirmières, un des exemples qu'on fait quand on fait de la réorganisation du travail, c'est que c'est... il y a des tâches administratives ou des tâches qui ne demandent pas nécessairement d'avoir une profession ou d'avoir étudié pour faire ces tâches-là. On pense entre autres aux tâches administratives, qu'on veut dégager les infirmières des tâches administratives pour qu'ils se concentrent davantage à donner des soins cliniques auprès des patients.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Delamarre. On va passer maintenant à un prochain bloc, M. le député de Marie-Victorin, et je vais conserver un petit peu de temps pour votre collègue de Mirabel.

Dossier de santé du Québec (suite)

M. Drainville: Merci beaucoup, M. le Président. Sur le DSQ, 2010, ça devait être l'échéance finale, ça devait être déployé à travers le Québec pour la fin de 2010, chaque Québécois devait avoir un Dossier de santé du Québec pour la fin de l'année. Selon l'annonce de la semaine dernière, M. le Président, il va y avoir 10 pharmacies sur 1 700 pharmacies au Québec qui vont participer au DSQ; ça représente 0,6 % des pharmacies du Québec. Puis, si on prend les cinq cliniques médicales qui vont participer au projet sur les 2 070 cliniques qu'il y a au Québec, ça représente 0,2 % des cliniques au Québec. Alors, on devait être à 100 %, on est à 0,6 % pour les pharmacies puis 0,2 % pour les cliniques médicales. Évidemment, ça va très bien, M. le Président, si on se fie à ce que le ministre nous raconte à toutes les fois qu'il a la chance d'intervenir sur ce dossier-là.

Ce qui est encore pire, M. le Président, c'est qu'on a... selon les derniers chiffres des crédits, on a 348 millions d'engagés dans ce projet-là sur un budget encore officiel, là, de 563 millions. Donc, on a le deux tiers... pratiquement le deux tiers de l'argent prévu pour le budget — prévu pour le projet — d'engagé puis on n'a même pas 1 % du système qui est installé. C'est extrêmement inquiétant, ça, évidemment, M. le Président, quand vous avez le deux tiers de l'argent d'engagé. Là, le total, c'est 563, on est rendu à 348 millions d'engagés puis on n'a même pas 1 % du système qui est déployé.

● (11 h 40) ●

Ce qui est encore plus inquiétant, M. le Président, c'est, l'année passée, au 31 mars 2009, sur les 303 millions qu'Ottawa doit nous verser, il y en avait seulement 92 millions qui avaient été versés; ça, c'est au 31 mars 2009. Au 31 mars 2010, M. le Président, on a seulement 21 millions de plus qui ont été versés par Ottawa. Sur les 300 quelques millions qu'Ottawa doit nous verser, là, ils en ont versé seulement 113, puis ces 113 millions là, c'est seulement 21 de plus qu'à pareille date l'an passé. Ce qui veut dire, là, que l'argent qu'on attend d'Ottawa, dont on a besoin pour payer les factures, nous arrive au compte-gouttes, M. le Président. Et ça, c'est la plus belle preuve que le système ne fonctionne pas et que le projet est très, très, très en retard. C'est qu'Ottawa paie lorsque les systèmes sont livrés. Ils paient sur les livrables, et, comme les livrables ne sont pas livrés, Ottawa ne paie pas. C'est ça qui se passe. Enfin, M. le Président, sur les 303 millions qu'Ottawa devait nous verser, ils en ont versé seulement 113 millions. Ça, ça représente 37 % de l'argent. On devait avoir reçu 100 % de l'argent à la fin 2010, parce que le projet devait être fini à la fin 2010, on a reçu à peine un peu plus que le tiers de l'argent qu'on attendait d'Ottawa.

Alors là, M. le Président, j'aimerais ça... Je ne sais pas qui est supposé répondre aux questions concernant le DSQ...

M. Bolduc: Le ministre.

M. Drainville: Bien là... Parce que...

Une voix: M. le Président?

M. Drainville: On va poser la question, M. le Président, puis on va voir... on va voir...

M. Auclair: C'est ça. Est-ce qu'on peut laisser... au lieu de permettre qu'il y ait un échange, qu'il s'adresse à vous et qu'on respecte les règles habituelles.

M. Drainville: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup.

M. Drainville: Alors, M. le Président, je pose la question d'abord sur l'Index patients maître. On va voir, là, le niveau de connaissance que le ministre a de son dossier. L'Index patients maître, est-ce qu'il est prêt à être utilisé, oui ou non?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, je pense... Le préambule a été long. Je pense que je peux me permettre de répondre à différentes insinuations dans le préambule. Premièrement, les autres provinces ont commencé le DSQ en 2002. Le Québec n'a pas embarqué dans le DSQ parce que le Parti québécois a refusé de négocier avec le fédéral. Ça fait que, si le Parti québécois avait été au pouvoir dans les années subséquentes, aujourd'hui, le DSQ, ça serait zéro. Le Parti québécois n'a jamais été capable de s'entendre avec Ottawa. Pourquoi? Il ne s'associait même pas à la table pour aller chercher l'argent qui nous revenait.

On a un autre projet qu'on a fait avec le fédéral, qui a été négocié par notre gouvernement, qui sont les PACS, que j'ai parlé hier, un projet de 500 millions de dollars qui est nécessaire pour qu'on puisse avoir un DSQ qui est complet. Le PQ n'a jamais accepté de discuter avec Ottawa. Il ne s'est même pas assis à la table pour aller chercher de l'argent. C'est le même parti, aujourd'hui, qui vient nous dire qu'on est en retard dans leurs paiements, qu'on en est rendu avec le DSQ, parce que, si on était avec le Parti québécois, il n'y aurait plus de personnel dans le réseau de la santé, ils travailleraient tous à la mitaine, avec des crayons de bois, probablement. C'est ça, la réalité, M. le Président. Ils essaient de nous rendre coupables de faire avancer un dossier important pour les Québécois.

Quand on parle du DSQ, on parle également de la radiologie, d'imagerie médicale. Le projet est presque terminé à 100 %, un projet de 500 millions de dollars. Le Parti québécois, là, on aurait encore des films au nitrate d'argent puis on serait en retard de 10 ans sur les autres provinces. Ça fait qu'avant de nous faire la leçon, peut-être qu'ils devraient regarder dans leur cour qu'est-ce qu'ils ont fait dans le passé. Ils n'ont jamais été capables de s'asseoir à Ottawa. On l'a dit hier, c'est un parti qui est fermé, non seulement il est fermé pour la technologie, il est fermé pour le personnel, parce qu'ils ne veulent même pas que nos gens se promènent d'une province à l'autre. Le fait de ne pas avoir de mobilité ferait qu'on serait un peuple refermé, ce qui n'est pas du tout l'apanage du Québécois.

En ce qui concerne le Dossier santé Québec, quand il dit que c'est 1 % versus 37 % des coûts, c'est mal connaître le dossier. Ce qui est le plus dispendieux dans un dossier comme le Dossier santé Québec, c'est le

développement de la technologie. Le premier docteur, la première infirmière qui est connectée, elle, elle coûte cher. Pourquoi? Parce qu'il a fallu développer toute la technologie auparavant. Ce qu'on dit aujourd'hui: La technologie est à point pour qu'on soit capables d'en faire un déploiement. Ce que ça veut dire, ça veut dire qu'actuellement il y a des pharmacies, il y a des médecins qui sont connectés pour être capables d'utiliser de façon efficace le Dossier santé Québec.

Quand il dit que ça rejoint juste 1 %, c'est des milliers de personnes qui vont être connectées sur le Dossier santé Québec et que les médecins vont pouvoir utiliser, ainsi que les pharmaciens et les infirmières. Puis, quand il parle du 1 % versus du 37 %, c'est de leurrer la population de penser que les autres qui vont se connecter par la suite ça va aller en termes de pourcentages et que l'augmentation va être proportionnelle. Le premier montant, le premier... Les premiers montants sont importants, et c'est là qu'on a des montants les plus substantiels. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. M. le député.

M. Drainville: M. le Président, est-ce que l'Index patients maître est prêt à être utilisé?

M. Bolduc: Oui... On va demander à un responsable du ministère de venir... réponse à cette question très pointue. C'est M. Bernard LeFrançois.

Le Président (M. Kelley): Alors, il y a consentement pour permettre M. LeFrançois à participer aux travaux de la commission? J'imagine, il y a consentement. Alors, comme d'habitude, si vous pouvez vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement, s'il vous plaît.

M. LeFrançois (Bernard): Oui. Bernard LeFrançois. Je suis responsable des technologies de l'information, sous-ministre adjoint.

Le Président (M. Kelley): Alors, à la question du député.

M. Drainville: Est-ce que l'Index patients maître est prêt à être utilisé?

M. LeFrançois (Bernard): L'Index patients maître est utilisé présentement dans plusieurs régions pour pouvoir relier les réseaux locaux afin d'identifier les ressources... ou plutôt les intervenants et les gens qui collaborent au dossier. Alors, pour un patient, son numéro d'identifiant sert à l'hôpital et également au CLSC pour pouvoir l'identifier de façon unique.

M. Drainville: L'Index patients maître...

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: ... — excusez-moi — l'Index patients maître dont nous avons besoin pour faire fonctionner le DSQ, est-ce que cet Index patients maître est fonctionnel? Est-ce qu'il est prêt à être utilisé?

M. LeFrançois (Bernard): Il n'est pas fonctionnel à l'ensemble des régions, mais je n'ai pas le découpage.

Mais présentement, dans plusieurs régions, on a un Index patients qui fonctionne.

M. Drainville: Est-ce que c'est possible pour vous de déposer devant cette commission le statut de l'implantation de l'Index patients maître là où il est utilisé, selon les régions, selon les établissements?

M. LeFrançois (Bernard): Oui, c'est sûr. Mais, demain peut-être, ou... est-ce que ça vous irait?

M. Drainville: Demain, ce serait parfait. Est-ce qu'on peut savoir également... Lorsque vous déposerez ces chiffres-là, est-ce qu'on peut savoir combien a été dépensé jusqu'à maintenant pour l'Index patients maître? C'est possible?

M. LeFrançois (Bernard): Oui.

M. Drainville: Pour ce qui est de la couche d'accès, on sait qu'il y avait un problème avec la couche d'accès. Est-ce que le problème a été réglé? Et combien a été dépensé pour la couche d'accès jusqu'à maintenant?

M. LeFrançois (Bernard): Un peu comme le ministre a mentionné tout à l'heure, les travaux en ce qui concerne la couche d'accès nous permettent de penser qu'on va rester à l'intérieur des montants qui ont été prévus.

En ce qui concerne le fonctionnement — parce que c'est ce que j'ai compris de la question — le fonctionnement, il y a eu effectivement des problèmes technologiques et techniques, et les problèmes ont été résolus, et les expériences qu'on a menées jusqu'à maintenant nous démontrent que la solution est fonctionnelle. On sait...

Est-ce qu'il faut expliquer un peu l'objectif de la couche d'accès?

M. Drainville: Oui. Bien, moi, je le... rapidement, parce que c'est des informations qui sont disponibles, et on essaie surtout de s'assurer que votre présence nous permet d'aller un peu plus loin dans notre connaissance du dossier, là.

M. LeFrançois (Bernard): Je vais simplement expliquer, si vous le permettez, que la couche d'accès est une couche d'infrastructure essentielle qui permet de journaliser, de prioriser, de valider la sécurité des gens qui ont accès aux informations. Alors, c'est une couche maîtresse d'interface, si vous voulez, qui nous permet de gérer plusieurs composantes et plusieurs préoccupations du Dossier de santé.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Merci. M. LeFrançois, bon, vous êtes le sous-ministre responsable des technologies de l'information. Est-ce que vous pouvez nous expliquer comment il se fait qu'on ait reçu seulement 37 % de l'argent d'Ottawa jusqu'à maintenant et comment il se fait qu'on ait reçu seulement — entre l'année dernière et cette année, là — seulement 21 millions de plus d'Ottawa, alors qu'on devrait avoir reçu beaucoup plus, là?

M. LeFrançois (Bernard): Oui. Je peux essayer, si vous voulez. Alors, je peux essayer d'utiliser mes mains, si vous voulez, également. C'est que, dans le cadre du

remboursement avec Infoway, qui est le représentant du fédéral pour ce projet, il y a 20 % qui a été donné au début du projet. Ensuite, il y a une courbe de remboursement qui se fait, selon les jalons qui sont atteints. Alors là, ce qui se passe, c'est qu'il y a une autre courbe également qui est la courbe des travaux qui s'effectuent. La courbe des travaux qui s'effectuent est partie de zéro, elle, et a une progression différente de l'autre courbe. Alors, ce qui se passe, c'est que, présentement ou dans les mois passés, il y a eu beaucoup d'emphase qui a été mise sur la réalisation des composantes techniques qui n'étaient pas nécessairement remboursées au niveau des jalons, alors que les jalons vont surtout être remboursés au niveau du déploiement. Alors, un peu plus tard, les deux courbes vont s'intégrer. Présentement, je pense qu'on vous avait déjà mentionné qu'on était à à peu près 2 % de différence entre les dépenses et le remboursement d'ISC, alors on ne pense pas qu'il y a matière à se préoccuper de façon extraordinaire là-dessus.

M. Drainville: Si... Si...

Le Président (M. Kelley): Dernière question.

M. Drainville: Une dernière question. On dit que la solution va être prête cette année, hein, c'est ce que les communiqués disent, là. Mais le déploiement complet à la grandeur du Québec, en quelle année chaque Québécois aura-t-il accès à son Dossier de santé, selon vos projections? ● (11 h 50) ●

M. LeFrançois (Bernard): C'est parce que, quand on parle d'une solution complète, je pense qu'on a essayé de mentionner qu'il y a plusieurs composantes, il y a 14 sous-projets dans ce qu'on appelle le DSQ. Alors, on a mentionné que les PACS, qui était la radiologie, est une composante qui avance de façon intéressante. Là, ce qu'il nous reste à faire, c'est le monter dans une espèce de base de données qui va permettre le partage partout dans la province.

Alors, en ce qui concerne Médicaments, on a déjà cette base de données là. En ce qui concerne maintenant les laboratoires, on a un petit peu plus de problèmes parce que les laboratoires, ça ne se fait pas de façon automatique, c'est chaque laboratoire qui va devoir régulariser son... comment je pourrais dire ça?

Une voix: ...

M. LeFrançois (Bernard): Tout à fait. Alors, pour avoir une solution intégrée, on est près d'y arriver, mais, comme on a dit, dans la région de Québec, Médicaments et les PACS sont déjà prêts pour donner une solution, et même on peut essayer des solutions... de donner le laboratoire également pour faire une solution complète et intégrée pour la région de Québec.

En ce qui concerne le déploiement pour l'ensemble des régions — parce que, je pense, c'était l'essence de la question — pour le déploiement, dépendamment du rythme de chacune des régions de pouvoir adhérer et de pouvoir libérer ces ressources, on pense que, d'ici... on l'a dit, on ne veut pas s'avancer trop, mais ça dépend du rythme d'adhésion des régions. Et je vous dirais que je ne connais personne qui est contre ce projet, tout le monde le réclame, alors, je pense qu'on pourrait accélérer les choses, mais je ne peux pas arriver avec une date extrêmement précise pour chaque des régions pour le moment.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. LeFrançois. Mme la députée de Mirabel.

Prestation de services ambulanciers (suite)

Mme Beaudoin (Mirabel): Merci, M. le Président. D'abord, je voudrais remercier mon collègue de Marie-Victorin de m'allouer ce temps. C'est un cas particulier dans la circonscription de Mirabel, à Oka, concernant les services ambulanciers.

L'existence d'horaires de faction dans des zones urbaines et semi-urbaines a pour effet d'ajouter inutilement des délais de plusieurs minutes à ceux normalement requis en situation d'urgence. À Oka, la moyenne de temps d'attente est de 16 minutes pour les urgences, pour une ambulance, et souvent on dépasse de temps d'attente. Les horaires de faction, M. le ministre, ont été mis en place en 1989, à titre de mesure provisoire seulement, afin de former le personnel nécessaire pour augmenter le nombre d'ambulanciers.

Je vais vous faire un bref historique. Il y a eu le dépôt d'une pétition, en 2006, et ça a été signé par 35 000 pétitionnaires, et ça a été déposé ici même, en Chambre. En 2008 et 2009, il y a eu aussi dépôt de pétition initiée par Kimberley Labrecque — et je mentionne qu'elle est présente ici, en commission, aujourd'hui — résidente d'Oka, et son époux est décédé suite à un accident de travail à Oka. Et, à ce moment-là, elle était accompagnée de représentants de la Fédération des paramédics et des employés des services préhospitaliers du Québec.

Ma question: Pourquoi l'horaire de faction dans la municipalité d'Oka existe-t-il toujours, alors qu'il s'agissait d'une mesure provisoire mise en place en 1989, soit plus de 20 ans déjà? Et pourquoi cette inaction de la part du gouvernement?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, je pense qu'il faut faire une rétrospective de l'ensemble du dossier des ambulanciers au Québec. Vous savez qu'il y a des comités, il y a des études qui sont faites à chaque fois qu'il y a des cas dont le délai est supplémentaire, ils évaluent la pertinence de rajouter ou pas des services, et ça, ça se fait au niveau de l'agence. Et ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il y a des situations particulières qui parfois font qu'un délai est augmenté. On en veut le moins possible, on veut le moins de situations comme vous avez mentionnées, qui sont regrettables, mais on ne peut pas non plus installer une ambulance à chaque coin de rue, au cas où. Donc, il y a comme une logique organisationnelle dans laquelle les gens qui connaissent ça font l'évaluation, prennent des décisions, font des recommandations, et par la suite on les applique.

Dans la région des Laurentides, au cours de la dernière année, on a rajouté 2,5 millions de dollars récurrents, entre autres pour les zones limitrophes. C'est à Lachute, à Saint-Eustache, à Sainte-Thérèse, Saint-Jérôme puis Mirabel. Quand on a fait l'évaluation de la zone que vous parlez, il n'y a pas lieu de rajouter des ressources. Donc, c'est l'évaluation objective d'un groupe qui connaît cela, qui juge qu'il n'y a pas lieu, dû au nombre d'appels, aux délais qui sont recommandés, de rajouter des ressources.

Et je veux bien me faire comprendre. Les gens nous disent: Vous devriez rajouter des ressources. À toutes

les fois qu'on rajoute des ressources, c'est 500 000 \$. Ce n'est pas une question de coût, c'est une question: Est-ce que c'est pertinent ou pas? Et je sais qu'au niveau du Parti québécois vous êtes partis sur l'idée de: À toutes les fois qu'il y a un délai en quelque part, là, on demande quasiment une commission d'enquête. Il faut être responsable, comme gouvernement. On veut donner les meilleurs services possible, mais à l'impossible nul n'est tenu, et de se servir de chaque cas dramatique, que je pense qu'il faut qu'on regrette, et de vouloir en faire une cause pour développer plus de services, bien, il faut penser qu'il y a un mécanisme équitable, que ce n'est pas le ministre qui décide, ce sont des experts qui font des recommandations, on va suivre leurs recommandations. Donc, je vous dirais que, compte tenu du sérieux de la chose, compte tenu de l'importance du service préhospitalier au Québec, tout le service ambulancier, je pense qu'il faut se référer aux experts.

Puis ça, c'est un message que j'aimerais qu'on passe à la population, c'est un message important: On veut vous donner les meilleurs services possible en pré-hospitalier, ce sont des experts qui vont évaluer, mais, oui, il peut arriver parfois que, exemple, si vous avez un accident d'automobile, puis il y a six traumatisés, puis il y a deux ambulances, on ne pourra pas installer six ambulances partout; il faut accepter le principe qu'il y a ce qu'on appelle un niveau de risque que, comme population, on doit accepter. Et on mesure, on mesure chacun des déplacements; à chaque fois qu'il y a un délai que l'on pense trop long, il y a une évaluation qui est faite et on regarde qu'est-ce qui peut être apporté.

Je tiens à insister parce qu'il ne faut pas apeurer la population, il ne faut pas créer des craintes et des attentes non justifiées dans la population. Et je tiens à le dire: Ce n'est pas le ministre qui décide. Le ministre suit la recommandation des experts qui connaissent ça, et, au Québec, on veut desservir notre population le mieux possible, mais aussi il ne faut pas prendre des cas particuliers puis à chaque fois en faire une cause qui, à la fin, va nous faire qu'on ne donnera pas les bons services à la population.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée.

Mme Beaudoin (Mirabel): Monsieur...

Le Président (M. Kelley): Il reste une minute.

Mme Beaudoin (Mirabel): M. le ministre, est-ce que vous croyez que les gens en région ont droit aux mêmes services qu'en milieu urbain? Ici, il ne faudrait surtout pas faire de politique partisane, parce qu'il y a des drames chez nous, et je pense que c'est aussi important que partout ailleurs aussi.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bon. La réponse est facile. Je suis quelqu'un qui vient des régions, et j'ai travaillé en Abitibi-Témiscamingue, et j'ai été coroner pendant 24 ans, donc j'ai évalué ce type de cas là. Ce que je trouve inacceptable, c'est qu'on se serve du nom de «région» — puis je viens du Lac-Saint-Jean, puis j'ai travaillé en Abitibi sept ans — pour essayer de défendre des dossiers et faire de la partisanerie politique sur un dossier. Et ça, je tiens à passer le message: Récemment, le Parti québécois fait de la partisanerie politique au nom de développer des services.

On veut donner les meilleurs services possible, et je vais vous donner un exemple. Si on va à la pêche dans un camp de chasse puis on est à deux heures de la route, donc il faut s'attendre qu'on n'aura pas une ambulance en 30 minutes. C'est ça, la réalité. Quand on vit en région, on accepte aussi le principe qu'on veut avoir les meilleurs services possible, mais il y a des distances en région qui fait qu'on ne pourra pas avoir une ambulance dans chaque rang. Par contre, puis je veux bien me faire comprendre, je veux qu'on donne la meilleure accessibilité de services et on doit avoir les mêmes services qu'en ville, sauf qu'il faut être réaliste: l'organisation en région des services préhospitaliers est différente. Mais ce qui est le plus important, c'est qu'on a des experts sur lesquels on va se fier pour nous faire les recommandations et mettre les ressources nécessaires pour donner les meilleurs services possible.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. Il reste six minutes pour M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Compte tenu du peu de temps qu'il reste pour ce bloc-ci, est-ce qu'on pourrait reporter à cet après-midi...

Le Président (M. Kelley): Je pense qu'on est mieux de terminer le temps, s'il vous plaît.

M. Chevarie: Hein, on termine? O.K.

● (12 heures) ●

Le Président (M. Kelley): Alors, commencer le bloc et on peut continuer après les affaires courantes.

Investissements dans les infrastructures et équipements spécialisés

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Alors, bonjour au ministre, bonjour à vous tous. Je veux aborder le sujet des infrastructures en santé, le volet Immobilisations et Équipements spécialisés. On sait que notre gouvernement a adopté le Plan québécois des infrastructures pour un montant de plus de 42 milliards, et, bien entendu, le réseau de la santé et des services sociaux bénéficie de ce plan-là pour près de 9 milliards de dollars. Et la répartition de cette importante enveloppe touche évidemment des projets majeurs, particulièrement à Montréal, à Québec avec l'Hôtel-Dieu, également dans les urgences, et également des projets de rénovation dans les centres d'hébergement de soins de longue durée. Et bien sûr toutes les régions du Québec peuvent bénéficier de cette enveloppe et présenter des projets et tenter de répondre le plus possible aux besoins en termes de rénovation et de renouvellement au niveau des équipements.

Et, aux Îles-de-la-Madeleine et en Gaspésie, on a bénéficié de cette importante enveloppe. Particulièrement en CHSLD, M. le ministre, en décembre, a annoncé la construction du projet de Villa Plaisance, un CHSLD qui a des installations vétustes, non fonctionnelles et qui... dont le projet datait de plusieurs années, et on avait, faute de budget, de la difficulté à faire passer ce projet-là. Alors, c'est un projet qui devrait débiter la construction en décembre prochain, un projet qui va être érigé sur le même site que l'hôpital et le CLSC, et qui va devenir vraiment, ce site-là, un carrefour santé pour toute la population des Îles-de-la-Madeleine.

On a d'autres projets aussi aux Îles, entre autres, un important projet qui, là aussi, datait de plusieurs années, un projet de relocalisation d'une unité de soins de courte durée dans un autre espace pour rendre ce projet-là beaucoup plus fonctionnel... rendre ce service-là — pardon — beaucoup plus fonctionnel. Et on a eu également plusieurs projets dans la région Gaspésie qui se sont réalisés: un projet de 3,7 millions à Sainte-Anne-des-Monts pour un centre de réadaptation, 3,2 millions pour différents projets de rénovation.

Et je me permets, M. le Président, d'ajouter ceci, et je peux comprendre le rôle de l'opposition officielle de critiquer le gouvernement ou tout au moins de poser des questions pointues, de citer des exemples qui ne vont pas très bien, mais j'aimerais rappeler que le Vérificateur général du Québec, en juin 2000, a remis, dans son rapport, une note d'échec du gouvernement du Parti québécois, échec pour la planification, échec pour l'entretien, échec pour toute la question de la gestion de ses immobilisations dans le réseau de la santé, alors un rapport assez sévère, très sévère même du Vérificateur général. Et notre gouvernement a complètement changé la dynamique dans ce secteur-là avec des investissements majeurs et en corrigeant des lacunes importantes. Et, en 2006, notre Vérificateur général nous disait que 86 % des recommandations avaient été suivies par le gouvernement libéral.

Et à noter que notre gouvernement a investi aussi dans les équipements de haute technologie, non seulement dans les projets d'infrastructures, et aux Îles-de-la-Madeleine et en Gaspésie. Et je tiens à citer un bel exemple de cet investissement-là. Avec la collaboration de l'agence et les cinq CSSS, on a présenté un projet collectif et acheté un équipement extrêmement important pour la population et les traitements au niveau d'un appareil de résonance magnétique. Alors, évidemment, c'était assez difficile pour un seul établissement, un seul CSSS de se procurer un tel équipement, mais on a été capables de le faire avec un projet collectif là et avec ce budget-là, et c'est une unité mobile qui nous permet évidemment de parcourir la Gaspésie et de venir deux fois par année aux Îles-de-la-Madeleine et ainsi répondre aux besoins de notre population. Alors ça, c'est un exemple.

Et il y a eu aussi plusieurs autres projets d'acquisition en termes d'équipements. Alors, on a eu un changement majeur de la dynamique par rapport à tout l'aspect du renouvellement du parc immobilier et des équipements, et le Vérificateur général mentionnait également, pour ce volet-là, qu'on a suivi les recommandations du Vérificateur général à la hauteur de 93 %, alors 86 % dans les projets de rénovation, 93 % dans l'acquisition des équipements. Alors, c'est toute une différence, c'est une démonstration de la volonté de notre gouvernement de bien supporter notre réseau de la santé et des services sociaux.

Le Président (M. Kelley): Sur vos commentaires, M. le député, je pense, nous avons mis en contexte, et, j'imagine, il y aura une question, mais je vais laisser nos auditeurs en suspens, parce qu'il faut suspendre nos travaux jusqu'après les affaires courantes. Alors, je vais revenir pour terminer le bloc avec vous, M. le député.

On peut laisser nos documents ici, parce qu'apparemment la salle va être barrée pendant les prochaines heures. Alors, à 15 heures. Et je vais suspendre nos travaux.

(Suspension de la séance à 12 h 5)

(Reprise à 15 h 10)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2010-2011.

C'est 15 h 10, alors je demande le consentement de continuer jusqu'à 18 h 10. Est-ce qu'il y a consentement? Consentement.

Alors, on était à ma droite, c'était le député des Îles-de-la-Madeleine. Pour le rééquilibrage du temps, on va commencer avec un 20 minutes pour les députés ministériels. Alors, la parole est à vous, M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais... je vais poursuivre sur le dossier des infrastructures, le volet Immobilisations et renouvellement des équipements en santé. Et je ne reprendrai pas, évidemment, toute l'introduction que j'ai faite cet avant-midi concernant ce volet, mais je rappelle que, depuis 2003, notre gouvernement a fait la démonstration de sa volonté de vraiment renforcer le système de santé. D'ailleurs, comme je le mentionnais cet avant-midi sur le Plan québécois des infrastructures qui vise un investissement de plus de 42 milliards partout au Québec, 8,8 milliards est attribué au volet Santé. Et je mentionnais que le Vérificateur général du Québec, dans son rapport, qualifiait que le gouvernement libéral avait répondu très adéquatement à ces recommandations qu'il avait faites antérieurement, avec 86 % au niveau des projets de rénovation répondus en termes de... au niveau des recommandations et 93 % au niveau des acquisitions et renouvellements d'équipements de haute technologie.

M. le Président, on sait que notre ministre de la Santé et des Services sociaux a une grande expérience dans le réseau de la santé. Est-ce qu'il peut nous parler d'abord de son expérience sous l'ère péquiste, et également de la différence avec notre gouvernement libéral par rapport à ce volet-là, et nous dire à quelle hauteur nos budgets ont été rehaussés, particulièrement dans ces deux volets-là, au niveau du réseau de la santé et des services sociaux?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, écoutez, sous le régime péquiste, de ce que je me souviens, le mot qui était... qu'on reconnaissait toujours, c'était qu'il n'y avait pas d'argent, ou c'étaient des coupures. Ça fait qu'on avait... on a eu des coupures dans les salaires, on a eu des coupures dans la façon dont on traitait les gens, puis on a eu des coupures également dans les investissements au niveau des infrastructures.

Et, comme de fait, quand notre gouvernement est arrivé au pouvoir, on s'est rendu compte qu'il y avait un grand déficit, ne serait-ce qu'en investissements dans le réseau de la santé. Il y a eu une réinjection de plusieurs milliards de dollars pour le fonctionnement, mais il y a eu également une injection de plusieurs millions... milliards de dollars pour les infrastructures. Et puis, comme l'avait dit le Vérificateur général à l'époque, c'était vraiment un réseau qui était en vétusté et c'était un réseau qui avait besoin d'être rénové à la grandeur. Donc, nous avons réinjecté

dans notre PQI un montant de 8,1 milliards de dollars. Ça, c'est à part de plusieurs projets qui se font, là, au niveau même des établissements.

Juste pour vous donner un exemple du type de projets dans lesquels nous travaillons actuellement, au niveau des projets à l'étude, il y a l'Hôpital de LaSalle, on a également l'Hôpital de Saint-Jean-sur-Richelieu que je suis allé annoncer l'année dernière, et puis il y a l'Hôpital Charles-Le Moyne. Et, dans les projets qui sont en exécution — ça veut dire que les travaux sont en train de se faire actuellement — il y a eu l'Hôpital de Maria-Chapdelaine, Memphrémagog, on a l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le CSSS de Papineau, le CSSS de Gatineau, Pavillon de Hull, qui est sur le bord de se terminer, on espère faire l'inauguration ce printemps. Il y a également le CSSS de Gatineau, Pavillon de Gatineau, que nous sommes allés faire l'annonce l'année dernière, l'Hôtel-Dieu de Lévis, que les travaux sont commencés, et également le CSSS de La Pommeraie, à Brome-Missisquoi-Perkins, à Cowansville, un projet, là, qui va bon train.

C'est juste pour vous dire qu'en termes d'investissements, au cours des sept dernières années, on a investi de façon majeure. On a refait les urgences du Québec. Également, on a fait des projets d'agrandissement majeurs dans plusieurs établissements. Et ça, ça nous permet de dire qu'aujourd'hui... que le Parti libéral a été le parti de la reconstruction du réseau de la santé, pas juste au niveau du personnel, mais également au niveau des infrastructures, entre autres, des établissements. Ça, c'est sans compter les investissements qu'il y a eu dans les CHSLD, dans les ressources intermédiaires.

Et hier le député de Chauveau parlait de l'augmentation au niveau des cadres. J'aimerais revenir là-dessus pour dire qu'il y a eu une augmentation au niveau des cadres parce qu'on a réinvesti énormément dans le réseau de la santé, on a développé des services, ce qui nous permet de dire qu'aujourd'hui, si vous regardez l'investissement qu'il y a eu de supplémentaire dans le réseau de la santé, c'est plus de 19 % que l'augmentation des cadres. Merci.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Hull.

Intégration des médecins étrangers

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'aimerais discuter avec vous... M. le Président, j'aimerais discuter avec M. le ministre des fameux diplômés hors Canada—États-Unis en période de pénurie de main-d'oeuvre, de grande pénurie de main-d'oeuvre, si je fais référence à l'Outaouais qui compte un quart de million de personnes et qui arrive au quatrième rang au Québec pour ce qui est de l'accueil des personnes immigrantes. Alors, en Outaouais, on compte plus de 80 communautés culturelles. On en reçoit 1 300 par année, des personnes issues des communautés culturelles. On peut même penser qu'aujourd'hui il y en a près de 30 000 juste en Outaouais, ce qui représente plus de 7 % de la population. On est la deuxième plus importante ville en proportion d'immigrants par rapport à la population après Montréal.

Alors, c'est sûr que, moi, je fais tout le temps référence à notre rôle de député. On reçoit souvent des citoyens qui sont un peu désabusés parce que leur voisin qui est médecin péruvien ne réussit pas à pouvoir travailler,

ne réussit pas à pouvoir obtenir la reconnaissance de ses acquis pour pouvoir contribuer au réseau de la santé. Il y a des gens qui sont venus me voir — on a une grande pénurie d'orthopédistes chez nous, en Outaouais — bien, ils nous amènent des orthopédistes immigrants, puis ils se disent: Bien, ils sont là, est-ce qu'on pourrait les mettre à profit?

Alors, moi, je veux profiter de cette étude de crédits pour vraiment questionner le ministre par rapport aux résultats des jumelages du Canadian Resident Matching System, qui est mieux connu sous l'acronyme CARMS, puis ça, c'est certainement les gens du milieu qui connaissent bien ces acronymes-là. Et puis il y a deux phénomènes particuliers lorsqu'on regarde, là, vraiment les proportions de médecins qui sont intégrés au réseau de la santé à chaque année. Il y a deux phénomènes particuliers. Il y a le taux de comblement des postes de résidence en médecine de famille, et ça, on sait que c'est une grande pénurie partout au Québec, le médecin de famille est moins prisé par les étudiants, mais il faudrait réussir à combler tous les postes en résidence à chaque année, là, pour vraiment s'assurer que les PREM sont comblés partout au Québec, qui est les plans régionaux d'effectifs médicaux. Et il y a aussi le nombre de diplômés hors Canada—États-Unis qui sont admis dans les programmes de résidence qu'on ne réussit pas encore à combler à plus de 50 %, puis ça, bien, on se questionne tous à savoir: Pourquoi on ne réussit pas à intégrer ces ressources humaines, ce capital humain, là, dans... à contribuer à la société québécoise? Parce qu'ils sont venus ici finalement, hein, pour ça, pour pouvoir s'intégrer, puis on sait que ça passe par le travail, par sa profession. Ils sont sélectionnés d'ailleurs par le biais de leur contribution possible à la société.

Alors, j'aimerais ça que vous nous expliquiez cette problématique puis comment est-ce qu'on pourrait améliorer le taux d'intégration puis les meilleures performances des cadres.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (15 h 20) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, si vous regardez comment c'était il y a quelques années, c'est que les médecins étrangers venaient au Canada et puis ils essayaient de se faire admettre pour avoir leur permis. La problématique, c'était, un, très difficile d'avoir des stages, deuxièmement, il n'y avait pas de système organisé pour être capables de les évaluer rapidement. Là-dessus, mon prédécesseur, Dr Philippe Couillard, a mis en place un comité qui a été présidé par le Dr Echave.

Et là je veux faire un petit arrêt pour mentionner que le Dr Echave a pris sa retraite, la semaine dernière, de l'Université de Sherbrooke. Je lui ai téléphoné personnellement et je l'ai félicité. Puis je voudrais profiter de cette question, de cette étude des crédits pour officiellement dire au Dr Echave, là, que nous le remercions pour tout le travail qu'il a fait dans le réseau de la santé, entre autres à l'Université de Sherbrooke, puis qu'il a fait également avec ce comité où il nous a fait des recommandations que je vais vous parler qui, je pense, vont changer le cours des choses pour les médecins étrangers. Et également — encore là, une particularité du Dr Echave — il a été un des médecins qui a rapidement été aider à Haïti lors de la crise à Haïti, là, au mois de janvier. Donc, le docteur...

M. Drainville: Je tiens à dire — le ministre ne m'en voudra pas: Nous nous joignons à ses félicitations destinées au Dr Echave.

M. Bolduc: Oui, puis je pense qu'également le chef de la deuxième opposition et le critique en santé, le député de Marie-Victorin, se joignent à nous pour souhaiter bonne chance au Dr Echave et le féliciter pour son travail. Comme vous avez pu voir, le Dr Echave réussit à faire l'unanimité à l'Assemblée nationale, ce qui n'est pas peu, ce qui fait qu'on veut souhaiter bonne chance au Dr Echave. Et j'étais très content de savoir que le Dr Echave prenait sa retraite de l'Université de Sherbrooke, mais il va continuer à faire un certain travail, et puis, comme je lui ai dit, probablement qu'il va travailler encore de nombreuses années. Ce sont des personnes qui n'arrêtent pas du tout, qui continuent à faire des choses, puis même à temps partiel.

Ça fait que le Dr Echave a présidé un comité, nous avons très bien reçu son rapport, et le comité disait trois choses. La première chose qu'il disait: ce serait important d'évaluer rapidement les médecins, et on pourrait les classer en trois catégories. La première, c'est quelqu'un qui peut pratiquer immédiatement. À ce moment-là, après un stage très court d'évaluation, on pourrait lui donner son permis, il pourrait aider le réseau de la santé du Québec. Deuxièmement, il y a des médecins que ça fait un certain temps qu'ils n'ont pas pratiqué, qui auraient besoin d'une mise à niveau. À ce moment-là, il y aurait un stage d'organisé, et puis ce stage-là lui permettrait, après quelques mois, de pouvoir venir pratiquer dans le réseau de la santé du Québec. Il y a une troisième catégorie: il y a des médecins qui demandaient à venir pratiquer au Québec, mais ça faisait des années qu'ils ne pratiquaient plus, ou encore leur formation n'était pas adéquate pour être capables de pratiquer au Québec. À ce moment-là, il était recommandé que ces gens-là soient réorientés vers un autre type de profession qui pourrait être au niveau de la santé et qu'on les aide à avoir une formation pour qu'après ça ils puissent nous aider dans le réseau de la santé.

Et ce que nous avons fait l'année dernière, nous avons annoncé le programme, qui dans un premier temps va se faire avec l'Hôpital St. Mary's et le Centre hospitalier de Verdun, dans lequel les médecins vont aller faire... vont être évalués et vont suivre un des trois cheminements que je viens de vous dire. Ce que ça nous permet, ça nous permet de récupérer dans le réseau de la santé des médecins beaucoup plus rapidement qui, au lieu de prendre des années, vont prendre des mois à avoir une réponse, et par la suite, également, on va organiser des stages pour s'assurer que ceux qui peuvent pratiquer au Québec puissent pratiquer au Québec. Ça va nous donner la chance d'avoir plus de médecins dans le réseau de la santé; ça va nous permettre également d'avoir des gens qui demeurent au Québec, mais qui ne pouvaient pas pratiquer la médecine, de pouvoir être des travailleurs, là, qui peuvent contribuer à la société québécoise. Et c'est un programme qui actuellement est mis en place et qui va donner, je suis certain, des excellents résultats.

Mobilité des médecins (suite)

Mme Gaudreault: Merci beaucoup. J'aurais une autre question aussi par rapport à la mobilité de la

main-d'oeuvre. Hier, on a fait référence au fait qu'il y a des patients qui allaient se faire soigner en Ontario, des patients de l'Outaouais qui... En attendant que l'on réussisse justement à combler tous les postes de toutes les spécialités dont on a besoin en Outaouais, on a la chance de pouvoir établir des couloirs de services avec Ottawa et puis on a la chance de pouvoir permettre à nos citoyens d'obtenir les soins de santé auxquels ils ont droit, et je crois que ça fait preuve d'une grande ouverture, là, de la part du gouvernement, de notre gouvernement.

Je voudrais discuter d'une... Je crois que c'était une première, je ne sais pas si c'est au monde ou quoi que ce soit, mais cette fameuse... ces fameux arrangements de reconnaissance mutuelle entre la France et le Québec. Je suis aussi adjointe parlementaire au ministre des Relations internationales, et pour lui ça a été une belle réalisation en collaboration avec notre premier ministre. Et, le 27 novembre dernier, il y a quatre ordres professionnels du domaine de la santé qui ont signé avec leurs vis-à-vis français des arrangements de reconnaissance mutuelle, et ça, c'était dans la foulée, là, des ententes Québec-France qui ont été conclues en octobre 2008 par le premier ministre Jean Charest et Nicolas Sarkozy. Les quatre ordres professionnels, ce sont les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les sages-femmes. Ça, ça fait une grande différence, puisqu'on n'a plus besoin de délais d'attente, ou d'exams, ou quoi que ce soit, il y a une mobilité directe entre la France et le Québec en ce qui concerne ce personnel médical là.

En avril 2009, le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario signaient également un accord favorisant cette mobilité de la main-d'oeuvre entre les deux provinces, et ça, pour nous, en Outaouais, c'était une grande nouvelle. Il y a certains détracteurs qui ont voulu décrier cette façon de faire parce qu'ils regardaient ça juste en sens unique. Ils voyaient juste des médecins du Québec traverser en Ontario. Mais je peux vous dire que, moi, je vois qu'il y a autant de médecins ontariens qui traversent venir offrir des services dans notre réseau québécois qu'il y en a peut-être qui vont de l'autre côté.

Moi, je pense que c'est le temps, on va profiter de cette étude de crédits, comme je l'ai mentionné hier, qui, à mon avis, est très précieuse. Ça permet aux experts de venir nous présenter le fruit de leur travail tout le long de l'année. Et, comme je le mentionnais, pendant la période des questions, en 1 min 30 s, le ministre n'a malheureusement pas toujours le temps de faire état des grands pans des travaux effectués par l'ensemble des experts qui l'accompagnent.

Alors, je voudrais que vous remettiez les choses dans la juste perspective, là. Donnez-nous votre point de vue par rapport à cette fameuse mobilité de la main-d'oeuvre entre le Québec et l'Ontario.

M. Bolduc: Je pense qu'il faut prendre le dossier globalement...

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Il faut prendre le dossier globalement de la mobilité des professionnels de la santé tant vers le Canada, dont l'Ontario, que vers la France. Dans un premier temps, on est une société ouverte et on n'a pas de frontière. Mais, même si on voulait en

mettre une, on ne serait pas capables. C'est une main-d'oeuvre qui est formée, qui est compétente, et on peut dire qu'au Québec tous nos professionnels de la santé, qu'on parle des médecins, des infirmières, des nutritionnistes, des inhalothérapeutes, sont reconnus pour leur compétence. Ils peuvent aller travailler n'importe où, que ce soit aux États-Unis, dans les autres provinces ou en Europe. Ça, c'est le premier élément qui est important. On est reconnus comme étant des centres de formation de l'excellence en santé. Ça, c'est le premier élément.

Le deuxième élément, c'est que les conditions de travail au Québec, quand on les compare avec l'Europe, entre autres en France, sont généralement considérées plus avantageuses. Par rapport à l'Ontario, lorsque vous tenez compte du coût de la vie puis de l'organisation de la santé, je vous dirais que c'est à peu près équivalent. Ça, c'est le deuxième phénomène.

Ça fait que pour ce qu'il s'agit, dans un premier temps, de la France, on a signé une entente de reconnaissance permis sur permis, ce qui veut dire qu'un médecin français peut venir pratiquer au Québec et un médecin québécois peut aller pratiquer en France. Je pense que tous reconnaissent qu'un médecin formé en France, qui a pratiqué en France, a les compétences nécessaires, et c'est la même chose pour quelqu'un qui a été formé au Québec et qui a travaillé au Québec.

Les données actuelles. Et ça, il faut le dire, malgré les critiques de l'opposition qui n'arrêtaient pas de dire qu'on allait perdre nos médecins vers l'extérieur, qu'on creuserait un trou, si on les avait écoutés, on aurait mis des frontières, et, encore hier, on entendait le discours qui disait qu'on devrait interdire aux médecins d'aller à l'extérieur et puis qu'eux autres voulaient les garder au Québec.

L'élément important, c'est qu'actuellement les données que nous avons — et c'est des données récentes — c'est l'équivalent d'environ 12 médecins par mois de la France qui demandent à venir pratiquer au Québec, alors que nous n'en avons à peu près pas qui veulent partir du Québec pour aller vers la France. Donc, le Québec est très gagnant. Ce qui veut dire que, par année, ça pourrait représenter un peu moins de 100 médecins supplémentaires qui pourraient venir pratiquer au Québec. Et on sait qu'il y a des endroits, exemple en orthopédie, où on a réussi à recruter des médecins français qui sont venus s'installer dans des endroits où est-ce que nous sommes en pénurie.

En ce qui concerne l'Ontario, bien, c'est un accord de mobilité avec l'Ontario. Mais on sait qu'actuellement il y a une volonté que les médecins canadiens peuvent aller pratiquer d'une province à l'autre, et le Québec ne veut pas faire exception à ça. Nos médecins nous demandent de ne pas être une exception, parce qu'eux autres se considèrent aussi bons que les autres et ils veulent avoir cette possibilité de mobilité. Ce que nous constatons également, c'était qu'auparavant il y avait peut-être des médecins qui avaient tendance à aller plus vers l'extérieur, mais on voit actuellement qu'il y a un retour des médecins de l'extérieur vers le Québec. Les conditions de travail sont bonnes. Au Québec, on est reconnus pour faire de la bonne médecine.

Donc, ce qu'on peut voir comme portrait actuellement, c'est que notre bilan est positif par rapport aux médecins qui partiraient vers les médecins qui arriveraient. Et ça, ça va être de plus en plus vrai et ça va être une tendance qui va être encore de plus en plus forte, parce

qu'on est au début du processus avec la France, et, lorsque des médecins français regardent nos conditions de travail ici et lorsqu'ils regardent également les conditions de travail qu'ils ont en France, puis également ils ont un surplus de médecins en France, à ce moment-là, il y en a plusieurs qui ont une volonté de venir pratiquer au Québec.

Donc, on peut dire que par chance que le Parti libéral est au pouvoir et qu'il a pris ces décisions parce qu'on sait que d'autres partis, ça aurait probablement essayé de protéger, ce qui nous aurait empêché de recruter plus de médecins au Québec.

Mme Gaudreault: Est-ce qu'il me reste du temps?

Le Président (M. Kelley): Une minute.

● (15 h 30) ●

Mme Gaudreault: Une minute. Je veux juste savoir combien de temps ça prend pour un médecin de... Au moment où il prend la décision de venir pratiquer ici, au Québec, puis il est en France, combien de temps est-ce qu'on peut... qui s'écoule entre son départ, son arrivée, et tout ça?

M. Bolduc: C'est une question de mois parce qu'il y a des... également des arrangements et la reconnaissance de la formation en tant que telle. Et puis également, lorsque quelqu'un vient pratiquer au Québec, là, comme lorsque quelqu'un va aller pratiquer en France, il y a un petit stage très, très court, là, d'adaptation.

Et ce qui est intéressant également, c'est que, lorsqu'un médecin vient pratiquer au Québec à partir de la France, il est quand même soumis au principe des PREM. Donc, il va aller pratiquer dans un endroit où est-ce que, souvent, il y a une pénurie. Et également il est obligé de pratiquer en établissement pour combler les besoins en établissement, ce qui ne semble pas causer de problème.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la députée, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin, pour un bloc de 20 minutes.

Prestation de services ambulanciers (suite)

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais donner suite d'abord à la question que la députée de Mirabel a posée tout à l'heure au sujet de son service ambulancier dans sa région. J'avais, hier, annoncé au ministre que je souhaitais qu'il m'éclaire sur la demande pour une sixième ambulance dans la région du grand Longueuil. Donc, je lui avais signalé la question et lui avais demandé d'aller chercher la réponse. J'imagine qu'elle est toute prête.

Maison de naissance en Montérégie

Par ailleurs, j'aimerais bien, M. le Président, également qu'il nous éclaire sur une maison de naissance en Montérégie dont le projet a été déposé et appuyé par l'agence de santé de Montérégie. Le projet a été déposé auprès du ministère avec une demande de financement. Les gens du mouvement Maison de naissance Montérégie disent n'avoir reçu aucun accusé de réception. Par contre, dans l'étude des crédits, il est écrit qu'un projet pourrait voir le jour si jamais le financement est disponible, ce

qui me semble une formulation un peu curieuse, puisque c'est au ministère de nous dire s'il y a un financement ou pas.

Alors, sur la question du sixième ambulance, s'il vous plaît, et... Une ambulance, n'est-ce pas, M. le Président? La sixième ambulance, excusez-moi. Donc, la question de la sixième ambulance puis la question de la maison de naissance. Si c'était possible d'avoir des réponses plutôt courtes, parce que c'est comme ça, en passant. J'ai des dossiers tellement vastes sur lesquels il faut se pencher, là.

M. Bolduc: Oui. Dans un premier temps, pour la maison des naissances, on va faire les vérifications. Puis on va avoir l'occasion, lors de cette période de crédits, de vous donner la réponse.

Puis juste... tout en faisant ça court, là, il faut dire qu'on favorise beaucoup l'installation de maisons des naissances au Québec. Ça demeure quand même une priorité qui doit venir du milieu. Et puis des maisons des naissances avec des sages-femmes, nous en avons inauguré. D'ailleurs, on en a inauguré une à Sainte-Thérèse-de-Blainville, une très belle maison des naissances. Et je peux vous dire qu'on en veut dans toutes les régions du Québec. Mais les conditions essentielles, c'est d'abord une volonté du milieu d'en avoir une puis également d'avoir une collaboration interprofessionnelle pour s'assurer qu'on respecte les critères de sécurité.

Prestation de services ambulanciers (suite)

En ce qui regarde l'ambulance du grand Longueuil, nous avons ajouté trois équipes dans les deux dernières années: une équipe de 10 heures par jour pendant cinq jours par semaine; il y a eu deux équipes de 12 heures par jour pour sept jours-semaine. Ça, ça représente, en termes de montant, 1,2 million de dollars annuellement en ajout de services.

L'événement que vous avez parlé hier, c'est un événement qui est exceptionnel, et puis il est arrivé vraiment une congestion où il y a eu plusieurs appels en même temps dont cet appel-là était le sixième. Et ça peut arriver que, de façon aléatoire, là, hasardeuse, il peut arriver, à un moment donné, qu'il y a une augmentation rapide. C'est un peu comme si vous aviez un accident dans lequel vous avez quatre ou cinq polytraumatisés importants. Et puis on n'avait pas les ambulances qui étaient disponibles. Ils ont réévalué les services, et les services semblent adéquats. Et ce que vous avez parlé comme cas, c'est vraiment un cas exceptionnel. Et je tiens à rappeler qu'au cours des deux dernières années on a quand même rajouté beaucoup de services dans la région de Longueuil.

Également, je voudrais juste...

M. Drainville: Donc, pas question pour le moment d'une sixième ambulance. C'est ce que je dois comprendre?

M. Bolduc: Pour le moment, on... selon l'évaluation. Puis je voulais juste rappeler la façon dont ça se fait. Ce n'est pas le ministre qui décide si, oui ou non, on rajoute une ambulance, c'est évalué par des experts objectifs, selon des critères, et puis on évalue le risque. Et c'est impossible d'avoir zéro risque, mais on évalue le risque pour s'assurer qu'on soit capable d'avoir un temps de réponse à l'intérieur des délais requis. Advenant le cas

qu'il y a eu un appel et que c'est... le délai requis n'était pas respecté, il y a une évaluation qui se fait à ce moment-là, et puis, au cas où est-ce qu'il y aurait un problème de ressource, il y a des discussions puis il y aurait des recommandations qui soient faites.

Je veux juste rappeler la démarche, parce qu'il y a plusieurs personnes... présentement au Québec, tout le monde, dès qu'il y a un cas qu'il y a un peu de retard, on demande d'avoir une nouvelle ambulance. Je rappellerai que c'est important que ce soit bien évalué, pour une question de gestion des fonds publics. Et ce qu'on veut, c'est donner la meilleure accessibilité possible aux services, tout en respectant, ce que je vous dirais, un risque considéré raisonnable.

M. Drainville: O.K. Merci, M. le Président. J'attendrai la réponse plus complète sur la maison de naissance, là, mais j'attire l'attention: c'est la page 166 du volume 1 où il est question de ce centre de maternité sur le territoire du Haut-Richelieu—Rouville.

Participation des médecins au régime public de santé (suite)

J'ai quelques petits points que je veux couvrir rapidement, là. Ce matin, on a parlé des médecins qui se retirent... ou est-ce que c'était hier qu'on a parlé des médecins qui se retirent du régime public?

Une voix: Hier.

M. Drainville: Est-ce que ce serait possible, M. le Président, que le ministre nous dépose — pas nécessairement aujourd'hui, là, mais dans les prochains jours — une liste des retraits par spécialité? Qui sont ces médecins qui se retirent du régime public pour aller pratiquer plutôt vers le privé, pour se désengager et aller pratiquer vers le privé? Je ne pense pas que ce soit une information qui soit trop compliquée pour vous à compiler. Exact?

M. Bolduc: Non. Non, bien, je ne pense pas qu'on puisse vous donner les noms, parce que c'est une question de confidentialité.

M. Drainville: Non, non, ce n'est pas les noms, ce n'est pas les noms.

M. Bolduc: Mais, par spécialité, on va essayer de vous fournir l'information qu'il nous est possible de vous fournir, là, tout en respectant les règles, les règles d'accès à la confidentialité.

Le Président (M. Kelley): Et, comme d'habitude, ça va être envoyé à la secrétaire de la commission...

M. Bolduc: Absolument. Ça nous fait plaisir.

Le Président (M. Kelley): ...pour l'ensemble des membres de la commission. Merci, M. le ministre.

M. Bolduc: Ça nous fait plaisir de favoriser la lecture des députés de l'opposition.

Dossier de santé du Québec (suite)

M. Drainville: Merci, M. le Président. J'aimerais terminer le bloc Dossier de santé du Québec. Je ne sais pas si M. LeFrançois est toujours présent. Je souhaiterais lui adresser quelques questions, si les membres de cette commission sont consentants, M. le Président.

M. Auclair: Posez au ministre, et le ministre répondra.

Le Président (M. Kelley): Le loisir est toujours... Ça prend le consentement des membres de la commission et le ministre, mais...

M. Bolduc: M. LeFrançois va prendre place à la table, et puis, selon les questions, on décidera qui va répondre.

M. Drainville: O.K. Ce matin, M. LeFrançois était d'accord pour déposer, M. le Président, dans les... bien, d'ici demain, je crois, qu'il nous a proposé, là, une évaluation des... du degré de fonctionnalité, là. En fait, la question que je lui posais, c'était: Est-ce que l'Index patients maître est prêt à être utilisé? Est-ce que, la couche d'accès, le problème est réglé, etc.? Il nous a dit: Écoutez, je vais voir ce que je peux vous déposer, là, comme état de situation. Et je voulais savoir également combien ça avait coûté jusqu'à maintenant pour ces deux programmes.

Je voudrais lui demander: Est-ce que ce serait possible de faire la même chose, dans le fond, pour les 12 composantes du DSQ, dans la mesure où vous pouvez nous donner de l'information le plus rapidement possible? Nous, ça nous aiderait, en tout cas, à avoir un portrait qui soit le plus complet possible de ce projet-là au moment où on se parle.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, l'information est déjà disponible dans les documents que nous avons déposés, à la question 86... 87. Et puis, s'il y a d'autres informations, ça va nous faire plaisir de leur faire parvenir.

M. Drainville: Alors, 87, M. le Président, nous réfère à 83, et, à 83, on a ce tableau, M. le Président, là. Ça tient sur pas grand-chose et ce n'est pas tout à fait lisible... ou en tout cas c'est difficilement lisible. Je peine à croire, M. le Président, qu'on ne peut pas faire mieux que ça, là, pour nous donner un peu plus de... Il faut qu'on ait... Écoutez, en dessous du mot «déboursée», je ne suis même pas capable de vous dire quels sont les chiffres qui sont là, là.

M. Bolduc: On va agrandir le tableau pour le député de Marie-Victorin. C'est moins dispendieux que de changer ses lunettes.

M. Drainville: Oui. M. le Président, ce n'est pas tellement d'agrandir le tableau dont il s'agit ici, c'est plutôt d'avoir davantage d'information que ce simple tableau, qui ne dit pas grand-chose, là, en tout cas qui... Est-ce que ce tableau-là fait le travail, d'ailleurs? Bon, par exemple, M. le Président, on voit «déboursée», hein, on voit

«déboursée», mais on ne nous dit pas si ça fonctionne ou pas. On ne nous dit pas, le système médicaments ou l'Index patients maître, où est-ce qu'on en est au niveau de fonctionnement, quel est le niveau de fonctionnalité.

J'imagine, M. LeFrançois, que c'est possible de nous donner une description de l'état de situation pour chacun des 12 systèmes. C'est tellement important pour l'avenir de notre réseau de santé. M. le ministre, non?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (15 h 40) ●

M. Bolduc: Bien, il y a deux choses qu'on peut faire. Vu que vous avez de la difficulté à le lire, moi, je pourrais vous le lire puis prendre le temps de vous donner les chiffres verbalement, je suis capable de le lire, ou encore... Puis ce qu'on pourrait faire également, c'est vous fournir peut-être plus d'informations. Mais, pour moi, c'est quand même assez clair par rapport aux différents modules, exemple: les médicaments, c'est 27 449 000 \$. Imagerie diagnostique, c'est 58 310 000 \$. Télésanté, 4 228 000 \$. Santé publique, 9 177 000 \$.

Je ne sais pas si le député de Marie-Victorin veut que je le lui lise, mais pour moi en tout cas, pour être près du dossier, c'est l'information qui est disponible puis qui a l'air adéquate. Pour ce qu'il s'agit de savoir chacune des étapes au niveau technique puis les devis, je ne pense pas que c'est pertinent pour l'étude des crédits. Ça, c'est vraiment les montants essentiels.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Non, mais, M. le Président, ce n'est pas parce qu'on a une liste qu'on sait s'ils fonctionnent ou pas. On veut savoir où est-ce qu'on en est dans l'état de fonctionnement, là. Est-ce qu'ils fonctionnent à 10 %, à 30 %, à 50 %? Ça ne nous aide pas du tout, M. le Président, ce tableau-là, là. Et, dans le fond, ce qu'on veut, c'est... on veut savoir pour chacun des systèmes. Oui, on le voit, le déboursé, là, mais on veut savoir où est-ce qu'on en est au niveau de la fonctionnalité, au niveau de là... Enfin, ils marchent ou ils ne marchent pas, tu sais?

M. Bolduc: Bien, la réponse...

M. Drainville: Parce que je pense que, dans certains cas, M. le Président, une des raisons pour lesquelles le fédéral ne nous paie pas, là, puis je ne pense pas que ce soit une grosse nouvelle, une des raisons pour lesquelles le fédéral ne paie pas, c'est qu'il y a certains de ces systèmes-là qui ne sont pas à point actuellement. Et, comme je le disais ce matin, le fédéral va payer quand le livrable va être livré. Et, pour eux, le livrable, c'est: Est-ce qu'il est fonctionnel ou est-ce qu'il ne l'est pas? Est-ce que le système marche ou il ne marche pas? C'est là qu'il rembourse. Je comprends qu'il y a une série de jalons, là, mais la règle générale, c'est celle-là. On l'a vérifié nous-mêmes avec Inforoute Santé Canada à plusieurs reprises.

Alors, je redemande au ministre, M. le Président, et on met beaucoup de temps là-dessus, je... Au nom de la transparence qu'il s'est engagé à... dont il s'est engagé à faire preuve, est-ce qu'il peut nous donner, pour chacun de ces 12 systèmes là, un état de situation au jour d'aujourd'hui?

M. Bolduc: Oui. Bien, écoutez, c'est parce que vous n'avez pas été assez clair dans vos propos sur ce que vous demandiez, mais ce que je comprends, c'est que vous ne voulez pas seulement que les montants et la répartition, vous voulez également l'état d'avancement pour chacun des secteurs, et ça, on peut les fournir.

Mais juste pour dire: Ce n'est pas juste sur l'état d'avancement, c'est sur le déploiement également qu'il y a des déboursés qui se font au niveau du fédéral. Ça fait que c'est pour ça que c'est un dossier complexe, dans lequel, oui, il y a le développement de la technologie, mais également le déploiement au niveau du réseau. Mais, vu que j'ai cru comprendre puis que vos propos étaient plus clairs qu'au début, bien, on va fournir l'état d'avancement des situations des différentes composantes.

M. Drainville: Et ce que j'ai compris ce matin, M. le Président, c'est que le... M. LeFrançois et son équipe sont confiants maintenant que le rythme de paiement, ou de remboursement, ou de versement, tiens, des sous en provenance d'Ottawa va s'accélérer.

Est-ce qu'il est possible encore une fois, dans les documents qu'on nous fera parvenir, de nous donner une idée un peu? Compte tenu du rythme de développement ou de fonctionnalité des divers systèmes, est-ce qu'on peut nous donner une idée? Puis ça peut être une date, là, je comprends qu'on ne peut pas nous donner ça au jour près, là, mais nous donner une idée quand l'argent en provenance d'Ottawa sera versé pour les différents systèmes.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, on va vérifier. Puis, si c'est possible de vous le donner, puis probablement que c'est possible d'avoir des approximations, on va vous fournir l'information avec plaisir.

M. Drainville: Très bien. Merci beaucoup. J'imagine qu'on nous indiquera à ce moment-là, sur le coût total de chacun des systèmes, quelle est la part qui est remboursée par Ottawa. Je présume que c'est... ce sera possible, M. le ministre.

M. Bolduc: On va vérifier l'information qui est disponible, là, puis on va vous la fournir sans difficulté.

M. Drainville: Parce que, si je ne me trompe pas, le pourcentage qui est remboursé par Ottawa dépend d'un système à l'autre, ce n'est pas toujours fixe dans le temps. C'est ça, hein?

M. Bolduc: Oui.

M. Drainville: Alors, voilà. Ce serait utile, parce qu'on comprend que c'est 303 au total, mais on ne sait pas comment ça se ventile pour chacun des 12 systèmes. Alors, ce serait utile si vous pourriez nous le fournir.

M. Bolduc: C'est le principe de l'atteinte des jalons, c'est-à-dire: lorsque vous êtes rendu à telle étape, il y a un déboursé qui se fait. Au début, compte tenu qu'on développait la technologie, il y a moins de déboursés, mais plus ça va aller, plus les déboursés vont s'accélérer.

M. Drainville: Par ailleurs, M. le Président, si on regarde à la question 89, ça, c'est sur la... bon, la page 200, 201, 202, 203, ça, c'est la liste des contrats qui ont été... qui sont soit terminés ou soit actifs, et on voit, là, les différentes entreprises qui ont obtenu ces contrats-là.

Là, je comprends que ça va prendre plus de temps, M. le Président, mais est-ce qu'il serait possible de nous indiquer plus tard, là, de nous remettre aux membres de notre commission le nom des soumissionnaires qui ont réclamé les documents d'appel d'offres pour chacun de ces contrats-là et le nombre d'entreprises ou le nom des entreprises qui ont soumissionné pour ces différents contrats, pour qu'on sache combien est-ce qu'il y en a qui ont manifesté un intérêt de soumissionner et combien est-ce qu'il y en a qui ont soumissionné, avec les noms des entreprises? Est-ce que c'est possible d'obtenir cette information?

M. Bolduc: Oui, bien, c'est quand même une question assez pointue. On va vérifier, voir l'information qui est disponible et les délais requis, mais on va vous revenir avec la réponse à ce niveau-là. Et puis c'est seulement de dire: C'est vraiment par souci de transparence qu'on veut valider vraiment, là, le type d'information qui est disponible.

M. Drainville: La raison, M. le Président, pour que le ministre et son équipe comprennent bien la... enfin, l'une des raisons pour lesquelles nous faisons cette demande-ci aujourd'hui, c'est qu'il y a plusieurs des contrats qui étaient sous l'autorité de l'agence de santé de Montréal, et cette agence-là, comme vous le savez, on ne peut pas la contrôler, entre guillemets, par l'entremise de la Commission de l'administration publique, ce n'est pas possible pour nous de passer par la Commission de l'administration publique pour demander des comptes à l'agence de santé de Montréal. Alors, si vous pouviez nous transmettre cette information-là, ça nous rendrait service, parce qu'autrement on n'est pas capables de l'obtenir.

M. Bolduc: On va vérifier. Puis, si c'est possible de... si l'information est disponible, on va vous la fournir.

M. Drainville: Il nous reste seulement quelques minutes. M. le Président, Radio-Canada a fait une série de reportages au sujet des entreprises de technologies de l'information qui, selon les reportages de Radio-Canada, se concerteraient pour se partager entre elles les contrats de... dans le domaine des technologies de l'information.

J'aimerais demander au ministre, M. le Président: Est-ce qu'il a fait des vérifications? Est-ce que le ministre a fait des vérifications pour s'assurer que les contrats qui ont été accordés à l'intérieur du projet DSQ n'ont pas fait l'objet de collusion?

M. Bolduc: Bien, le dossier du DSQ a une particularité, c'est que nous sommes en vigie constante avec le Vérificateur général. Et le Vérificateur général, je vous le jure, surveille ça de façon très attentive, et je pense que, s'il y avait eu des problèmes style collusion, il en aurait... il nous l'aurait mentionné.

Donc, c'est la particularité du Dossier santé Québec où, depuis le début, on est accompagnés par le Vérificateur général, avec des vérifications très régulières. Et d'ailleurs

le Vérificateur général fait rapport très régulièrement sur la situation du Dossier santé Québec. Donc, on peut remercier le Vérificateur général de bien nous surveiller.

M. Drainville: Mais, M. le Président, j'aimerais quand même demander directement à nouveau, là, j'aimerais demander à nouveau la question, là, directement au ministre. Il a sans doute entendu parler comme nous, hein, il a sans doute vu passer ces reportages-là. Lorsqu'il a vu ces reportages, est-ce qu'il s'est personnellement enquis auprès de son équipe quant à savoir s'il y avait eu des vérifications, s'il y avait eu des... plutôt des... Enfin, est-ce qu'il s'est assuré qu'il n'y avait aucune collusion que ce soit dans l'octroi des contrats liés au Dossier de santé du Québec? Est-ce qu'il s'est personnellement enquis?

M. Bolduc: La réponse, c'est oui. J'ai demandé à mes attachés politiques de vérifier avec le ministère pour s'assurer que... au niveau du DSQ, qu'il n'y avait pas de problème, et c'est à ce moment-là qu'on m'a répondu que le Vérificateur général est en vigie constante avec nous, puis il fait rapport régulièrement sur le Dossier santé Québec, ce qui m'a grandement rassuré.

M. Drainville: Très bien. Juste une dernière question, qui s'adresse probablement à M. LeFrançois. Au départ, le contrat qui avait été accordé à Bell Xwave pour le visualiseur, il avait été accordé au complet à Bell Xwave pour le visualiseur. Est-ce que vous pouvez nous confirmer que le contrat a été scindé par la suite et qu'une partie de ce contrat-là a été donnée à une ou d'autres entreprises? Si c'est le cas, qui a obtenu l'autre partie du contrat ou les autres parties? Et pourquoi vous avez décidé d'agir ainsi, si effectivement il y a eu scission? Et finalement combien a été engagé et dépensé pour le visualiseur jusqu'à maintenant?

Le Président (M. Kelley): M. LeFrançois.

M. LeFrançois (Bernard): Je ne suis pas certain d'avoir la réponse précise à cette question. Ce que je peux vous dire, c'est qu'on va regarder pour essayer de répondre dans une deuxième étape. Je ne crois pas que le contrat ait été scindé. Je sais qu'il y a eu de l'aide d'une autre firme, mais je ne pense pas qu'il y ait eu des modifications contractuelles. Alors, je ne suis pas capable de vous répondre précisément.

M. Bolduc: Bien, pour avoir été assez près du dossier, c'est Bell Xwave qui s'est associée à un autre partenaire. C'est à l'intérieur du contrat. Il faut peut-être vérifier le nom, là.

(Consultation)

M. Bolduc: C'est DMR, DMR, qu'on me dit. C'est la... C'est Bell Xwave qui a pris DMR comme sous-contractant pour l'aider à développer la solution technologique, mais il n'y a pas eu de changement au niveau du contrat. Ça, c'est le principe de... En construction, vous avez un maître du chantier, un responsable, et puis il peut engager des camionneurs, il peut engager d'autres sous-contractants pour l'aider à construire.

● (15 h 50) ●

M. Drainville: On nous dit que c'est assez difficile au niveau du visualiseur, M. LeFrançois, qu'il y a des bogues avec le visualiseur. Est-ce que vous confirmez cette information?

M. LeFrançois (Bernard): Bien, écoutez, dans toute solution informatique, on retrouve des problèmes. Puis encore une fois, dans le visualiseur, les gens voient ce qu'on appelle un peu la fonction visuelle, alors qu'il y a beaucoup de morceaux d'infrastructure qui font des liens avec d'autres morceaux d'infrastructure comme la caisse qu'on a mentionnée ce matin.

Alors, c'est quand même une composante qui est majeure, mais, moi, ce que je vous dis, c'est qu'encore une fois les problèmes technologiques, ça se résout, et c'est ce qui est en train de se faire. Et présentement la solution est fonctionnelle. Ça, je le confirme.

Le Président (M. Kelley): Ça met fin à ce bloc, tout en rappelant que les demandes d'information, M. le ministre, toujours si on peut transiger avec Mme la secrétaire pour le partage des renseignements avec l'ensemble des membres de la commission.

Je suis prêt maintenant à commencer un autre bloc, et c'est M. le député de Laurier-Dorion.

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. D'abord, commencer à vous dire qu'il me fait plaisir d'être ici pour participer à cet exercice de crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux. Je profite de l'occasion pour vous saluer, M. le Président, saluer mon collègue de Marie-Victorin, le chef du deuxième groupe d'opposition, les autres députés de l'opposition ainsi que mes collègues du groupe ministériel, saluer le ministre ainsi que l'équipe qui l'accompagne afin de pouvoir répondre à nos questions avec le plus de détails possible.

Accès à un médecin de famille

M. le Président, ma question va porter sur la médecine de famille et les services de première ligne. Je crois qu'un mot clé, un mot clé là-dedans, c'est l'accessibilité. Nous parlons, veux veux pas, de notre système de santé, nous nous vantons de notre système de santé depuis plusieurs années pour son accessibilité aux personnes qui nécessitent des soins.

Il faut dire, M. le Président, et ce n'est pas caché, qu'au quotidien je pense que nous pouvons constater tous, à travers les médias, et surtout les députés autour de la table, à travers nos relations avec nos citoyens, que notre première ligne, nos médecins de famille subissent une pression énorme en ce moment. Je peux vous dire que, dans mon bureau de comté, j'ai constaté ça à plusieurs reprises des personnes qui appellent. Et, je vous dirai aussi, dans un comté comme Laurier-Dorion qui reçoit grand nombre de nouveaux Québécois qui s'établissent depuis peu au Québec, on a une problématique particulière.

Maintenant, nous savons également, M. le Président, que, si on est pour éviter le recours à nos services d'urgence afin d'essayer de désengorger un petit peu la situation dans nos hôpitaux, il faut... on n'a pas le choix que de renforcer cette première ligne. Statistiquement, et c'est difficile à croire, M. le Président, tout est confirmé, tout est confirmé par des statistiques qui, veux veux pas, ce n'est pas des

statistiques qui sont heureuses, M. le Président, on peut, comme gouvernement, déterminer nos priorités et on a beaucoup de succès qu'on peut partager, mais cette statistique-là disant que le quart de la population du Québec, 25 % des personnes, de nos concitoyens, n'ont pas accès à un médecin de famille, c'est une statistique qui est bien désolante. Je suis convaincu, pour avoir discuté de ça avec le ministre, que c'est une situation qui est préoccupante, que c'est une situation qui est urgente, et je sais qu'il y a différentes façons et différentes tentatives pour essayer de répondre à cette situation.

Ma collègue a mentionné tout à l'heure les diplômés hors Canada, États-Unis. Évidemment, c'est une... ce n'est qu'une partie de solution, et nous savons tous et toutes, autour de la table, qu'il y a... veux veux pas, lorsque nous essayons d'intégrer des professionnels à l'intérieur de notre réseau de santé et services sociaux, qu'il y a des délais qui sont inévitables, veux veux pas. Donc, il ne s'agit qu'une partie de la solution, et, malgré les annonces et malgré le travail qui est fait à ce niveau-là, ce n'est pas pour demain que la situation sera réglée à ce niveau.

Nous savons également, M. le Président, qu'il y a une forte attraction de la médecine spécialisée qui fait en sorte que nos étudiants choisissent plus ou ont tendance à aller vers la médecine en spécialité que vers l'omnipratique. Maintenant, loin de moi, M. le Président, d'essayer de décourager nos étudiants de choisir la médecine en spécialité, mais il faut à quelque part, M. le Président, que nous agissions, en tant que gouvernement, pour essayer de rendre l'omnipratique plus intéressante. C'est notre première ligne, et elle est la clé si nous allons avoir un système de santé efficace.

Maintenant, nous savons également, nous avons entendu des commentaires, M. le Président, disant que l'omnipratique n'est pas aussi valorisée que la médecine en spécialité. Nous avons entendu dire que les outils diagnostiques et spécialisés ne sont pas toujours au rendez-vous, ce qui contribue des fois à cette... à, je dirais, cette diminution ou ce moindre intérêt pour la médecine omnipratique.

Maintenant, nous savons, il y a des annonces régulièrement, et nous savons qu'une partie de cette solution réside dans les groupes de médecins de famille qui... Et nous en avons plusieurs qui sont annoncés, là, on a juste à suivre les communiqués de presse du gouvernement. Il y en a qui sont implantés régulièrement, et nous avons des objectifs à ce niveau-là. Il faut quelque chose pour resserrer et essayer d'attirer les médecins, les jeunes médecins en omnipratique et les étudiants en omnipratique; il y a un travail qui doit être fait au niveau des facultés. Et également on sait tous qu'il y a eu, l'année passée, mise sur pied d'une table de concertation réunissant des professionnels et d'autres acteurs du réseau pour essayer d'arriver à des solutions à ce problème-là.

Alors, M. le Président, ma question pour le ministre, c'est à ce niveau-là. Je crois qu'il reconnaît très facilement qu'il y a une certaine urgence d'agir à ce niveau-là. Je crois que, cette statistique, il serait le premier à nous dire qu'il n'est pas heureux avec cette statistique-là. Et il y a eu évidemment cette mise sur pied de cette table de concertation pour essayer de venir solutionner cette problématique.

Est-ce que le ministre pourrait nous dire aujourd'hui, pour le bénéfice de nos concitoyens qui nous écoutent et

qui se posent des questions, surtout ceux qui ont de la difficulté à avoir accès à un médecin de famille, qu'est-ce qui est fait en ce moment? Qu'est-ce qu'il répond à nos citoyens qui sont préoccupés par cette situation? Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (16 heures) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, d'abord, il faut refaire l'histoire pour bien comprendre d'où on part puis vers quoi on s'en va.

En 1998-1999, sous le règne du Parti québécois, il n'y avait seulement que 406 admissions en médecine, toutes pratiques confondues, c'est-à-dire spécialistes et médecins de famille. C'est dans ces années-là également qu'on a mis les médecins à la retraite, ce qui a creusé un énorme déficit au niveau des ressources médicales, tant en termes de spécialités qu'en termes de médecins de famille. Depuis 2003, on a augmenté de façon significative le nombre d'admissions en médecine, dont entre autres en médecine de famille et en spécialité.

Ce qu'il est important de comprendre, c'est qu'on ne peut pas passer du simple au double en une année, parce qu'il a fallu également recréer le corps professoral en ouvrant des unités de médecine de famille. Donc, c'est progressivement qu'on a pu augmenter le nombre d'admissions en médecine. Pour vous donner une idée, en 2011-2012, ce qui est prévu, c'est 850 admissions. C'est plus que le double qu'il y avait sous le régime du Parti québécois en 1998-1999. Comme je l'ai dit à plusieurs reprises, mettre un médecin à la retraite, ça prend 10 minutes, comme ça s'est fait par le Parti québécois. En former un, un médecin de famille, ça prend sept ans; un spécialiste, ça prend 10 ans.

Si vous faites le calcul, en 2003, on a commencé à augmenter le nombre de médecins, en 2004, il y en avait plus, en 2005, il y avait plus d'étudiants en médecine, ce qui fait que cette année on commence à avoir un nombre significatif de médecins qui sortent de nos écoles. L'année prochaine, ça va être encore meilleur, et l'autre année après ça va être encore meilleur. Donc, il y a une lueur d'espoir à l'horizon.

Donc, notre gouvernement, ce qu'il a fait, il a corrigé l'erreur que le Parti québécois avait faite en les mettant à la retraite puis en diminuant le nombre d'admissions, et on a réaugmenté le nombre d'admissions, et également on favorise à ce que les médecins continuent à travailler, même à temps partiel, plutôt que de prendre leur retraite. Ça, c'est le premier élément.

Le deuxième élément, quand on regarde également les tendances, c'étaient les tendances nord-américaines, la médecine de famille était délaissée au profit de la spécialité, ce qui fait qu'il s'est creusé un écart entre les deux où on est devenu avec une grande pénurie en médecine de famille et ce qui fait que les gens ont de la difficulté à avoir un rendez-vous pour des soins de première ligne.

Ce qu'on a fait, c'est que, l'année dernière, on a formé une table de concertation qui réunit tous les partenaires: la FMOQ, la FMSQ, l'Association québécoise des établissements de santé, les différentes associations d'étudiants en médecine, de résidents en médecine, des ordres, comme l'Ordre des infirmières, l'Ordre des pharmaciens, pour faire le point, et qu'est-ce qui pourrait être fait pour rendre la médecine de famille plus attractive. Et il

y a des recommandations qui sont issues de cette table, que nous sommes en train de travailler.

Également, il y a des recommandations qui parlaient de réorganisation du travail, les conditions de travail, l'informatisation au niveau du réseau de la santé, et également le travail, qu'on appelle, avec des... du travail de collaboration avec les autres professionnels. Et également c'est à cette table-là qu'a été discuté tout le travail des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux. Et puis également ce qui a été mentionné, les infirmières praticiennes spécialisées, vous avez vu récemment qu'il y a eu une sortie de la part de la Fédération des médecins spécialistes, la Fédération des médecins omnipraticiens et des fédérations des infirmières pour qu'on mette en place le programme des IPS. C'est un autre dossier, mais je peux vous dire qu'une des façons d'améliorer la première ligne, c'est également la création d'un programme pour les infirmières praticiennes spécialisées.

Ce qu'on a fait également, c'est qu'on a augmenté le nombre de groupes de médecine de famille. Et vous savez qu'en 2003 il n'y avait seulement que six ou sept groupes, on s'est engagés à monter jusqu'à 300, et actuellement on en a plus que 200. Juste pour vous donner une idée, on annonce à peu près l'équivalent d'un groupe de médecine de famille par semaine. La semaine dernière, il y en a eu deux, dans le secteur de Trois-Rivières, que nous avons fait l'annonce, ce qui fait que presque à chaque semaine on a des nouveaux groupes de médecine de famille.

Qu'est-ce que ça veut dire? Ça veut dire qu'à ce moment-là la clinique médicale va avoir l'informatisation. On parle du Dossier santé Québec, mais le dossier dans les cliniques, c'est le dossier qui va venir avec le groupe de médecine de famille. Également, la clinique-réseau a le même privilège. Également, ce que ça veut dire, c'est que c'est des infirmières qui vont travailler avec eux autres pour partager un certain travail qui donne un meilleur accès à un médecin de famille. On dit qu'un médecin de famille, habituellement, qui n'est pas en groupe de médecine de famille peut suivre environ 1 500 patients. Lorsqu'il travaille avec des infirmières, il peut aller jusqu'à entre 1 800 et 1 900 patients. Donc, ça donne un meilleur accès à la première ligne.

Et également on a fait un programme de valorisation de la médecine de famille. Un, ils ont un ministre qui est médecin de famille, ça fait que, pour eux autres, semblerait-il que ça a donné une certaine valorisation.

Deuxièmement, c'est qu'on insiste que la médecine de famille est très importante, que l'importance, dans notre réseau de la santé, est de travailler en collaboration et de donner un meilleur accès. Et notre objectif, c'est que chaque citoyen puisse avoir accès à des soins de première ligne avec un médecin de famille ou avec son équipe de médecins de famille.

Trois objectifs. Le premier, c'est d'abord d'être inscrit dans une clinique de médecine de famille. Et puis ça, on a fait un programme, l'année dernière, dans lequel il y a un paiement au médecin qui inscrit des patients. Le deuxième, c'est qu'on puisse avoir un rendez-vous à l'intérieur d'un délai raisonnable. Le troisième: lorsque le médecin ne peut pas, est absent pour des raisons soit de vacances ou autres raisons — exemple, un congé de maternité — qu'ils puissent avoir accès à une clinique sans rendez-vous, d'où le concept des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseaux qui donnent accès à du sans rendez-vous.

L'amélioration des conditions en médecine de famille passe par une augmentation du nombre pour pouvoir se répartir le travail; meilleures pratiques de collaboration avec les autres professionnels; puis également une organisation du travail qui permet qu'il puisse y avoir une... de concilier le travail avec la vie de famille.

Je pense, ce sont des ingrédients, actuellement, que nous sommes en train de mettre en place, et nous sommes en train de corriger vraiment ce qui s'était passé dans les années 1990, lors des mises à la retraite, la diminution des admissions dans les facultés de médecine, et on peut dire actuellement que c'est un grand succès, qui est reconnu d'ailleurs par les différentes fédérations au niveau de l'augmentation du nombre d'admissions et la sortie, dans les prochaines années, de nombreux médecins. Sans compter qu'on a touché le sujet tantôt du programme des DHCEU: les ententes avec l'Ontario, les ententes avec la France. Ce sont toutes des conditions, lorsque vous les mettez ensemble, que l'on voit définitivement que, dans quelques années, la situation en médecine de famille va grandement s'améliorer au Québec — et je profiterais pour faire un clin d'oeil à la spécialité — également en spécialité. Parce que, si vous avez plus de médecins de famille, les spécialistes vont avoir moins besoin de faire de la première ligne, ils vont pouvoir se consacrer vraiment à leur compétence, qui est du travail de spécialité.

Je vous remercie pour la question parce que c'est un dossier qui, pour nous, est extrêmement important, c'est un dossier d'accessibilité, c'est un dossier qui a permis à notre gouvernement de corriger les erreurs du passé, et les Québécois peuvent être très contents et peuvent voir qu'on s'en va vers un monde meilleur.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Laurier-Dorion.

Plans d'effectifs médicaux

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Merci, M. le ministre, pour cette réponse. J'aimerais rester sur le thème de l'accessibilité. Nous savons tous... et c'est compréhensible qu'avec un territoire aussi large et vaste que le territoire québécois il y a évidemment disparité des fois et différences entre la répartition des effectifs médicaux sur le territoire québécois. Évidemment, nous avons, comme gouvernement, une obligation d'assurer que tous nos citoyens, peu importe où ils vivent, où ils décident de s'installer sur le territoire québécois, puissent avoir de l'accès à des effectifs médicaux, pour eux, pour leurs familles.

Nous entendons souvent parler, surtout vers la fin de l'année, des fameux PREM, les plans régionaux d'effectifs médicaux. Je pense que plusieurs citoyens ont déjà entendu parler du PREM, mais il y a très peu de citoyens, je pense, qui comprennent exactement c'est quoi, comment que ça fonctionne, quel est le but. Maintenant, moi, j'ai mon idée. Évidemment, je connais un petit peu ça, mais j'aimerais qu'on profite de cette occasion des crédits budgétaires pour expliquer un petit peu comment que ça fonctionne, le but de ces PREM, et nous dire un petit peu comment ça fonctionne sur le territoire, au niveau d'assurer un service équitable pour tous les citoyens, peu importe où ils sont sur le territoire québécois.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, l'objectif, c'est de rendre accessibles tous les services médicaux à la grandeur du territoire, quel que soit l'endroit que vous habitez. Que vous habitiez dans le Grand Nord, en Abitibi, dans la région de l'Outaouais, de la Gaspésie, des Îles-de-la-Madeleine, c'est important que tous les citoyens puissent avoir le même accès au niveau des services. Lorsqu'un service n'est pas disponible sur place, parce qu'il y a certains services qui sont très spécialisés, il faut que le citoyen puisse se déplacer facilement pour aller le chercher à l'endroit requis. Et tous reconnaissent, au Québec, que, quel que soit l'endroit que vous faites traiter, nos professionnels sont très compétents.

Au Québec, il y avait une problématique, il y a plusieurs années, où les régions périphériques manquaient de médecins, et les médecins étaient concentrés dans les régions centrales comme Montréal. Il a été mis en place des plans régionaux d'effectifs médicaux où les cohortes de chaque année doivent se répartir de façon équitable sur le territoire, ce qui fait qu'on accorde des postes en médecine spécialisée et en médecine de famille dans le territoire selon la pénurie, selon la population, et, au cours des années, on a réussi à rééquilibrer l'offre de service sur tout le territoire du Québec.

C'est important, c'est très important parce que, quand je rencontre mes collègues des autres provinces, les autres ministres de la Santé, pour eux autres, il n'y a pas de répartition équitable sur le territoire, le médecin peut aller s'installer n'importe où, n'importe quand. Ils ont une grande pénurie de médecins dans des endroits, entre autres, dans le nord de l'Ontario, où il y a des villes qu'il n'y a pratiquement plus de médecins qui vont pratiquer là. Ils ne sont pas capables de rééquilibrer leur offre de service, donc la population est obligée d'aller chercher leurs services à des centaines de kilomètres. Au Québec, parce qu'on a adopté cette stratégie il y a plusieurs années, on a réussi à répartir sur le territoire de façon équitable.

Également, le plan régional des effectifs médicaux va nous permettre, au cours des prochaines années, de corriger des situations, dont, entre autres, l'augmentation de démographie dans le coin des Laurentides. Dans le coin de Lanaudière où la démographie est très importante, on réajuste nos effectifs médicaux afin de leur donner plus de postes pour être sûrs de combler l'augmentation démographique. Il y a des endroits comme ça: on parle des Laurentides, Lanaudière, Laval et puis également il y a Montréal qu'on est en train de revoir le plan d'effectifs pour être certains que les citoyens de Montréal ont une meilleure... une aussi bonne accessibilité que partout dans la province.

Je peux vous dire actuellement, pour être originaire du Saguenay—Lac-Saint-Jean, que, oui, il y a encore un manque de médecins, il faut le reconnaître. C'est mieux que c'était auparavant, mais, pour avoir visité les différentes régions au cours de la dernière année, la plupart des gens sont satisfaits du nombre de médecins qu'ils vont recruter au cours des prochaines années et savent pertinemment que la problématique de la pénurie est en train de se régler. Pourquoi? Parce qu'on sort plus de médecins, on a des ententes avec l'extérieur, ce qui nous permet de dire que les PREM vont être comblés plus facilement.

● (16 h 10) ●

En spécialité, moi, je les regarde sur une base très régulière, je vous dirais que la majorité des places,

des postes des effectifs médicaux sont quasi comblés. Il manque environ encore entre 600 et 650 spécialistes au Québec. Et, exemple, il y a des places où vous avez un plan d'effectifs de cinq orthopédistes, ils sont quatre. Mais la majorité des plans d'effectifs en spécialité sont comblés. Il y a quelques endroits encore qu'il y a des difficultés. On parlait de Gatineau, qui, voilà deux ans, avait des grandes difficultés en orthopédie, qui, actuellement, sur un plan d'effectifs de 10 orthopédistes, ils en ont huit. Donc, c'est déjà une grande amélioration. Ils sont même descendus autour de quatre à cinq orthopédistes, un plan d'effectifs de 10 pédiatres, ils en ont huit également. Mais la majorité des endroits au Québec, c'est pratiquement comblé.

En médecine de famille, il nous faut encore l'augmenter, mais je vous dirais que les gens sont satisfaits du recrutement qu'ils ont à chaque année. Si on tient compte qu'il y a des régions actuellement qui doivent devenir un peu plus prioritaires — on parle des Laurentides, Lanaudière, et la région de Laval, et une partie de la Montérégie — ailleurs, on est capables de répartir les effectifs de façon équitable.

Je vous dirais que, quand on parle avec les ministres de la Santé des autres provinces, il y a deux régimes qu'ils envient vraiment au niveau du Québec: la question des PREM, la répartition des effectifs médicaux, et notre assurance médicaments. Ça, c'est deux...

M. Drainville: ...au Parti québécois.

M. Bolduc: ...deux particularités qui ont été très bien gérées par le Parti libéral.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Bolduc: Le troisième que je prédis...

Des voix: ...

M. Bolduc: ...le troisième élément que je prédis, le troisième programme que je prédis qu'on va faire l'envie de toutes les autres provinces du Canada — déjà, on le voit dans les éditoriaux des journaux médicaux — c'est la procréation assistée. On va être les seuls en Amérique du Nord à l'offrir. On est innovateurs, et je peux vous dire que c'est un programme que probablement... que toutes les autres provinces vont essayer de copier, et probablement que, dû à la qualité du programme qui est offert, comme en a parlé le Dr Michel Bureau, qui a été vraiment au coeur de ce programme, les autres vont probablement copier notre programme pour l'implanter dans les autres provinces.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Il n'a pas nié, hein, M. le Président, il n'a pas nié les deux... Et ça, il faut garder ça, M. le Président, il faut faire sortir ça rapidement, là. S'il y a des gens qui nous écoutent, faites vite la transcription: les deux grandes réalisations qui font l'envie des autres provinces, les PREM et l'assurance médicaments, deux initiatives du gouvernement du Parti québécois. Hé que j'ai hâte à notre prochain échange à la période des questions, M. le Président!

Des voix: ...

M. Drainville: Pour ce qui est de la procréation assistée, heureusement que l'ADQ et que le PQ, on a poussé dans le dos du gouvernement puis on les a finalement... on leur a finalement fait changer d'idée, M. le Président...

Des voix: ...

M. Drainville: ...lors de la campagne électorale de 2008, on s'en souvient tous, puisque l'ancien ministre de la Santé ne voulait pas ajouter la procréation assistée au panier de services de la RAMQ. J'entends la voix du député d'en face qui est d'accord et je m'en réjouis. Or, M. le Président...

M. Auclair: T'aimerais ça que je m'en réjouisse, mais la grande différence, c'est que vous n'avez jamais rien financé...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Vimont.

M. Auclair: ...de votre vie.

M. Drainville: M. le Président, je pense que j'ai la parole.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Vimont, la parole est au député de Marie-Victorin.

M. Auclair: C'est que mon collègue, cher... M. le Président, juste une question de règlement, en vertu des articles 35 et suivants, c'est que mon collègue amène un débat inutile, ici.

M. Drainville: M. le Président?

M. Auclair: Il peut bien ramener les faits qu'il y a des créatures qui existent, mais il faut les financer, il faut les faire vivre...

Le Président (M. Kelley): Monsieur... M. le député de Vimont...

M. Auclair: ...et c'est ce qu'ils n'ont jamais fait dans le passé.

Le Président (M. Kelley): ...merci beaucoup, ce n'est pas une question de règlement. Alors, poursuivre, s'il vous plaît, M. le député de Marie-Victorin.

Recours à des agences de personnel privées dans des établissements publics de santé

M. Drainville: Merci beaucoup, M. le Président. Nous allons parler des agences privées de personnel, M. le Président. J'ai donné les chiffres pendant la dernière période des questions, ils sont éloquentes. Pour les gens qui vont relire ces débats — je ne sais s'ils seront bien nombreux, mais enfin — on est passés, en 2007-2008, de 158 millions que nous dépensons pour les agences privées d'infirmières à

193 millions en 2008-2009, une augmentation de 35 millions ou 22 %. Si on prend la totalité des agences de personnel, M. le... les agences privées de personnel, en 2007-2008, nous étions à 324 millions, on est maintenant à 366 millions. On met beaucoup, beaucoup d'argent, M. le Président, dans ces agences privées de personnel en santé.

J'aimerais me concentrer sur les balises, M. le Président. Parce que la politique officielle du ministre de la Santé et de son prédécesseur, bref, de ce gouvernement libéral, c'est de diminuer, sinon d'éliminer le recours aux agences privées de placement. Je l'ai dit pendant la période des questions, M. le Président, nous avons fait une demande d'accès pour connaître les balises qui avaient été envoyées, qui avaient été transmises au personnel du réseau de la santé, aux établissements de santé du réseau pour leur dire: Écoutez, il faut diminuer, n'est-ce pas? C'est notre politique comme gouvernement: on veut diminuer le recours aux agences. Alors, s'il vous plaît, respectez ces directives, il faut aller dans telle ou telle direction.

Alors, on a fait cette demande en espérant obtenir en retour, donc, ces directives, avec une orientation claire, mais, M. le Président, on a obtenu notre réponse: il n'y a pas de directives qui ont été émises par le ministre concernant les agences privées d'infirmières ou pour autres... pour d'autres types de personnel dans le domaine de la santé.

En fait, je vous cite la réponse que nous avons obtenue, le 26 mars 2010, de Claude Lamarre, le chef du Service de l'accès à l'information et des ressources documentaires au ministère de la Santé et des Services sociaux: «Nous regrettons de vous informer que nos recherches n'ont permis de repérer aucun document susceptible de répondre à votre demande d'accès.»

Alors, le ministre nous dit que sa politique, c'est de diminuer le recours aux agences, mais, dans les faits, il n'a envoyé aucune directive en ce sens. Alors, pourquoi ne l'a-t-il pas fait, M. le Président? Est-ce que le ministre peut nous dire... C'est ma deuxième question: Est-ce qu'il peut nous dire combien nous économiserions si nous utilisions du personnel du réseau public plutôt que d'utiliser du personnel d'agence? Dit autrement: Quelles seraient les économies si nous n'avions pas recours au personnel des agences mais à du personnel salarié? Et quels moyens le ministre entend-il prendre pour réduire l'utilisation des agences dans le réseau public de santé? Est-ce qu'il s'est donné un échéancier pour le faire? Ma question faisait combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): 4 min 30 s.

M. Drainville: Quatre minutes. Alors, voilà, M. le Président. Merci, M. le ministre, de votre réponse.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

Plans d'effectifs médicaux (suite)

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, il faut quand même répondre aux questions précédentes du député de Marie-Victorin. En ce qui concerne les PREM, juste une clarification: ils ont été mis en place parce qu'ils avaient créé tellement une grande pénurie dans le réseau de la santé que, partout au Québec, on avait des problèmes d'accessibilité, donc c'est devenu une nécessité de répartir la pauvreté. La différence entre le Parti libéral puis le Parti

québécois, c'est que le Parti libéral bientôt va répartir la richesse qu'il aura créée au cours des dernières années en augmentant le nombre d'admissions en médecine puis en développant des stratégies pour aller chercher des médecins à l'extérieur du Québec. C'est ça, la différence. Plutôt que de répartir la misère que qu'ils se sont créée eux autres mêmes, nous autres, on va répartir la richesse que nous allons avoir créée pour les Québécois au niveau des plans d'effectifs médicaux. Première clarification.

Maison de naissance en Montérégie (suite)

La deuxième, répondre... ce n'est pas sur le temps, mais répondre à la question pour la maison des naissances du Haut-Richelieu. C'est un projet qui est intéressant. L'analyse en cours... Le projet a été reçu seulement qu'en février 2010, donc très récemment. On en fait l'analyse actuellement et on va le regarder, là, de façon très attentive. Et, je tiens à le dire, c'est des projets que je favorise que d'avoir des maisons des naissances dans chacune des régions pour avoir une... pour répondre à la politique de périnatalité que nous avons mise en place, où nous voulons une augmentation du nombre de naissances qui est... accoucher par des sages-femmes. C'était pour répondre à la deuxième question de tantôt.

M. Drainville: Merci.

Recours à des agences de personnel privées dans des établissements publics de santé (suite)

M. Bolduc: Bon. En ce qui concerne la main-d'oeuvre indépendante, actuellement, le réseau de la santé n'a pas le choix que d'utiliser ce type de main-d'oeuvre, sinon nous aurions des ruptures de services ou nous aurions des conséquences fâcheuses pour le patient. Et l'explication est très simple: Si vous avez du personnel et vous avez besoin de cinq infirmières, de soir ou de nuit, dans une urgence, il y en a deux qui ne se présentent pas, il y en a seulement que trois pour travailler, le travail ne peut pas être le même. Donc, c'est ce qui fait que, de temps en temps, il a fallu utiliser du personnel indépendant que l'on paie plus cher que le réseau public, et on le reconnaît. Et ce que l'on veut, et je l'ai dit publiquement à plusieurs reprises, tant au niveau de colloques des directeurs généraux, de rencontres dans les différents établissements, il faut essayer de diminuer, possiblement éliminer la main-d'oeuvre indépendante. La différence, c'est qu'on ne peut pas l'exiger. On le demande, on demande à ce qu'il y ait des plans, on demande à ce qu'il y ait des efforts de faits, mais on ne peut pas l'exiger parce qu'on pourrait mettre en danger la santé de la population et des gens qui se font soigner. Et j'espère que le Parti québécois comprend ça que parfois on n'a pas le choix de faire un compromis et d'avoir des gens qui viennent hors réseau pour continuer à donner des services, sinon il va y avoir rupture de services.

Lors de mes rencontres avec les syndicats, nos partenaires, je leur ai fait mention que, pour moi, éliminer les agences, il faut le faire en partenariat avec eux autres, puis on doit accepter le principe qu'il n'y ait pas de rupture de services. Et, tant qu'on ne me garantit pas qu'il n'y aura pas de rupture de services, je ne peux pas exiger des établissements qu'ils n'utilisent pas la main-d'oeuvre indépendante.

Le coût annuel, si on regardait l'écart entre le taux horaire d'une infirmière d'agence et le taux horaire d'une infirmière du public, c'est environ 20 %, et le coût qu'on peut économiser, ce serait un montant d'environ 35 millions de dollars, à peu près. C'est un montant de 35 millions de dollars que je serais ravi de réinjecter dans le réseau de la santé, mais il faut être certain de ne pas avoir de rupture de services. Et je pense que la population est en mesure de comprendre que la priorité du gouvernement, la priorité du ministre de la Santé, c'est, d'abord et avant tout, préserver leur santé puis offrir les meilleurs services possible. Et, pour ça, ça nous prend du personnel actuellement, pour certains établissements, qui provient du réseau privé.

● (16 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. M. le député.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, je remercie le ministre pour ses réponses. Alors, il nous parle, dans le fond, d'une économie de 35 millions sur un montant de 192 millions que nous dépensons pour les agences privées d'infirmières. Nous dépensons 173 millions pour les autres types de... pour les autres catégories de personnel, c'est-à-dire la catégorie 2, 3, 4 et 5.

Est-ce qu'on peut présumer, M. le Président, là, qu'on peut faire à peu près le... on peut en arriver à peu près au même chiffre? Si on dit qu'on pourrait épargner 35 millions sur 192 millions que nous dépensons actuellement pour les infirmières et qu'on dépense 173 pour les autres, est-ce qu'on peut présumer qu'on épargnerait... qu'on économiserait à peu près 30 millions si on mettait fin au recours des agences privées dans les autres catégories de personnel? C'est à peu près le même rapport, là, que j'utilise.

M. Bolduc: Bien, il faudrait voir si l'écart est le même, mais on peut assumer que ce serait approximativement le même écart.

M. Drainville: Donc, si on mettait fin aux agences privées d'infirmières et d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, d'inhalothérapeutes, bref, les cinq catégories qui sont visées, là, par les données, on pourrait économiser autour de 65 millions, ce qui est considérable.

Dans le fond, nous, M. le ministre, on entend la réponse. M. le Président, on entend très bien la réponse du ministre, mais ce qu'on voudrait savoir, c'est comment vous allez vous y prendre pour réaliser l'objectif que vous vous êtes donné, que nous partageons, c'est-à-dire de mettre fin au recours à ces agences? Il faut, me semble-t-il, M. le Président, avoir une espèce de plan de match. Il faut se dire: Bien, voici les étapes que nous allons suivre.

Par exemple, dans la région de Québec, ils étaient très fiers lorsqu'on les a rencontrés, il y a, quoi, un an et demi peut-être de ça, deux ans, ils étaient très fiers de nous dire qu'ils s'étaient regroupés et qu'ils s'étaient donné comme objectif, dans la région de la Capitale-Nationale, de mettre fin au recours. Et, si je ne m'abuse... je n'ai malheureusement pas eu le temps de regarder les chiffres — je ne sais pas si on les a — mais je pense qu'ils ont été assez bons pour limiter justement ce recours. Je le crois. En tout cas, je ne doute pas de leur volonté de le faire. Et visiblement, pour eux, ça passait par une décision

commune. On met autour de la table les gestionnaires, les syndicats, la direction de l'agence, et, tout le monde ensemble, on travaille dans cette direction-là.

À Sainte-Anne-des-Monts — j'ai donné cet exemple-là ce matin — je ne sais pas si le ministre était là lorsque l'agence de Gaspésie était venue présenter le résultat de leur bilan. Dans le fond, ils étaient très fiers de nous dire qu'à l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts ils avaient réussi à diminuer le recours aux agences privées d'infirmières de 1,3 million à 500 000 \$ par année. Vraiment, c'est exceptionnel. Il faut se réjouir de...

Alors, moi, la question que je me pose, dans le fond, M. le Président, c'est: Pourquoi le ministre ne nous dit-il pas: Voici mon plan de match pour arriver à une diminution progressive qui soit la plus rapide possible du recours aux agences? Pourquoi vous nous... Puis, si vous en avez un, bien, déposez-le.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, un, c'est: chaque établissement est autonome. On donne les grandes orientations. Et vous l'avez donnée, la solution, la solution qu'on fait la promotion dans le réseau de la santé: l'établissement, avec les gestionnaires, les syndicats doivent s'asseoir et discuter comment ils vont faire pour utiliser le moins possible les agences privées. Mais il y a des endroits que ça va bien, il y a des endroits que les gens ont de la difficulté à s'asseoir ensemble. J'en ai d'ailleurs discuté avec les représentants syndicaux des infirmières et je leur ai dit que, pour moi, la solution des agences, ça prenait une discussion entre nous pour s'assurer qu'il n'y ait pas de rupture de services.

Et je veux bien que le député de Marie-Victorin comprenne très, très bien, le choix ici est un choix: on ne peut pas accepter de rupture de services et on ne peut pas accepter qu'il y ait une pénurie de main-d'œuvre à un tel point qu'il y aurait des conséquences pour les patients. Et j'ai dit aux syndicats: Si vous voulez qu'on s'entende, on peut regarder par de la réorganisation du travail, mais il faut que vous me garantissiez que, si les agences ne donnent plus de soins, que votre personnel me garantisse qu'il n'y ait pas de rupture de services et de conséquences pour les patients.

Ce que vous avez dit tantôt, il y a des endroits qu'ils ont été capables de s'entendre, mais il y a des endroits qu'il y a eu des fins de non-recevoir. Et, moi, ma politique, mon orientation, ce n'est pas de tordre les bras — il n'y a pas une loi qui va obliger les gens à le faire — c'est de demander aux gens de s'asseoir autour de la table et de collaborer. Et je peux vous dire là-dessus qu'on a une bonne réception de la part des syndicats; ils veulent, comme nous, régler cette problématique-là. Maintenant, il y a des discussions qu'ils doivent avoir avec leurs membres pour s'assurer de me garantir qu'il n'y ait pas de rupture de services et qu'il n'y ait pas de conséquences pour les patients.

Et là je joue mon rôle de ministre, qui est... le premier rôle, c'est la protection du public et la protection des soins. Donc, si le député de Marie-Victorin pense que c'est facile, qu'il aille discuter avec les syndicats, qu'il s'assoie avec eux autres puis qu'il leur fasse le message de dire que le ministre, il est prêt à regarder; la seule affaire, il faudrait que vous lui garantissiez qu'il n'y a pas de rupture de services et qu'il n'y ait pas de conséquences

sur les soins aux patients. Et j'invite le député de Marie-Victorin de prendre son bâton du pèlerin et de faire le tour de la province et d'en parler avec les gens, comme, moi, je le fais d'ailleurs. Partout, ce que je fais, c'est toujours le même discours, c'est que je suis prêt à éliminer les agences privées à condition qu'on me garantisse qu'il n'y ait pas de rupture de services.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Et pourquoi le ministre n'a-t-il pas donné justement au réseau des indications claires quant à ses intentions, celles qu'il vient d'exprimer? Pourquoi est-ce que...

M. Bolduc: Le réseau...

M. Drainville: Pourquoi est-ce qu'il ne l'a pas fait?

M. Bolduc: Le réseau, là, c'est un réseau qui est mature, puis on n'est pas obligés... toujours obligés d'écrire une lettre à chaque personne pour leur dire quoi faire. Et le député de Marie-Victorin, récemment, m'a dit qu'il prônait l'autonomie des établissements, leur prise en charge, et également de les aider par un principe de décentralisation. Ça fait que je pense que je l'ai déjà assez dit sur la place publique, dans plusieurs conférences. J'en ai fait mention lorsque je visite des établissements. J'ai toujours les données puis je leur fais la mention que ce serait important de diminuer la main-d'oeuvre indépendante parce qu'à la fin ça nous coûte plus cher. Et puis, pour moi, également il y a une question de qualité de soins où est-ce que, quand c'est du personnel régulier, je pense qu'on reçoit des soins de meilleure qualité. Mais, une fois qu'on a dit ça, c'est important qu'il y ait du partenariat qui s'installe dans les établissements. Le message est très clair, et je n'ai pas l'intention de recommencer à écrire des dizaines de lettres. C'est vraiment du partenariat qui doit se faire au niveau local.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Oui, mais, M. le Président, la philosophie effectivement de responsabilisation et de prise en charge au niveau des CSSS, elle passe par des énoncés ministériels et une espèce de... de, comment dire, clarté d'esprit sur le plan des grandes orientations qui doivent gouverner le réseau. C'est justement ça, l'idée: il faut que le ministre donne des indications claires de la direction à suivre. Et, pour ce qui est de la mise en oeuvre par la suite, ça doit se faire effectivement le plus près possible du terrain.

Alors, moi, c'est tout ce que je demande, M. le Président, c'est qu'effectivement là-dessus la directive soit claire et que l'orientation soit claire. Le ministre nous dit: Elle l'est à travers les entrevues et les affirmations ou déclarations que je fais au fil de mon travail. Bon, très bien, mais il me semble que ce n'est pas exactement comme ça qu'on doit gérer un réseau de santé. Je pense qu'à un moment donné il faut que les gens sachent exactement quelle est la direction du ministère et surtout du ministre. C'est vous, le patron, c'est vous qui devez faire preuve de leadership, et je pense qu'à un moment donné ça doit passer par, je dirais, des énoncés qui sont clairs, des espèces de grandes orientations qui doivent être clairement...

Une voix: ...

M. Drainville: ...dirigées ou transmises au réseau.

Le Président (M. Kelley): Un instant, M. le député.

M. Auclair: ...M. le Président. Excusez-moi. Juste une question de règlement, parce qu'il y a un principe très simple dans la vie, là: lorsque le ministre donne une réponse... Je pense que la réponse était assez claire.

M. Drainville: Ce n'est pas une question de règlement, ça.

Le Président (M. Kelley): Bon...

M. Auclair: Tout à fait. En vertu du... Il faut prendre la parole du ministre. Le ministre a dit son point de vue, il l'a établi. Si mon collègue veut partir dans un monologue sur qu'est-ce que lui ferait s'il était nommé ministre, M. le Président...

Le Président (M. Kelley): Très... M. le député...

M. Auclair: ...il le fera en temps et lieu...

Le Président (M. Kelley): M. le député...

M. Auclair: ...ce qui n'est pas le cas...

Le Président (M. Kelley): Continuez, M. le député de Marie-Victorin.

● (16 h 30) ●

M. Drainville: Merci, M. le Président. En terminant, M. le Président, j'ai un cas que j'aimerais soumettre au ministre de la Santé. C'est tiré... En fait, le Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable a créé sa propre agence de personnel. C'est extrait du rapport annuel: «Nous avons créé une agence interne de placement pour recruter infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires.»

Dans l'édition du 11 septembre 2009 du journal *La Nouvelle-L'Union*, on peut lire: «...même la nouvelle prime annuelle de 8 000 \$ pour retenir au travail les infirmières [...] n'est pas aussi élevée que le salaire offert à l'agence privée qu'a créée le CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable.»

Est-ce que le ministre approuve la création d'une agence interne privée comme l'a fait le CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable? Et comment peut-il expliquer qu'une telle agence existe au sein même d'un CSSS?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, à cause des ruptures de services possibles, à cause des conséquences sur les patients, les différents CSSS essaient de trouver des méthodes pour être capables de donner des soins puis avoir le personnel suffisant.

Pour répondre, tantôt, au député de Marie-Victorin par la question: Est-ce qu'on devrait toujours écrire quelque chose?, si vous regardez dans le réseau, chaque établissement cherche des solutions. Il y en a qui vont revoir l'aménagement du travail. Il y a des gens qui vont proposer, un exemple, des quarts de travail de 12 heures que, sur

une base volontaire, les gens pourraient accepter. D'autres vont faire des ententes avec le syndicat pour dire qu'il n'y aura pas de rupture de services, puis qu'on va réussir à diminuer la main-d'oeuvre, et que ceux qui travaillaient comme en privé peuvent peut-être réintégrer le réseau de la santé. Il y a des agences, puis je n'étais pas d'accord avec ça, qui sont allées en appel d'offres sur... pour avoir des contrats avec les agences privées pour stabiliser à moyen terme.

Ce sont toutes des méthodes que les gens essaient de prendre localement pour réussir à donner les services, mais le message le plus important: il faut diminuer, chercher à éliminer les agences externes, la main-d'oeuvre indépendante pour réutiliser le... utiliser le personnel du réseau. Mais, dans un contexte de pénurie, pour le moment, la première priorité d'un établissement, c'est de fournir les services.

Le Président (M. Kelley): Ça met fin à ce bloc. Alors, on va passer maintenant de nouveau au député de Laurier-Dorion.

Plans d'effectifs médicaux (suite)

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Alors, juste avant, dans le dernier bloc, j'ai abordé avec le ministre question d'accessibilité et répartition des effectifs sur le territoire québécois. On a parlé des PREM, M. le Président. On a également... Le ministre a évoqué évidemment les plans d'effectifs médicaux en spécialité.

Maintenant, on sait, M. le ministre, qu'il y a une approche différente de détermination de PEM en spécialité qui est en préparation ou est à l'étude au ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec ses partenaires. J'aimerais savoir, M. le ministre: Pourquoi ce changement d'approche pour les PEM en spécialité? Et à quoi peut-on s'attendre avec cette nouvelle approche?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais au Dr Michel Bureau de venir répondre à cette question très pertinente.

Le Président (M. Kelley): Alors, il y a consentement pour permettre à Dr Bureau de répondre à la question? Dr Bureau.

M. Bureau (Michel A.): Les plans d'effectifs médicaux doivent être vus de deux façons, et c'est particulièrement pertinent pour la médecine spécialisée. Jusqu'à maintenant, on a toujours parlé de PEM pour la médecine spécialisée, plan d'effectif médical d'un établissement. Le réseau de la santé est dans une phase où les établissements voisins s'entraident. Les spécialistes qui travaillent dans un établissement vont souvent travailler aussi dans l'établissement d'à côté. Alors, nous approchons maintenant le plan d'effectifs médicaux sur la base régionale, les PREM, plans régionaux d'effectifs médicaux, et ceci permet de rencontrer un grand principe du réseau de la santé qui, depuis M. Couillard, a dit: On va organiser le réseau de la santé sur une base populationnelle — et les CSSS sont nés à cette époque-là — et on aura une base régionale où les CSSS, entre eux, n'auront pas tous les mêmes spécialités,

mais, dans une région, il y aura les spécialités de base. Et, lorsque les régions ont besoin d'une spécialité qui est beaucoup plus pointue, bien, il y aura des ensembles qui sont des ensembles de région, qui sont les RUIS, les réseaux universitaires intégrés de santé.

Alors là, vous avez une population très locale qui doit assurer les effectifs médicaux des spécialités de base. Les spécialités de base, c'est d'abord la médecine générale, qui s'appuie aussi avec la pédiatrie, gynécobobstétrique, la radiologie, la pathologie, la psychiatrie. Et c'est sept ou huit spécialités de base qui permettent à une population d'être relativement autonome.

Au-delà de ces spécialités de base qui sont nécessaires pour toute population d'à peu près 40 000, 50 000 de population, il y a des spécialités d'ordre régional: la cardiologie, la neurologie, la gastro-entérologie. Et, lorsque les besoins sont encore plus pointus, bien, c'est à l'intérieur du RUIS: transplantation cardiaque, neurochirurgie, et ainsi de suite.

Actuellement, pour la médecine spécialisée, le ministre disait tout à l'heure qu'il manque, dans les établissements, peu de médecins spécialistes, mais ils sont répartis de façon inégale, puis il y a besoin d'un effort pour les prochaines années pour faire le rattrapage là où il est le plus important et remplacer ceux qui s'en vont là où ils ont les effectifs médicaux nécessaires. On a un défi de taille et, au lieu de l'aborder année après année, on a décidé de faire le plan sur cinq ans. Et voici l'opportunité qui se pose au Québec: on a dit tout à l'heure que les étudiants en médecine récemment ont beaucoup favorisé l'entrée dans les spécialités de médecine spécialisée. Le résultat de ça, c'est que, d'ici cinq ans, nous allons graduer et mettre sur le marché du travail à peu près 1 800 à 2 000 médecins spécialistes. Alors, le défi qu'on a: Où on les met? On pourrait bien aborder hôpital par hôpital, année après année, mais le ministre nous a demandé de convier tous nos partenaires pour dire: Région par région, on ne fera plus un plan hôpital par hôpital, année après année, on va le faire sur cinq ans.

Alors, prenons l'Est du Québec. Si l'Est du Québec sait que, dans les cinq prochaines années, il va graduer une trentaine d'anesthésistes, nous demandons à toutes les régions du Québec: le Saguenay, la Gaspésie, le Bas-Saint-Laurent, la Côte-Nord, mettez-vous ensemble et dites-nous, la première année, où est le besoin le plus criant? La deuxième année, où est le besoin le plus criant? Troisième année, où est le besoin le plus criant? Comme nous connaissons le nombre de résidents qui sont en formation et comme nous connaissons les carences du système, on est donc capables de faire un plan de cinq ans.

Et nous avons présenté ça aux agences. La Direction du ministère a approuvé cette orientation. C'est discuté avec chacune des régions, les quatre réseaux universitaires de santé ont trouvé l'idée très bonne. Et ça permet en même temps de rattraper une chose qui fut très difficile à organiser au Québec, c'est la hiérarchisation des services. Chaque établissement, dans son for intérieur et son conseil d'administration, ils rêvent d'avoir toutes les spécialités, celles qui sont un droit naturel peut-être, les spécialités de base, mais aussi toutes les autres. C'est impossible que tous les établissements disposent de toutes les spécialités. Ils n'ont pas les clientèles suffisantes pour organiser des services de quelques spécialistes pour soutenir cette aspiration.

Alors, en mettant les régions ensemble, en famille de région, en leur donnant déjà le nombre de gradués qui va sortir des facultés puis en distribuant ces médecins spécialistes par région sur une base populationnelle, un simple calcul populationnel, après ça on dit: Mettez-vous ensemble puis organisez les corridors de services adéquats région par région. Parfois, on pourra mettre quatre orthopédistes dans un établissement et dire: Celui-là s'engage à aider l'autre centre d'à côté qui n'en aura que deux ou que un, et on crée une communauté de services, et on sort de l'enveloppe et du carcan d'un hôpital pour aborder la distribution des spécialistes sur une base plutôt régionale.

C'est un changement qui va demander beaucoup de précautions et de doigté, mais le projet est mis sur la table. Il est en débat actuellement et il est en train de prendre racine, et tout le monde y souscrit d'une façon assez optimiste.

Ça permet aussi... Nous parlons, c'est hier, je crois, ou ce matin, de l'équité interrégionale. Qu'est-ce qui drive l'équité? C'est où vous mettez les médecins. Si vous mettez les orthopédistes à un endroit, les salles de chirurgie seront là, les laboratoires qui supportent l'orthopédie seront là. Si vous mettez les radiologistes à un endroit, les équipements vont suivre, les services qu'ils ont besoin pour faire leur travail vont suivre. Et, quand on pense à Montréal et la zone périphérique, 450, Montréal n'a peut-être pas trop de médecins, mais ils en ont plus qu'ailleurs. Le 450 en manque. Peut-être moins que la Gaspésie, mais ils en manquent aussi. Alors, qu'est-ce qui va ramener et les services et les budgets dans cette région, c'est bien sûr l'installation des équipes médicales en même temps qu'on installe les équipements, comme je pense à la radio-oncologie à Charles-Le Moyne ou la radio-oncologie à Laval.

Tout ça pour dire que c'est un changement très important. Nous passons d'une orientation établissement par établissement à une orientation par région. Nous passons d'une orientation par année maintenant à un plan quinquennal. Vous allez me dire: C'est difficile, prévoir cinq ans. C'est vrai. Mais ce plan quinquennal va être ajusté à chaque année et il s'appuie sur des bases d'équité et de hiérarchisation de services.

Au moment où nous parlons, M. Daniel Poirier, qui est l'architecte de cela dans l'économie des effectifs médicaux, est en train de discuter de ça avec les partenaires, et c'est déjà en voie d'implantation. Je suis optimiste. Ça demandera la collaboration de tous, des établissements entre eux aussi, qu'ils acceptent qu'un hôpital ne puisse pas disposer de toutes les spécialités mais qu'il dépende de son voisin pour l'aider, et, dans la répartition des effectifs, que chacun fasse les engagements requis pour soutenir la région où les services ne sont pas assurés. Alors, c'est l'ensemble des orientations de cette dernière année, là.

● (16 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Dr Bureau. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

Système d'automatisation et de robotisation pour la distribution du médicament

M. Chevarie: Oui. Merci, M. le Président. Je veux aborder ce qu'on appelle le SARDM, le système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments dans les pharmacies des hôpitaux. Alors, nous sommes évidemment

bien conscients qu'il y a des difficultés au niveau des pharmacies, pénurie de pharmaciens. On est en concurrence, bien entendu, avec les pharmacies du privé et les pharmacies d'hôpitaux qui exigent d'ailleurs des maîtrises en pharmacie d'hôpital pour intégrer ces postes-là. Ça devient un peu plus difficile à ce moment-là et, dans certaines régions, ça crée des pénuries.

Donc, pour tenter de réduire les impacts de cette pénurie de main-d'oeuvre en pharmacie, notre gouvernement a mis en place déjà, depuis 2007, un programme d'installation d'un système de distribution de médicaments pour les pharmacies d'hôpitaux. Évidemment, ce nouveau système est en implantation progressive parce qu'il y a un coût à ça, c'est des équipements quand même assez spécialisés. Alors, évidemment, une telle technologie à la disposition des équipes en pharmacie vise à diminuer toute la question de la manipulation des pilules et ainsi avoir une conséquence importante sur le temps, le temps de notre personnel en pharmacie.

Alors, pour le bénéfice de cette commission, est-ce qu'on pourrait nous expliquer en quoi consiste précisément ce projet, ce système? Et quel est son déploiement, là, depuis 2007?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. C'est un dossier qui, pour le Québec, est merveilleux. On est en train de l'installer partout au Québec. Et je demanderais à M. Michel Delamarre, sous-ministre, de venir l'expliquer comme il faut.

Le Président (M. Kelley): De nouveau, consentement pour M. Delamarre pour participer dans les travaux de la commission? Bienvenue. La parole est à vous, M. Delamarre.

M. Delamarre (Michel): Oui. Est-ce que, M. le Président, vous voulez que je me présente une...

Le Président (M. Kelley): S'il vous plaît.

M. Delamarre (Michel): O.K. Michel Delamarre, sous-ministre adjoint, Personnel réseau et ministériel. Merci beaucoup.

D'abord, le projet SARDM, effectivement, c'est un projet qui prend encore beaucoup de sens dans un contexte de pénurie particulièrement, parce qu'on sait que le projet SARDM a plusieurs objectifs et permet de faire face particulièrement aux problématiques qu'on a dans un contexte de pénurie.

D'abord, c'est un projet qui avait comme objectif de rendre l'environnement beaucoup plus moderne et stimulant, donc qui agit très directement sur l'attraction et la rétention du personnel, et favoriser l'utilisation optimale des compétences. Vous vous souviendrez ce matin ce que je vous disais: Un des défis qu'on a devant nous, c'est de s'assurer effectivement qu'on utilise le plein potentiel de nos compétences. Donc, le projet SARDM, vous allez voir dans l'explication que je vais vous donner, a le mérite justement de faire en sorte que, les professionnels, on utilise leurs compétences et que des activités ou des tâches un peu plus techniques soient relayées soit à des assistants techniques qu'on fait référence ou aussi à des équipements

modernes qui permettent justement de ne plus faire ça professionnellement, ces tâches-là.

Et je vous dirais que SARDM avait particulièrement un objectif. Oui, il y avait un objectif d'efficacité et de faire en sorte qu'on utilise les compétences des gens à meilleur escient, mais il y avait aussi un objectif de sécurité des soins dans tout le processus de distribution, donc le circuit du médicament. Donc, souvent, on y fait moins référence, mais il faut voir qu'il y a un élément important sur la sécurité des soins, et on visait, dans les investissements qu'on faisait, justement à atteindre les objectifs au niveau de la sécurité des soins.

Effectivement, c'est un projet qui a fait un large consensus, et qui a permis une mobilisation de l'ensemble du réseau de la santé, et qui a demandé des investissements importants et des investissements à venir, donc des crédits déjà octroyés par phase au niveau du projet SARDM.

La première phase a débuté en avril 2008 et s'est terminée justement au mois de mars 2010. Elle concerne 73 établissements et 15 régions. Donc, on voit que c'est un déploiement qui s'est fait dans l'ensemble du réseau. Et la première phase a visé largement les régions et les établissements, et, pour cette première phase, on a investi 17 millions de dollars pour justement permettre d'avoir les équipements nécessaires pour moderniser notre circuit du médicament. Essentiellement, on parle des investissements qui se sont faits au niveau de cabinets automatisés, d'emballuses-ensacheuses et de chariots. Donc, ça permet, dans un premier temps, dès la pharmacie, de faire en sorte que les prescriptions, le décompte des médicaments et... on ensache dès le départ les médicaments dans des unidoses, qu'on appelle, donc qui permet plusieurs gains par la suite. Et on rend disponibles des cabinets automatisés et des chariots justement pour permettre au personnel des soins infirmiers — donc, un avantage aussi pour l'organisation et le personnel des soins infirmiers — de bénéficier de certains équipements sous unité de soins pour faciliter et optimiser leur travail au niveau de la distribution des médicaments.

Vous comprendrez aussi que ça permet une meilleure efficacité, ça permet des gains et d'utiliser le potentiel des gens, mais au niveau de la sécurité aussi ça fait en sorte que, tout le long du processus du circuit du médicament, on se retrouve avec des médicaments qui sont emballés, qui sont étiquetés et vraiment dédiés très facilement aux usagers qui doivent recevoir ces médicaments-là. Ce que ça permet aussi, le fait de faire de la médication unidose comme ça, c'est la possibilité aussi d'utiliser ces médicaments-là au lieu... Avant, on avait beaucoup de pertes parce qu'on envoyait des médicaments en grande quantité sous unité de soins. Les prescriptions, particulièrement en centre hospitalier, changent énormément. Donc, ça permet de minimiser aussi. Même au niveau du coût des médicaments, ça permet de minimiser justement les coûts des médicaments, avec le projet SARDM.

Il y a effectivement une deuxième phase qui s'en vient au niveau du SARDM. Donc, on poursuit le projet. Comme je vous disais tantôt, les crédits sont déjà prévus, et on amorce avec les établissements une deuxième phase du projet SARDM, c'est-à-dire qu'on va viser les autres établissements qui n'ont pas bénéficié de cette première phase là. Donc, on va, avec les agences et les établissements, à partir des projets qui sont bâtis sur la base locale, permettre de déployer 20 millions dans une deuxième phase.

Donc, vous voyez qu'on est encore dans un déploiement d'importance pour les prochaines années au niveau du SARDM, et ça va permettre effectivement à d'autres établissements de pouvoir bénéficier de toute la modernisation du circuit du médicament comme tel.

Donc, je répète les objectifs. C'est vraiment la modernisation de l'environnement de travail, donc beaucoup plus stimulant, qui permet l'attraction et la rétention du personnel, favorise l'utilisation optimale des compétences. Et je vous disais ce matin: C'est un défi majeur qu'on a devant nous, s'assurer que les gens ont été formés, particulièrement les pharmaciens, qu'ils se concentrent sur une activité vraiment de leur niveau de compétence et qu'ils n'aient pas à faire d'autres tâches qui ne nécessitent pas ce niveau de compétence là notamment, et vraiment de rehausser la qualité et la sécurité des soins aux usagers.

● (16 h 50) ●

M. Chevarie: Une petite question.

Le Président (M. Kelley): Très courte. Très courte, s'il vous plaît.

M. Chevarie: Oui. Avec le 20 millions qui est prévu pour la deuxième phase, est-ce qu'on va réussir à passer au travers de l'ensemble des pharmacies d'hôpitaux du Québec?

M. Delamarre (Michel): Non, ça va nécessiter une troisième phase. Et je pourrai vous revenir avec le montant, je n'ai pas le montant en mémoire, mais il y aura une troisième phase éventuellement. Mais je vous dirais qu'après les deux premières phases on va avoir couvert quand même une bonne partie des hôpitaux dans le réseau.

Le Président (M. Kelley): Et j'ai vu ça à l'oeuvre à l'Hôpital Lakeshore, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, et c'est très impressionnant, la façon qu'on peut introduire les technologies pour aider au niveau de la gestion de la pharmacologie à l'hôpital.

Juste pour notre bonne gouverne, il nous reste quatre blocs cet après-midi. Je vais commencer avec le député de Marie-Victorin, un autre à ma droite, un troisième pour le deuxième groupe de l'opposition et un quatrième bloc aux députés ministériels. Alors, sans plus tarder, M. le député de Marie-Victorin.

Contribution de la population au financement du système de santé (suite)

M. Drainville: Merci beaucoup, M. le Président. On va parler un peu du ticket modérateur. Est-ce qu'on peut savoir de quel pays le ministre compte-t-il s'inspirer pour mettre en place le ticket modérateur? Est-ce qu'il y a des modèles existants? Parce qu'il y a fait référence, je crois, là, peut-être pas avec ces mots-là, mais par le passé il a fait référence au fait, là, qu'il y avait des pays où ça avait été tenté, et, je pense que, si j'ai bien compris, là, dans son esprit ça avait été plutôt une réussite. Alors, est-ce qu'il peut nous dire de quels pays il parle, là? Quels sont les modèles qui lui semblent des réussites sur le plan de l'implantation d'un ticket modérateur?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. On ne parle pas de ticket modérateur, on parle de franchise. Et puis, quand vous regardez dans les pays scandinaves, vous regardez en Angleterre, vous regardez en France, il y a différents modèles où les gens peuvent contribuer à leurs soins de santé. Je pense que le principe, c'est la contribution aux soins de santé. On parle d'une contribution également en fonction de la consommation.

Ce qui a été dit: d'abord, dans le budget, il est fait mention qu'on installerait une franchise au Québec, mais que c'est un dialogue qu'on engageait avec les Québécois et les Québécoises et avec les différents partenaires pour avoir au Québec un modèle qui lui est particulier. On n'a pas dit que c'était mieux ailleurs, on a dit qu'on devait s'inspirer d'autres modèles dans d'autres endroits. Le député de Marie-Victorin a tout de suite pris l'exemple du rapport Castonguay puis il a dit que c'est ça qui allait se faire au Québec, ce qui est faux. Ce qu'on va...

M. Drainville: ...dans les documents budgétaires.

M. Bolduc: Ce qui est écrit dans les documents budgétaires, c'est un exemple de ce qui pouvait se faire pour que les gens disent ça pourrait ressembler à quoi. Il est très question, il a toujours été dit que la franchise était un modèle à développer dont les modalités, en temps et lieu, seront connues.

Également, ce que nous avons dit, c'est qu'on formera un groupe de travail pour en faire la discussion et le dialogue. Le groupe de travail va remettre son rapport vers l'automne.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Est-ce qu'il est possible qu'au terme de cette discussion, de ce dialogue, comme le ministre l'appelle, M. le Président, est-ce qu'il est possible que certains groupes de citoyens soient exemptés de l'application du ticket modérateur ou de la franchise modératrice?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, on peut utiliser possiblement le même terme que le terme qui a été utilisé dans le document budgétaire, c'est une franchise. Tout est possible. C'est au niveau des modalités. Ce qu'on a dit, c'est qu'on voulait une franchise qui ne limite pas l'accessibilité des services. Un des principes qu'en tous cas, moi, je peux dire qu'on n'aurait pas tendance à mettre en place, c'est que la personne ait à payer sur le coup de sa consultation ou sur le coup qu'ils iraient chercher un service. Pour le reste, ce sont des modalités à être définies. Et je pense qu'on peut faire des hypothèses, mais une hypothèse est aussi bonne que l'autre. Je pense que ça va être au groupe de travail de faire des recommandations en temps et lieu.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Qu'est-ce qu'on va faire, M. le Président, avec les personnes qui n'ont pas de médecin de famille?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, je ne peux pas présupposer des réponses avant que le travail soit fait sur la discussion et sur les modalités. En temps et lieu, ça, ça va être des discussions qui vont être faites. Et le député de Marie-Victorin peut prendre tous les exemples, là, en faisant des combinaisons, il pourrait bien avoir des millions d'exemples, est-ce que c'est telle personne, tel âge, tel revenu?, on ne peut pas répondre actuellement parce qu'il faut d'abord en faire la discussion puis engager le dialogue, et en temps et lieu il y aura des propositions qui seront faites, et nous verrons, voir en quoi ça va consister à ce moment-là.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: M. le Président, pourquoi le ministre a-t-il choisi la formule du ticket modérateur ou de la franchise santé, là? Pourquoi avoir choisi cette formule-là?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, je ramène toujours avec le terme «franchise». C'est qu'on veut garantir aux Québécois un système de santé qui est efficace mais également un système de santé qui a une pérennité dans le temps. On sait qu'actuellement il doit y avoir une croissance au niveau des dépenses pour continuer à offrir les mêmes services d'environ 5 %. La franchise est une source de financement, et c'est une source de financement qui pourrait être en relation avec la consommation sans nécessairement en limiter l'accès. Mais, encore là, les modalités sont à être définies.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: M. le Président, le ministre nous dit: Dans le fond, on veut s'assurer... par ce ticket-là, par l'introduction de ce ticket-là, on veut assurer le financement, hein, du système. C'est ce que j'ai compris. J'ai bien compris?

M. Bolduc: Bien, c'est une source de revenus qui aide à financer le système, et puis la franchise, le principe, c'est également en fonction d'une certaine consommation.

M. Drainville: Alors, j'ai une citation ici, M. le Président. Alors, je lis la citation que j'ai sous les yeux: «Alors, ce qui se produit — je cite, là — et c'est ce qu'on vérifie dans les pays où c'est en place — c'est en place, là, le ticket modérateur — c'est que, un, l'introduction de la contribution de l'usager n'a eu aucun impact sur la croissance des dépenses publiques de santé; [et] deux, il y a une croissance presque annuelle du royaume de l'exclusion du ticket modérateur, qui fait en sorte que la population qui reste payeuse de ce ticket-là doit payer encore plus pour obtenir le même rendement fiscal.»

Est-ce que vous êtes d'accord avec ça ou est-ce que vous êtes en désaccord avec ça?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, en temps et lieu, on va en faire la discussion. Il va y avoir un groupe de travail qui va être formé, qui va remettre un rapport, et, à ce moment-là, on verra les conclusions du groupe de travail.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: J'ai une autre citation ici, M. le Président: «Maintenant, c'est quoi, un ticket modérateur, pour les gens qui nous écoutent? Le ticket modérateur, c'est simple. Ça marche comment? Plus tu es malade, plus tu paies, premièrement. Deuxièmement [...] qui c'est qui est plus malade? C'est les pauvres. Ça fait que plus tu es pauvre, plus tu paies[...]? C'est une chaîne logique...»

«...le problème qu'on a en pratique, et c'est ce qui se produit dans les pays européens également — et tout à l'heure le ministre nous donnait l'exemple de pays européens, la France, la Grande-Bretagne, les pays scandinaves — c'est qu'avec raison il y a des grands groupes de notre société qui viennent pour demander d'être exclus du ticket modérateur, d'abord les gens à faibles revenus. [...] Les aînés également vont être exclus du ticket modérateur. Ensuite [...] on va dire que ceux qui vont voir souvent le médecin, ils n'ont pas à être pénalisés pour ça, donc les malades chroniques, il faut les exempter. Alors, qui fait la liste des malades chroniques? [...] les diabétiques, les arthritiques, les cardiaques, les pulmonaires chroniques, les psychiatisés», etc. Est-ce que ces paroles vous disent quelque chose?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, ce sont des notions théoriques qui vont être discutées au niveau du groupe de travail. Et puis je reçois très bien ce que le député de Marie-Victorin dit.

En Europe, il existe des endroits qu'il y a des principes de franchise. À ma connaissance, les systèmes européens donnent des excellents résultats. Un exemple: la Suède, la Finlande, la Norvège sont souvent cités en exemple. La France également est considérée comme un pays qui est très bien pourvu en qualité de soins puis qui donne des très bons services. Ce sont des éléments dont on va devoir tenir compte en temps et lieu.

Et, quand on parle des plus démunis, lui, il assume que les plus démunis vont avoir une franchise. Ce qu'on a dit, c'est qu'on en ferait la discussion. Ce qui a été dit également, c'est qu'on comprend que quelqu'un, un peu comme au niveau de l'assurance médicaments, n'est pas capable de payer une contribution pour son assurance médicaments, il pourrait y avoir à la limite des gens qui sont exclus. Il faut en faire la discussion et trouver un modèle qui est acceptable au niveau du Québec.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

● (17 heures) ●

M. Drainville: Parce que ça pourrait être une idée, M. le Président, lorsqu'il va faire sa discussion et sa consultation, ça pourrait être une idée d'inviter son prédécesseur ministre de la Santé, lequel a affirmé tout ce que je viens de citer. C'étaient des déclarations du ministre Philippe Couillard. Elles sont toutes datées d'ailleurs de la même date, du 10 avril 2008.

Alors, est-ce que le... Le ministre est en contradiction directe avec son prédécesseur sur la question du ticket modérateur. Est-ce que ça le... Qu'est-ce que ça vous... Qu'est-ce que ça vous fait, comme réaction, de savoir que vous êtes... vous avez pris une position exactement contraire à celle de votre prédécesseur qui était à la Santé?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, on ne peut pas dire qu'on a pris une position qui est contraire. On n'a pas encore pris position parce qu'on n'a pas encore défini les modalités. Donc, si vous regardez les citations que vous venez de me dire, on parle de personnes qui devraient être exemptées, exemple, les personnes les plus dépourvues, les gens les plus malades. Qui vous dit que ce ne sera pas ça dans les modalités du Québec?

Comme on ne peut pas dire que ça va être ça ou pas, pour le moment, je pense qu'il faut attendre le rapport du groupe de travail, il y aura des décisions qui seront prises en temps et lieu. Et ce que nous avons dit, ce que nous avons dit, on a émis l'idée de la franchise dans le document budgétaire. Il a été dit clairement qu'il y aurait un dialogue et une discussion, et, en cours de route, on verrait les modalités qui vont être établies.

Mais présentement on ne peut pas dire que nous sommes en contradiction avec quiconque qui parle de ce dossier, tout simplement parce que les modalités n'ont pas été définies.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Est-ce qu'au terme de cette consultation vous pourriez décider de ne pas imposer le ticket modérateur ou la franchise?

M. Bolduc: Nous allons attendre d'avoir fait la discussion, d'avoir engagé le dialogue, et on ne peut pas tirer des conclusions avant d'en avoir fait l'analyse. Donc, je pense que c'est un dossier qui reste ouvert, et, en temps et lieu, on prendra les décisions appropriées.

M. Drainville: O.K. Mais, M. le Président, ma question est quand même assez claire et assez simple. Est-ce que le ministre de la Santé écarte la possibilité de ne pas imposer la franchise, de ne pas imposer le ticket modérateur?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, ma réponse ne peut pas être plus claire. Comment le député de Marie-Victorin veut-il tirer des conclusions avant que nous en ayons fait la discussion et que nous en ayons fait l'analyse?

Ça, ça voudrait dire qu'au départ on aurait déjà des idées qui sont encadrées, qui sont cristallisées, alors que ce qu'on a dit, c'est qu'on ferait le dialogue. Donc, on est ouverts à la discussion, on a une ouverture d'esprit, et il n'y a pas de plan machiavélique. On veut tout simplement apporter la discussion au niveau du Québec.

Et je ferai remarquer au député de Marie-Victorin qu'il y a plusieurs courants de pensée. Et, compte tenu que nous sommes un parti ouvert à la discussion, on va écouter tous les courants de pensée et, à ce moment-là, on verra qu'est-ce qui est le mieux pour les Québécois et les Québécoises.

M. Drainville: O.K., mais...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: M. le Président, je n'impute pas de motifs ou de motivations au ministre, là. Notre compréhension des choses, c'est que la décision d'aller de l'avant avec le ticket modérateur, elle est prise, elle a été annoncée. Et maintenant vous voulez dialoguer sur la façon de la mettre en vigueur, cette franchise-là. Moi, c'est ce que je comprends.

Si vous me dites: Attention! La consultation ou le dialogue pourrait porter sur le principe même de l'existence du ticket modérateur, donc ça ne veut pas dire qu'on va l'appliquer. On veut d'abord avoir un dialogue, et, après, on va décider si on en a un ou pas, et, si on en a un, on verra comment on le met en vigueur.

Il y a une différence entre les deux: ou bien le dialogue porte sur la mise en vigueur, l'application d'un ticket dont l'existence même a été décidée, ou bien la consultation porte sur la décision d'en avoir un ou de ne pas en avoir un.

M. Auclair: ...règlement, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Vimont.

M. Auclair: En vertu de 35.6, je veux juste rappeler à mon collègue que le ministre a répondu à maintes reprises à cette question. Il peut recommencer son...

M. Drainville: M. le Président...

M. Auclair: ...dialogue et s'écouter parler, mais... s'il pouvait justement...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Vimont...

M. Auclair: ...faire un bon travail pour la commission et poser d'autres questions. Je pense que la réponse était assez claire.

M. Drainville: M. le Président...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Vimont...

M. Auclair: Et 35.6 est assez clair, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Vimont, ce n'est pas à la présidence d'évaluer ni la qualité des questions ni la qualité des réponses. Alors, si vous pouvez poursuivre...

M. Auclair: Mais juste une...

Le Président (M. Kelley): En vous rappelant, M. le député de Marie-Victorin, qu'il vous reste 1 min 30 s avant de céder la parole à votre collègue.

M. Drainville: Mais quand...

M. Auclair: Question de directive, d'abord, M. le Président...

M. Drainville: M. le Président, il prend mon temps, là, il prend mon temps.

M. Auclair: ...pour éviter que j'intervienne à toutes les fois, c'est juste pour que... juste confirmer, parce que, si

le ministre donne une réponse, en vertu de votre interprétation, si le ministre donne sa réponse, mon collègue peut revenir et reformuler à nouveau sa question à maintes reprises, comme il le fait en Chambre, mais, en bout de ligne, il n'aboutit pas à rien.

M. Drainville: M. le Président...

M. Auclair: Le ministre a répondu à maintes reprises à la question.

Le Président (M. Kelley): Mais, M. le député de Vimont, j'ai statué. Ce n'est pas à la présidence d'évaluer ni la qualité des questions ni la qualité des réponses. On a une discussion ouverte; la parole est au député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Est-ce que la consultation porte sur l'existence même d'un ticket modérateur?

M. Bolduc: M. le Président, on va donner l'adresse Web de l'Assemblée nationale pour que le député puisse réécouter à multiples reprises ma réponse que j'ai donnée à trois reprises, et elle est très claire. Et je l'inviterais à réécouter sur l'écran, et il va pouvoir l'écouter à répétition jusqu'au moment où est-ce qu'il va bien comprendre ce que j'ai dit, et la réponse a été très claire.

M. Drainville: M. le Président, ce que je conclus de cet échange, c'est que le ministre de la Santé n'écarte pas la possibilité de ne pas imposer de ticket modérateur, ce qui n'est quand même pas banal, là. Ce que ça veut dire, M. le Président, c'est que les pressions populaires, les multiples interventions que toutes sortes de groupes dans notre société ont faites, y compris les nôtres, sont en train de faire reculer le ministre ou, en tout cas, pourraient l'amener à reculer. Visiblement, on n'est pas dans une consultation, M. le Président, qui va porter seulement sur la mise en vigueur ou l'implantation du ticket. La consultation pourrait porter sur la mesure elle-même, sur l'existence même du ticket: Est-ce qu'on en a un ou est-ce qu'on n'en a pas? Ça, pour moi, c'est nouveau, M. le Président.

Et, à moins que le ministre me contredise... puis il me reste une minute, là, il peut me contredire pendant la minute qui suit. Il peut me dire: Non, effectivement, on va de l'avant avec le ticket puis on va maintenant discuter de la façon de le faire, ou il peut me dire: Effectivement, au terme de la consultation, on pourrait décider de ne pas avoir de ticket modérateur.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre...

M. Drainville: Vous avez l'occasion de préciser votre pensée là-dessus.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, dans sa question, il a fait trois fois des négations qu'on a de la difficulté à comprendre, c'est du «ne pas», «ne pas», «ne pas», ce qui fait qu'à la fin c'est difficile à comprendre qu'est-ce qu'il veut dire. Et, deuxièmement, je l'invite à aller voir qu'est-ce que j'ai dit, et je pense que l'opposition était assez claire.

Et puis, en passant, il n'arrête pas de parler de ticket modérateur, alors que le terme, c'est «franchise». S'il, au moins, utilisait toujours le même terme, le bon terme, plutôt que de rendre ça confus, ce serait beaucoup plus facile pour tous les gens de comprendre.

Et, en temps et lieu, on va en faire la discussion, le dialogue va être fait, et on va trouver les meilleures modalités pour le Québec en ce qui concerne la franchise.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le ministre. Il reste 4 min 30 s pour M. le député de Saint-Jean.

Travaux de rénovation à l'Hôpital du Haut-Richelieu

M. Turcotte: Oui. M. le Président, aujourd'hui, le 4 mai 2010, à l'Hôpital du Haut-Richelieu, le taux d'occupation sur civière est de 204 %. En mai 2009, le ministre de la Santé est venu autoriser la fusion des projets d'agrandissement de l'urgence et du deuxième étage. Et je cite *Le Canada français* du 20 mai 2009, sur le sujet: «En conférence de presse, le président du conseil d'administration du centre de santé et des services sociaux, Robert Blanchard, a affirmé que la première pelletée de terre aurait lieu le 8 novembre 2011, ce à quoi le ministre a rétorqué que ça pourrait se faire plus tôt.»

Les citoyens qui attendent en ce moment, les gens à l'hôpital, à l'urgence du Haut-Richelieu, 204 %, aujourd'hui, voudraient savoir: Qu'est-ce que ça veut dire, «plus tôt»?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bon. Je pense qu'on va devoir travailler avec les français. Le député l'a très bien dit, «ça pourrait être plus tôt» et non pas «ça pourra être plus tôt». «Ça pourrait», c'est si jamais le projet est prêt, les plans sont acceptés. Il y a encore beaucoup de travail à Saint-Jean-sur-Richelieu, et personnellement ce n'est pas moi qui retarde les projets. Il y a un délai requis pour faire les plans, les faire accepter et s'assurer que le projet soit conforme, donc... et ça dépend de l'établissement et de ceux qui ont le mandat de préparer les plans. Ça fait que le «ça pourrait», ça dépend des disponibilités du projet en tant que tel.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Saint-Jean.

M. Turcotte: M. le Président, quand on sait la situation de l'hôpital, quand on sait aussi que notre hôpital a eu plusieurs infirmières qui ont sorti pour dénoncer justement ce qui se passe à l'Hôpital du Haut-Richelieu, que la population attend depuis des années ces travaux-là, est-ce qu'il y a une volonté ministérielle, de la part du ministre de la Santé, pour faire en sorte que les travaux débutent plus tôt que 2011?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Dans un premier temps, je suis content que le député reconnaisse que le Parti québécois n'a jamais rien fait pour son hôpital...

M. Turcotte: Ce n'est pas ça que j'ai dit.

M. Bolduc: Et ça a pris le Parti libéral...

M. Turcotte: Ce n'est pas ça que j'ai dit.

M. Bolduc: ...pour réaliser un projet de 50 millions de dollars. Parce que, si on avait attendu après le Parti québécois, probablement qu'il n'y aurait rien eu encore d'annoncé dans ce secteur, premièrement. Ça, c'est la première chose, puis on doit se dire les vraies choses, là. Ils n'ont strictement rien réalisé au cours du temps qu'ils étaient au pouvoir. Puis je peux vous dire, j'étais à Alma, au Lac-Saint-Jean, et moi... également, ils n'ont jamais rien réalisé malgré qu'on avait un député du Parti québécois à l'époque, puis ils étaient au pouvoir. Ça fait qu'il faut le dire, là, au moins, il y a les vraies choses.

Deuxièmement, je pense que le député va être d'accord qu'avant de construire on va finir les plans, puis qu'avant de construire on va faire accepter que le projet soit conforme aux normes actuelles. Donc, la problématique, ce n'est pas que... puis ce n'est pas le ministre qui va aller faire les plans d'architecture puis qui va discuter avec les différents professionnels, ce sont des équipes qui sont actuellement au travail, et il y a un délai qui est normal et qui est requis. Et j'espère que le député ne voudrait toujours bien pas qu'on commence à construire avant d'avoir fini les plans. Je pense que ça a déjà été essayé par le Parti québécois quand ils ont travaillé sur... pour la rivière des Mille Îles, pour la traverser quand ça finissait au milieu. Nous autres, on est plutôt un parti qui essaie d'avoir les plans comme il faut avant, de s'assurer que tout est correct, et après ça on va construire. On va mettre la charrue... avant, les boeufs.

● (17 h 10) ●

Le Président (M. Kelley): Il vous reste une minute, M. le député de Saint-Jean.

M. Turcotte: Oui. À l'élection de 2003, le gouvernement libéral s'est engagé à faire les travaux de l'hôpital. On est en 2010, il n'y a toujours pas de pelletée de terre, il n'y a toujours rien. L'hôpital devait être terminé de construire, l'urgence et le deuxième étage, en 2009, et en 2010 ce n'est toujours pas le cas. Donc, quand on me dit que le Parti québécois n'a rien fait, là, j'aimerais ça qu'on revienne nos notions d'histoire.

Cependant, dans le cahier de l'étude des crédits 2010-2011, dans les projets en cours d'exécution, les travaux à l'Hôpital du Haut-Richelieu n'y figurent pas. Donc, si les travaux sont si avancés et si ça va si bien avec le gouvernement libéral, pourquoi les travaux à l'Hôpital du Haut-Richelieu ne figurent pas parmi les travaux en exécution?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, un élément intéressant, encore là, je pense que c'est de la gestion rigoureuse. Ils avaient deux projets qu'ils ont déposés en parallèle, puis on s'est rendu compte que les deux projets avaient avantage à être fusionnés pour avoir une vision. C'est un seul établissement, il faut au moins avoir une seule vision pour l'établissement, et c'est ce qui a apporté des délais dans le projet de Saint-Jean-sur-Richelieu. Et c'est une bonne décision. Auriez-vous... Aimerez-vous aujourd'hui qu'on aille faire un projet sans penser qu'il y en aura un autre

et que, par la suite, on se serait rendu compte que c'était non fonctionnel? Tu sais, je pense que c'est important de prendre le temps de bien faire les choses.

En ce qui concerne le projet, c'est un projet qui avance, c'est un projet qui, présentement, n'est pas en exécution tout simplement parce qu'il va être prévu... quand il va être déposé, on va en faire l'étude, on va le regarder et puis, à un moment donné, quand on va dire que le projet est prêt, on va l'annoncer, on va aller faire la première pelletée de terre.

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à ce sixième bloc. On va procéder maintenant à un septième bloc, et je suis prêt à reconnaître Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Application de la méthode Toyota au domaine de la santé

Mme Rotiroti: Merci, M. le Président. À mon tour de saluer les membres de cette commission, le ministre et les gens qui l'entourent, qui l'accompagnent. Alors, j'aimerais profiter de cette étude des crédits pour questionner le ministre au sujet de l'approche «lean healthcare» qui est aussi... on réfère aussi à la méthode Toyota.

Les membres de l'opposition s'amuse souvent de dénigrer cette méthode. D'ailleurs, le député de Marie-Victorin l'a fait tout à l'heure à la période des questions. J'aimerais donc profiter de la présence des experts du ministère qui, je crois, sont ici aujourd'hui, plus précisément celle de la RAMQ, pour les questionner à savoir s'ils ont déjà expérimenté cette approche «lean» et quels sont les résultats obtenus.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. D'ailleurs, on a vu à la période des questions que, maintenant, la méthode Toyota va être associée avec le Parti libéral, la méthode Lada, avec le Parti québécois, puis je pense qu'on va la garder dans cette perspective-là.

M. le Président, je demanderais à une représentante de la RAMQ de venir nous expliquer le projet qu'ils ont fait pour augmenter la productivité au niveau du réseau de la santé, entre autres, au niveau de la RAMQ. Mme Christiane Beauchemin.

Le Président (M. Kelley): Alors, avec le consentement des membres de la commission...

M. Bolduc: Puis également, M. le Président, compte tenu que c'est un dossier quand même important pour le Parti québécois, qu'ils nous en parle souvent, je demanderais au député de Marie-Victorin d'être très attentif à la méthode «lean» de méthode Toyota parce que je pense qu'il ne la connaît pas du tout.

Le Président (M. Kelley): Alors, pour les fins... il y a consentement pour la participation? Et si vous pouvez bien vous identifier pour les fins de l'enregistrement, s'il vous plaît.

Mme Beauchemin (Christiane): Oui, Christiane Beauchemin, je suis vice-présidente à la rémunération des

professionnels de la santé de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Alors, effectivement, au cours de la dernière année, à la Régie de l'assurance maladie, on a pu retenir l'approche «lean» et tester l'approche «lean» dans un secteur d'activité très spécifique qui est le domaine de l'application des ententes de rémunération des professionnels de la santé, pour les fins de rémunération finalement. Alors, on a fait un projet qui s'est appelé le projet OPE, pour Optimisation des processus des ententes, qu'on a complété en mars cette année. C'est un projet d'envergure qui a touché les façons de faire de plus de 90 employés de la régie, mais aussi de trois partenaires d'affaires majeurs que sont le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et aussi la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qui ont accepté de participer à notre projet. C'est un projet qui a été donc basé sur une approche de partenariat, ce qui est cohérent avec la vision de la régie, et qui a été priorisé à la régie, on en a même fait un objectif dans notre plan stratégique.

La régie a choisi de s'appuyer donc sur les meilleures pratiques en matière d'organisation de travail et sur une philosophie d'amélioration continue pour améliorer ses façons de faire. Le caractère novateur de notre projet a été de tester cette méthode-là qu'on connaît surtout dans le domaine de l'industrie automobile manufacturière, mais aussi qui est en train aussi de s'installer dans le réseau de la santé, donc de tester l'approche dans le secteur administratif des services publics.

C'est une méthode qui est non traditionnelle et qui privilégie le recours aux employés pour définir des processus qui sont plus performants et qui a donné des résultats significatifs à la régie. Les résultats ont été au rendez-vous et dans des résultats qui sont très courts: on parle de quatre à huit semaines après la tenue d'ateliers de travail.

On a tenu cinq ateliers de travail interdisciplinaires qui ont duré une semaine chacun, à laquelle... à ces ateliers participaient donc des représentants parfois du ministère, parfois des fédérations médicales aussi. Ça a été des ateliers de quelques jours de travail intensif qui ont permis de questionner donc le processus, le grand processus d'application des ententes, d'identifier des pistes d'amélioration, aussi de dresser des plans d'action et des plans de gestion de changement.

On rendra compte de l'atteinte des cibles d'amélioration dans notre reddition de comptes publique l'an prochain, puisque c'est un objectif du plan stratégique, mais il est déjà permis de croire qu'on dépassera les objectifs qu'on s'était fixés. Il y avait trois objectifs qui avaient été fixés à la régie: le premier, c'était d'améliorer la productivité dans ce processus-là de 20 %, ensuite on avait d'améliorer nos délais aussi d'implantation de 20 %, et on avait d'améliorer le climat de travail au niveau des employés.

On peut déjà vous dire que, suite à l'application du premier document officiel, qui a été la modification 53 de l'entente des médecins spécialistes, on a eu des résultats très significatifs, et l'ensemble des cibles ont été dépassées, que ce soit au niveau de l'amélioration de productivité, de l'amélioration des délais. Pour ce qui est du climat de travail, on a procédé par sondages. On a fait un sondage auprès des employés qui avaient été directement touchés par les processus qui ont été améliorés, et ça a confirmé aussi d'une manière assez significative: on a plus de 80 %

des gens qui nous ont dit être tout à fait d'accord ou très d'accord avec le fait que le projet avait amené une amélioration sur notre productivité, de l'amélioration en termes de mobilisation des employés, une amélioration aussi au niveau de notre climat de travail. On a eu des réponses très fortes où on a des énoncés à 100 % d'employés qui ont dit, par exemple, que la collaboration s'était améliorée entre les unités administratives ou que les activités qu'ils avaient à réaliser, c'était plus clair, le processus était mieux organisé, et 100 % des gens nous ont dit qu'ils étaient plus satisfaits de leur travail. Donc, c'est très significatif pour nous.

En gros, le projet a permis de standardiser les façons de faire dans le processus. On a aussi développé ou optimisé plus de 30 outils et méthodes de travail. Bon. On a parlé de l'amélioration du climat de travail mais ça a permis aussi d'améliorer, je dirais, la relation de confiance qu'on avait avec nos partenaires externes, d'élaborer des indicateurs de performance qui vont nous permettre de rendre compte de ces résultats-là et de les suivre au travers de nos rapports annuels de gestion, de mettre en place à l'interne un comité d'amélioration continue. On disait que le projet s'est terminé en mars cette année, maintenant ce n'est pas terminé puisqu'on a un comité d'amélioration continue qui est vivant. On a aussi amorcé la mise en place d'une structure permanente de suivi avec les partenaires externes et on a amorcé un changement de culture dans notre organisation. On est très satisfaits de ça.

Je vous dirais que c'est un projet qui a suscité beaucoup d'intérêt à la fois à l'interne et aussi à l'externe. On a terminé en mars déjà de cette année. On a eu quand même plusieurs demandes d'information de la part de d'autres ministères et organismes qui souhaiteraient peut-être implanter l'approche dans leurs ministères ou organismes.

Mme Rotiroti: Alors, j'espère...

Le Président (M. Kelley): Mme la députée.

Mme Rotiroti: Oui, merci, M. le Président. Alors, j'espère que le député de Marie-Victorin a compris que la méthode marche et qu'il y a une nette amélioration dans le processus.

Le Président (M. Kelley): Tout en rappelant...

Mme Rotiroti: Vous n'avez pas écouté, hein?

Le Président (M. Kelley): ...Mme la députée, c'est toujours bon de s'adresser au président.

Mme Rotiroti: Oui, vous avez raison, M. le Président. Je m'excuse.

● (17 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): ...parce que c'est la meilleure façon...

Accessibilité aux services de la RAMQ

Mme Rotiroti: Je m'emporte. Oui, je m'excuse. Alors, restez là, Mme Beauchemin, j'aurais une autre question par rapport à votre expertise, c'est concernant le centre d'appels que la RAMQ a mis en place. Alors, c'est un centre d'appels qui offre des services et... à la clientèle,

c'est un centre d'appels qui répond à différentes questions qu'un citoyen peut avoir à propos de la RAMQ. Ça peut être des questions: Qu'est-ce qu'on fait quand on perd notre carte d'assurance maladie? C'est quoi, le processus pour la remplacer? Ça peut être aussi de savoir quelle sorte de médicament est assuré par la RAMQ.

Alors, ce centre d'appels offre des services importants pour des citoyens et répond à plusieurs... à de nombreuses questions qu'ils peuvent avoir. En 2003-2004, le taux d'accessibilité au service téléphonique de la Régie de l'assurance maladie était de 50 %. Le Vérificateur général du Québec recommandait alors à la régie de mettre en place des mesures facilitant l'accessibilité au service téléphonique. En juillet 2008, le Vérificateur constatait que le taux était passé à 63 %. Est-ce que vous pouvez m'indiquer quel est le taux d'accessibilité pour l'année 2009-2010?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais à M. Gaétan Thériault de venir répondre à cette question, s'il vous plaît.

Le Président (M. Kelley): Alors, même demande. Il y a le consentement? Consentement. Alors, si vous pouvez bien vous identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Thériault (Gaétan): Bonjour, M. le Président. Gaétan Thériault, je suis vice-président aux services aux personnes assurées à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Le Président (M. Kelley): Bienvenue, M. Thériault.

M. Thériault (Gaétan): Effectivement, le Vérificateur général, en 2003-2004, a interpellé la Régie de l'assurance maladie par rapport au taux d'accessibilité de son centre de relation à la clientèle, qui était à des niveaux qui ne permettaient pas d'offrir des services donc de qualité. Ça a beaucoup interpellé la régie, puisque la régie a un objectif de service de qualité à sa clientèle. Donc, c'est une préoccupation de tous les jours. Et, en vue d'offrir des services de qualité à sa clientèle, compte tenu des taux qui existaient en 2003-2004, la régie a mis en place un ensemble de mesures afin de travailler à améliorer ces taux.

Dans un premier temps, on a mis en place une équipe... des équipes de travail, de réflexion au niveau des employés pour établir ce qu'on a appelé des plans d'amélioration des processus. Ces plans consistaient à identifier toute une série d'améliorations... d'élimination de tâches répétitives en vue d'améliorer l'efficacité donc du travail.

Également, on a instauré un processus d'embauche qu'on a appelé un processus d'embauche systématique, puisque, quand on est dans un centre de relation à la clientèle, il y a beaucoup d'employés, on fait... on reçoit environ 1,5 million d'appels téléphoniques par année, donc ça prend du personnel pour répondre à ça. Il y a beaucoup de va-et-vient au niveau du personnel. Donc, il y a des départs, il y a des arrivées. Et le plan d'embauche systématique nous permettait de combler rapidement et nous permet actuellement de combler rapidement les postes qui peuvent devenir vacants soit pour des départs à la

retraite, soit que les gens choisissent d'aller travailler dans une autre organisation.

Une troisième mesure qu'on a mise en place, on a appelé cette mesure-là un plan d'escalade afin d'ajuster l'offre de service. Dans un centre de relation clientèle, la demande de service, donc les appels de la clientèle ne sont pas réguliers au cours d'une journée. Il y a des périodes de pointe. On peut, par exemple, constater que, sur l'heure du midi, il y a davantage donc d'appels. Lorsqu'on démarre le matin, il y a aussi beaucoup d'appels, les gens appellent. Il y a des journées également qui sont davantage importantes en termes de volume d'appels. Pensons au lundi ou au lendemain des congés fériés, les gens appellent davantage. Donc, ça donne une pression au niveau de la charge de travail et, dans notre plan d'escalade, ce qu'on a essayé de faire, c'est d'éliminer... de demander à notre personnel de mettre de côté des tâches administratives pour se consacrer exclusivement à la prise des appels. Et on a demandé à du personnel de d'autres unités, qui était dans des secteurs administratifs, qui avait la formation requise, de venir répondre à des appels.

On a aussi travaillé sur la mobilisation de nos équipes, de nos employés et de nos gestionnaires. Comment on a fait ça? C'est qu'on a fait des comparables avec d'autres organisations, d'autres organisations soit dans le privé, soit dans le public, pour voir quelle était l'offre de service de ces organisations-là, quels étaient les niveaux de service, les cibles que ces organisations-là offraient à leur clientèle, ce qui a permis de prendre conscience qu'on avait un chemin à parcourir et que, ce chemin-là, on pouvait le faire si d'autres organisations l'avaient fait.

Cinquième mesure qu'on a mise en place, c'est de fournir une rétroaction régulière auprès de notre personnel pour les informer où on est rendus, quel chemin on a réussi à faire, qu'est-ce qu'il reste à faire comme chemin.

La mise en place de ces mesures, qui s'est faite graduellement au fil des semaines, au fil des mois, a permis graduellement d'améliorer les services. Comme on le mentionnait tout à l'heure, l'an passé, le taux d'accessibilité au service téléphonique de la Régie de l'assurance maladie était de 63 %. Donc ça, ça veut dire qu'en pratique six personnes sur 10 réussissaient à rejoindre une préposée ou un préposé au téléphone à la Régie de l'assurance maladie. Ce n'est pas suffisant dans un service public, parce qu'on donne accès aux services de santé, on fait l'inscription des Québécois et des Québécoises au régime d'assurance maladie, on fait l'inscription au régime d'assurance médicaments. Donc, ce sont des... une mission qui est importante. Ce sont des services qui étaient importants. Donc, je répète, 63 % réussissaient à nous rejoindre en 2008-2009. On peut dire aujourd'hui que, pour l'exercice 2009-2010, 91 % des gens ont réussi à nous rejoindre. Et ça, c'est une moyenne de l'ensemble de l'année.

Comme je disais tout à l'heure, les mesures ont été mises en place progressivement, de sorte que les résultats sont meilleurs à la fin de l'année qu'au début de l'année. Et on peut vous dire à titre d'exemple qu'en décembre, donc quelques mois avant la fin de l'année, 97 % des appels étaient pris par les préposés de la Régie de l'assurance maladie.

En ce qui a trait à un autre indicateur qu'on peut évaluer, la qualité des services, c'est le délai moyen d'attente. En 2008-2009, le délai était de 164 secondes, donc, presque trois minutes. Pour l'ensemble de l'année, ça a été 76 secondes au niveau de l'année 2009-2010. C'est une

amélioration de 53,7 %. Encore là, les résultats à la fin de l'année, je prends décembre 2009, on avait 36 secondes de délai d'attente. Donc, ce qui est... ce qui se compare bien avec l'industrie.

Un autre secteur d'activité dans lequel... pour lequel on reçoit la clientèle, on parle du centre de téléphone, le centre de relation clientèle au téléphone, mais il y a aussi notre bureau de Montréal qui accueille les gens en personne. C'est un bureau qui accueille beaucoup de personnes, entre 550 personnes et 600 personnes par jour, beaucoup de gens qui viennent de l'immigration ou qui viennent renouveler leur carte d'assurance maladie. Pour les services de ce centre d'accueil, là, encore, il y a eu beaucoup d'améliorations. Là, également, il y a eu un plan d'amélioration qui a été fait, qui a été mis en place. Et on peut dire que, pour l'ensemble de l'année 2009-2010, on recevait les clients pour des services express, donc, c'est-à-dire pour des renouvellements de cartes d'assurance maladie, on les recevait en 7 min 25 s, comparativement à 9 min 33 s l'année précédente.

Et pour les services réguliers comme, par exemple, un retour au Québec, quelqu'un qui immigré au Québec, l'an passé, on les recevait en 37 minutes et, cette année, 21 minutes. Encore là, si on prend le mois de décembre 2009, donc, la dernière partie de l'année 2009-2010, c'était 11 minutes pour recevoir les clients au bureau de Montréal en service régulier.

Également, au cours de l'automne, vous savez, il y a eu la grippe A (H1N1), il y a eu une opération de vaccination massive. La régie a été en mesure de donner une collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et Services Québec pour la prise d'appels téléphoniques. Il y avait beaucoup de personnes qui s'informaient des lieux, des heures, à savoir est-ce qu'ils faisaient partie de la clientèle qui était visée par l'opération à certains moments donnés de la période. Donc, il y a une trentaine de préposés au téléphone de la Régie de l'assurance maladie qui ont été dégagés des services réguliers, des services téléphoniques réguliers de la Régie de l'assurance maladie pour porter un coup de main afin de donner de l'information aux Québécois et aux Québécoises dans le cadre de l'opération sur la grippe A (H1N1).

Donc, on peut dire que les résultats qu'on obtient permettent, là, de dire que la Régie de l'assurance maladie a réalisé une performance qui est nettement meilleure que ses cibles dans sa déclaration de service au cours de l'année 2009-2010. Et ça lui permet de se positionner comme un excellent centre de relation avec la clientèle, donc, d'être capable d'offrir aux Québécois et aux Québécoises un service accessible, rapide et compétent. Donc, on a atteint ce niveau de service et on envisage de maintenir ce niveau de service au cours de la prochaine année et des prochaines années.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Thériault. Il reste environ trois minutes. M. le député des Îles.

Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés

M. Chevarie: Trois minutes. Merci, M. le Président. On sait que depuis quelques années l'accès aux chirurgies

était particulièrement difficile. Et notre gouvernement a réagi en mettant en place un système... un système qui vise l'accès aux chirurgies à l'intérieur d'un délai de six mois. Et ce système vise trois types de chirurgies: hanches, genoux et cataractes. Et bien sûr ces problématiques de santé sont extrêmement importantes parce qu'elles ont beaucoup de conséquences, particulièrement sur les déplacements, tous les aspects visuels, de lecture, ainsi de suite. Et c'est principalement des personnes âgées qui sont visées par ces problématiques de santé. C'est vraiment la clientèle. Alors, peut-être rapidement, mais je ne sais pas si on aura le temps, j'aimerais ça qu'on nous explique davantage c'était quoi, ce système-là, qu'on appelle, dans le jargon de la santé, le SIMASS, et... pour nous permettre, à nos auditeurs et aux membres de la commission, de connaître un peu ce système qui a été mis en place par notre gouvernement.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bon, le système SIMASS, c'est un système qui permet de suivre à chaque jour les attentes en chirurgie dans le réseau de la santé et également la production, au niveau des chirurgicales, du réseau de la santé. Ce que ça veut dire, c'est que, comme moi comme ministre puis tous les gens qui travaillent au niveau de la gestion, on rentre dans le système puis on est capables de voir exactement le nombre de patients en attente dans le réseau de la santé, dans chacun des établissements, en temps réel, à chaque jour. Ça nous permet également de voir les patients qui sont des hors délais et d'intervenir pour demander des états de situation puis corriger la situation.

C'est certain que, quand on fait la gestion des listes d'attente en chirurgie, le délai requis pour avoir la chirurgie est considéré comme étant six mois; on parle des cas non urgents et non semi-urgents, des cas électifs. Ces cas, ces cas électifs, il y en a une partie qui vont dépasser six mois, parce qu'il y a des patients qui préfèrent ne pas être opérés immédiatement. Il y a des délais parfois au niveau du chirurgien, c'est-à-dire que le chirurgien a tellement une grande liste qu'il... puis le patient, même si on lui fait une deuxième offre, il dit: Je veux rester avec ce chirurgien-là — qui est un choix personnel. Donc, il peut dépasser son délai. Il faut dire qu'au Québec ce type de cas, c'est-à-dire de chirurgien qui a trop une grande liste, c'est très minime. Il y en a très, très peu, mais il faut les gérer.

Au Québec actuellement, les chirurgies électives, c'est 93 % qui sont opérés à l'intérieur de six mois, ce qui est une très, très bonne donnée; 80 % à l'intérieur de trois mois. Donc, c'est un système qui a été mis en place par notre gouvernement pour nous permettre d'avoir un état de situation en temps réel de ce qui se passe dans chacun des établissements du Québec. Également, ça nous a aidés à améliorer la productivité, parce que ça nous a permis de travailler avec les établissements, que, pour diminuer la liste, on a demandé à ce qu'il y ait une augmentation de productivité, ce qui a été fait dans plusieurs blocs opératoires.

Juste pour vous donner un exemple, avant la mise en place du système, on avait environ 130 000 cas qui étaient sur la liste. Actuellement, on est autour de 106 000 cas. Il faut se rappeler qu'on fait plus de 450 000 chirurgies par année au Québec, ce qui veut dire qu'en terme de production, ça représente un délai d'environ trois mois donc, ce qui est considéré comme étant excellent.

Et récemment on a eu des données au niveau canadien, et le Québec se classait soit premier ou deuxième dans les délais d'attente pour les différents types de chirurgies, ce qui, encore là, est considéré excellent.

Donc, pour nous, le système SIMASS est vraiment un outil qui a été bien développé. C'est un outil qui est utile, et je peux vous dire que, dans chacun des établissements, les gestionnaires responsables surveillent les délais d'attente et travaillent pour que les patients puissent recevoir leurs chirurgies dans les délais les plus brefs. Ce qui est intéressant, ça nous permet de voir des patients ou des... les cas qui s'en vont vers des hors délais, et ça nous permet d'intervenir, là, pour qu'on puisse corriger la situation.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met fin à ce septième bloc. On va passer maintenant au huitième bloc, et c'est le deuxième groupe de l'opposition, et c'est Mme la députée de Lotbinière.

Mme Roy: Merci, M. le Président. Je vais profiter de ma première intervention dans cette commission pour vous saluer, saluer le ministre, le personnel qui l'entoure, saluer les collègues du groupe ministériel et de l'opposition officielle, et également le personnel de la commission.

Prestation de services ambulanciers (suite)

M. le Président, ce n'est pas la première fois que j'interviens à une étude des crédits pour soulever le problème qui est dramatique dans Lotbinière, c'est la couverture... d'ambulances. En 2006, je l'avais fait parce que c'était déjà un sujet d'actualité, chez nous, qui revient d'une façon... qui revient de façon intermittente puis souvent dans plusieurs secteurs de mon comté.

Il faut comprendre que j'ai un comté de 3 300 km, que, dans le monde rural, le principal défi à gérer, ce n'est pas, comme dans le monde urbain, la population, mais plutôt la distance, que c'est le défi autant pour les maires qui doivent fournir des pompiers ou des services de premier répondant, que c'est le défi pour les ambulances aussi qui couvrent notre région.

Je sais que, pour être déjà intervenue ici, en Chambre, il y a des statistiques puis qu'il y a des... pour déterminer où on devrait, de façon plus criante, mettre des ambulances, où est la priorité au Québec. Puis je dois inviter le ministre à la prudence: les statistiques ont aussi leurs limites. Parce que mon comté a une configuration spéciale, c'est-à-dire qu'il y a sept ambulances sur 3 300 km, mais il n'y a aucun centre urbain dans mon comté, il n'y a aucun centre hospitalier. Donc, à chaque fois qu'une ambulance est requise — le délai, en milieu rural, pour une urgence, c'est 30 minutes — ça veut dire que, le temps qu'on revienne à l'hôpital, on dépasse ce qu'il est convenu d'appeler dans le monde ambulancier le «golden hour», la première heure, l'heure critique pour laquelle on est capables de mieux intervenir puis qu'il y a plus de chances de sauver quelqu'un qui est en situation urgente.

J'avais interpellé votre prédécesseur, M. Couillard — maintenant on peut le nommer — et lui dire que j'avais cette problématique-là. Parce qu'aussi... il faut aussi... il y a une autre complication dans mon comté, c'est qu'on est à la limite de deux régions administratives. Donc, pour tout l'Est, c'est Centre-du-Québec, puis l'Ouest, c'est

Chaudière-Appalaches. Donc, on se retrouve tout le temps dans les extrémités de territoire, puis on sait très bien que les soins ambulanciers sont concentrés dans les milieux... les zones- centres, dans les villes, mais qui ne sont pas dans mon comté. Ça fait que je me retrouve... puis ça fait qu'en étant dans deux extrémités de régions administratives il n'y a pas d'interchangeabilité. Ce n'est pas deux régies, ce n'est pas les deux mêmes agences, donc ça complique encore plus la situation. Puis c'est quatre MRC différentes; c'est une autre complication supplémentaire.

Donc, la dernière fois que je suis intervenue ici, votre prédécesseur m'avait dit que je pouvais... que, si j'arrivais à trouver une autre ambulance, il pourrait m'accompagner et discuter avec moi. Maintenant, on a trouvé, vous l'avez vu récemment dans les médias, des agences qui voudraient avoir des projets pour des ambulances supplémentaires. On se bute au manque de budget de l'agence régionale. Pourriez-vous, M. le ministre, nous aider dans Lotbinière?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, moi, je suis d'accord avec la députée de Lotbinière, ce n'est pas juste une question de statistiques, parce que, quand on est dans des comtés ruraux puis on couvre de grandes distances avec des faibles populations, donc ça nous prend une répartition équitable des ambulances sur le territoire. Et puis également on a un phénomène: souvent, il y a très peu d'appels, donc ça nous prend une disponibilité. Par contre, quand il y a un appel — puis on va donner un exemple: un patient qui fait un infarctus doit être conduit à l'hôpital, l'hôpital le plus près, à ce moment-là, il y a une découverte du territoire.

Le principe qu'on utilise... Parce que, si on disait: On va doubler les ambulances partout, bien, à ce moment-là, on se retrouve avec un autre problème. Souvent, il n'y a même pas assez de volume pour une ambulance, mais il faut en mettre une pour une question de sécurité pour la population. Le principe qui est utilisé à ce moment-là, c'est qu'il y a des couvertures avec des régions limitrophes, c'est-à-dire que, si vous avez une ambulance qui quitte un territoire, à ce moment-là il y a une autre ambulance qui va se charger au cas où est-ce qu'il arriverait un deuxième cas, qui n'arrive pas souvent mais qui peut arriver, de façon à pouvoir couvrir le territoire au complet, et il y a une répartition du travail, comme ça, entre les différents secteurs ambulanciers. Je pense que c'est un principe qui est important, c'est-à-dire que la population n'est pas à découvert, mais il y a une couverture par un autre secteur au cas où est-ce qu'il y aurait une urgence.

Deuxièmement, les statistiques, ce n'est pas ça qui détermine à la fin si, oui ou non, il y a un besoin d'ambulance. Ce sont des experts qui tiennent compte des particularités régionales, des particularités rurales, des particularités urbaines qui sont différentes, qui évaluent et qui font des recommandations qu'habituellement on va... on va accorder s'il y a des recommandations dans le sens d'ajout. Il y a eu plusieurs ajouts au Québec. Les territoires sont évalués sur une base très régulière. Également, on évalue les cas qui sont des hors délais pour savoir c'est quoi qui pourrait être fait pour corriger.

Donc, ma réponse à la députée de Lotbinière: Je pense que c'est... on va étudier le territoire, on va le regarder.

Puis actuellement, dans les territoires, tout le monde voudrait avoir deux fois plus d'ambulances, mais ce n'est pas réaliste. Ce qui est important, c'est de répondre aux besoins des clientèles en respectant un certain risque. Mais, s'il y a un besoin qui doit être répondu, on va demander à nos experts de se pencher sur la question et de nous donner la réponse avec une recommandation.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée.

Mme Roy: M. le ministre, c'est déjà un travail qu'on a tenté de faire, mais mon problème: étant à l'extrémité de deux zones différentes, bien, finalement, il n'y a pas d'interchangeabilité, là, les ambulances du Centre-du-Québec ne vont pas aller couvrir les ambulances de Chaudière-Appalaches. Donc, cette problématique-là fait que j'ai quelque chose de supplémentaire à régler à ce niveau-là et qu'avec deux agences comme ça je n'y arrive pas, premièrement.

Deuxièmement, ce n'est pas le double des ambulances qu'on désire. Moi, je considère que sept ambulances pour tous ces kilomètres carrés là à couvrir, ces 37 villages là, c'est qu'on n'a pas la masse critique pour assurer la couverture lorsqu'on tombe à découvert. On peut avoir, comme dans un secteur donné, pour 30 % du temps en découvert, là. Je pense, c'est des situations qui sont... qui sont à corriger au plus vite. Puis, si on peut travailler ensemble pour trouver une solution avant que je revienne à la prochaine étude des crédits, ça me ferait plaisir.

● (17 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: On va travailler ensemble pour trouver des solutions.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Chauveau.

Heures d'ouverture du service des urgences de l'Hôpital Chauveau

M. Deltell: Merci, M. le Président. À mon tour d'aborder avec le ministre un dossier de notre circonscription, de ma circonscription, comté de Chauveau, soit l'Hôpital Chauveau, l'urgence. L'année dernière, le gouvernement... le ministère a procédé à la fermeture de l'urgence la nuit. Quand on m'a posé la question qu'est-ce que j'en pensais? J'avais dit: C'est la moins mauvaise des mauvaises solutions. On se comprend, on ne peut pas se réjouir de voir qu'on ferme une urgence la nuit. Par contre, la situation était devenue intenable, c'en était même ridicule. C'est parce qu'il fallait lire le journal local, la fin de semaine, pour savoir si l'urgence allait être ouverte la fin de semaine ou si l'urgence allait être ouverte la nuit. Alors, ça n'avait pas de bon sens. La décision a été prise de fermer la nuit pour stabiliser les effectifs le jour, sept jours par semaine. Comme j'ai dit: C'était la moins mauvaise des mauvaises solutions.

Ça va bientôt faire un an et, malgré cela, évidemment les citoyens ne sont toujours pas contents, et il y a des signatures de registres qui se font, des pétitions, des milliers de personnes qui signent, souhaitant la réouverture la nuit. On l'aura compris.

Je me souviens également, pour avoir eu des conversations avec la directrice du centre hospitalier, qu'on

disait qu'ultimement, si on réussit à stabiliser le jour, ça pourrait créer une stabilité qui va faire en sorte que l'on va être capables de convaincre des médecins de travailler la nuit. C'était un objectif, un rêve, avouons-le, et là j'aimerais savoir, de la part du ministre, où est-ce qu'on en est.

Et aussi je dois dire au ministre qu'il y a beaucoup de gens qui me parlent de vilaines rumeurs qui courent comme quoi, bien, on a fermé la nuit, donc la prochaine étape, c'est de fermer la fin de semaine, puis la prochaine étape, c'est de fermer tout simplement l'urgence. Donc, j'aimerais que le ministre me donne l'heure juste par rapport aux ambitions que le ministère a concernant l'urgence de Chauveau.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bon, dans un premier temps, ce n'est pas le ministère qui a fermé l'urgence la nuit, c'est à la demande de l'établissement. Et également il y a les médecins qui laissent savoir qu'ils n'étaient pas... ils n'étaient plus capables de couvrir la nuit, et le fait de couvrir de façon erratique amenait qu'ils avaient des difficultés de jour.

Chauveau vit à peu près la même expérience qu'un hôpital dans mon comté, qui est l'Hôpital Jeffery-Hale où, le jour, il y a du volume pour voir des patients, mais, la nuit, il y a très peu de patients qui consultent. Et, si ce sont des cas urgents, un exemple, un accident, un infarctus, quelqu'un qui est en détresse, un cas d'ambulance habituellement, de toute façon, ils ne sont pas conduits à Chauveau, ils sont conduits dans un centre spécialisé. Si vous avez un accident d'automobile, polytraumatisé, dans la région de Québec, vous allez à L'Enfant-Jésus. Dans le coin de Chauveau, l'ambulance va aller directement soit à l'Hôpital Laval ou au CHUL, tout simplement parce que les soins spécialisés vont être là, puis, plutôt que d'avoir à faire un transfert, ils vont l'amener directement au bon endroit. Ça, c'est le premier phénomène.

Le deuxième phénomène, c'est que, si vous essayez de garder l'urgence la nuit, les médecins nous laissent savoir que ça va être difficile de continuer à offrir tous les services qu'ils donnent actuellement. Donc, c'était un choix. Pour la population, la meilleure solution demeure d'être ouvert régulièrement le jour, le soir et la fin de semaine; la nuit, de maintenir des équipes en place pour quelques cas qui sont des cas mineurs parce que les cas urgents vont être transférés de toute façon par ambulance à l'endroit qu'ils doivent recevoir les meilleurs soins, c'est-à-dire au CHUL. Puis là il faut comprendre, ce n'est pas parce que les gens de Chauveau ne sont pas compétents, c'est que Chauveau, c'est un hôpital surtout de première ligne qui ne peut pas prendre tous les cas, surtout la nuit lorsque c'est une urgence et que le trafic... il n'y a pas de problème de trafic, on peut conduire directement à l'hôpital du CHUL ou encore à la Cité de la santé... pas à la Cité de la santé, mais à l'Hôpital Laval.

L'objectif, c'est de garder l'établissement ouvert et qu'ils offrent le maximum de services. Et, pour nous, il n'est pas question que ce soit une étape pour dire que, plus tard, on va fermer Chauveau, c'est-à-dire fermer de jour, fermer les fins de semaine. Il y a du volume pour de l'activité de jour, surtout pour les cas mineurs, quelques cas majeurs de jour qui peuvent transiter là puis par la suite être transférés vers un hôpital plus spécialisé. Parce qu'il

faut dire que Chauveau n'hospitalise plus, c'est vraiment un hôpital seulement que pour les cas qui vont rester moins de 24 heures. Donc, si on prend... en considérant les différents facteurs, il est préférable pour l'Hôpital de Chauveau d'offrir les services qu'ils offrent actuellement. Et, un peu comme l'Hôpital Jeffery-Hale qui est dans mon comté, et j'avais rencontré les médecins du Jeffery-Hale puis je leur avais demandé: Comment ça va?, ils disent: Pour nous, il n'est pas question de revenir en arrière et qu'on ouvre la nuit. On préfère offrir un service de qualité de jour, fermer la nuit, et que les gens qui ont besoin de consulter la nuit aillent à côté, à l'Hôpital Saint-Sacrement.

Par hasard, j'ai rencontré un médecin qui pratique à l'Hôpital Chauveau, une femme médecin, qui me dit également qu'une bonne décision, c'est ce qu'on offre actuellement à l'Hôpital Chauveau, c'est-à-dire des services réguliers de jour, de soir, et, la nuit, il serait préférable que l'hôpital ne réouvre pas. Tout simplement, il n'y a pas le volume, les cas urgents de toute façon doivent aller ailleurs, et les cas mineurs, il y a des possibilités de consulter dans différents hôpitaux de Québec pour les cas mineurs.

Donc, l'orientation, puis ce n'est pas une orientation du ministre, ce n'est pas une orientation du ministère, c'est une orientation des gens qui connaissent ça sur le terrain, qui ont décidé de faire une offre de services qui est raisonnable pour l'Hôpital de Chauveau.

Mais je tiens à rassurer le député de Chauveau, je veux qu'on maintienne des excellents services dans votre secteur, je veux qu'il y ait du développement dans votre secteur, mais, de voir un médecin qui dort la nuit dans une urgence, avec le personnel requis, c'est une mauvaise utilisation des ressources. Et, connaissant les orientations de l'ADQ, je suis certain qu'il est d'accord qu'on utilise nos ressources le mieux possible.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: Merci, M. le Président. Je veux juste porter à l'attention du ministre que, lorsqu'il établit un parallèle avec sa circonscription, le Jeffery-Hale, le parallèle ne tient pas la route. Parce que, comme il l'a si bien dit tout à l'heure, il a parlé à un médecin qui travaille au Jeffery-Hale, il dit: Si ça ne marche pas, on l'envoie à l'hôpital à côté, Saint-Sacrement. À Chauveau, l'hôpital à côté, il est pas mal plus loin que traverser deux coins de rue, là. On se comprend que Chauveau, c'est pas mal isolé dans la section nord de Québec, construit d'ailleurs à l'époque par le Dr Laroche, en promesse... avec l'ancien premier ministre Maurice Duplessis, mais ça, je raconterai l'histoire plus tard. Mais c'est un hôpital qui est vraiment isolé et qui dessert le nord de la région de Québec, qui dessert Valcartier, qui dessert Shannon, qui dessert aussi, dans une certaine mesure même, Saint-Raymond... pas Saint-Raymond de Portneuf, mais Lac-Saint-Joseph, tout ça. Donc, il y a une population qui habite dans la section nord de Québec, dans la couronne nord, qui est desservie directement par l'Hôpital Chauveau et qui doit donc aller en ville. Et, pour habiter là depuis... enfin depuis toujours, le 20 minutes que ça nous prend, c'est long quand c'est la nuit, quand il y a une urgence.

Alors, comme ministre... Je comprends, et je répète ce que j'ai dit l'année dernière: C'est la moins mauvaise

des mauvaises solutions. C'est encore mieux de savoir que l'urgence est fermée que d'avoir à regarder *L'Actuel* pour savoir si l'urgence va être ouverte en fin de semaine, on comprend ça. Mais c'est la moins mauvaise des mauvaises solutions. Et j'invite le ministre à être prudent lorsqu'il établit un parallèle entre l'Hôpital Chauveau et le Jeffery-Hale: la situation géographique commande une tout autre analyse.

Cela dit, M. le Président...

M. Bolduc: M. le Président, est-ce que je peux répondre à ça? Bien, c'est parce que là on prend le modèle de Québec. Mais, si vous allez à un endroit comme à Laval où il y a un seul hôpital, les gens sont appelés à faire certaines distances pour recevoir des soins qui sont relativement spécialisés. Ça fait qu'il a raison quand il regarde à Québec puis qu'ils étaient habitués à avoir le service de nuit, mais, quand on regarde les autres régions au Québec... Et, si vous allez... Puis un exemple: si vous allez en régions périphériques, en Abitibi, les gens vont faire 15 à 20 minutes pour recevoir les soins.

Mais le propos, ce n'est pas qu'on ne veut pas donner les soins, c'est que le patient qui a besoin de soins de nuit urgents de toute façon n'ira pas à Chauveau, il va être conduit soit à l'Hôpital Laval ou au CHUL parce que, de toute façon, à Chauveau, il ne peut pas être hospitalisé. Et le patient qui est électif, souvent, peut attendre à 8 heures, le matin. Ou, si la personne trouve que c'est vraiment urgent, bien là, oui, ils vont faire le trajet de 20 minutes. C'est vraiment, je pense, une décision dans laquelle on fait une bonne allocation de ressources.

Et je tiens à le dire: On veut avoir la meilleure desserte possible en termes de couverture de service pour la région de Québec. Puis, quand on compare avec ailleurs, la situation de Chauveau est acceptable. Et je tiens à le rassurer: On veut que Chauveau donne des services, et on veut développer, et, pour moi, on ne parle pas de fermer cet hôpital-là. On ne fera pas l'erreur que le PQ a faite dans les années quatre-vingt-dix.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Chauveau.

M. Deltell: La finale est bonne. Peut-être moins la dernière phrase, là, qui politise un petit peu le débat. Mais je me réjouis de l'engagement du ministre de dire qu'il n'est pas question de fermer l'urgence de Chauveau. Vous aurez compris, M. le Président, que je vais garder attentivement ces propos-là, le cas échéant, si par malheur la décision change.

M. Bolduc: Ils sont enregistrés.

M. Deltell: Voilà. Il me reste combien de temps?

Le Président (M. Kelley): Quatre minutes.

Attribution de contrats en communication

M. Deltell: Bon, O.K., on va faire ça rapidement. J'aimerais revenir aux crédits purs, comme le veut d'ailleurs notre mandat actuel. On a regardé attentivement la question des contrats alloués par le ministère, et il y a un point qui a attiré un petit peu mon attention. On ne parle pas de centaines de milliers de dollars, mais quand même, des

fois, on peut faire des petites économies, et, comme on dit, il n'y a pas de petites économies inutiles. C'est la multiplication des contrats et pourquoi ne pas donner justement un contrat global.

Je regarde attentivement les contrats concernant les demandes de traduction, de rédaction de discours, tout ça, ou de rédaction de textes. Il arrive parfois que l'on donne plusieurs contrats au même soumissionnaire; comme, par exemple, Marie-France Leblanc a réalisé sept fois des textes de rédaction. Adéquat, une entreprise, a fait neuf fois des textes de rédaction; et Anglocom, 16 fois des textes, pour un total de 22 126,42 \$.

J'aimerais juste savoir: Comment ça procède? Parce que, quand on fait 16 fois appel à la même entreprise, on peut peut-être avoir une économie d'échelle, ce ne serait peut-être pas négligeable. Pourquoi on y va à la pièce, et pourquoi ne pas avoir une enveloppe globale de tant qui pourrait être achetée, pour 20 000 \$ mettons, et on pourrait faire une économie d'échelle?

● (17 h 50) ●

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Je vais demander à M. Daniel Gaudreau, responsable des communications au ministère, de venir nous expliquer.

Le Président (M. Kelley): Il y a consentement? Bien. M. Gaudreau, si vous voulez vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Gaudreau (Daniel): Oui, M. le Président. Daniel Gaudreau, directeur des communications. Concernant votre question au niveau de la répartition des mandats, on y va en fonction de la charge de travail. Comme vous le savez, cette année on a vécu la pandémie, donc on a eu plusieurs contrats avec Anglocom. Il y avait eu une planification, il y a une entente avec les fournisseurs de services, et, tout dépendamment à quel moment on a les besoins, on y va en fonction, là, des personnes qui sont disponibles.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Deltell: ...des contrats qui ont été octroyés, il y a un contrat où on peut vraiment parler d'un contrat cassé. On sait qu'en bas de 25 000 \$ on peut obtenir une soumission sans appel d'offres, et, plus de 25 000 \$, il faut aller en appel d'offres. Le cas de la compagnie Expressions DS, rédaction d'un rapport pour 24 700 \$, et Expressions DS, rédaction pour 850 \$. À sa face même, ça a de l'air d'un contrat cassé en deux pour éviter d'avoir à faire l'appel d'offres à plus de 25 000 \$. Je voudrais avoir des explications là-dessus. Expressions DS.

M. Gaudreau (Daniel): Je n'ai pas l'information pointue concernant ce contrat-là. Ce qu'on pourra faire, c'est vérifier dans le courant de la soirée puis on pourra vous revenir concernant plus spécifiquement ce contrat-là.

M. Deltell: O.K.

Le Président (M. Kelley): Merci.

M. Deltell: Vous aurez compris, M. le Président, qu'on est très vigilants quand vient le temps des contrats

sans appel d'offres, en soumission directe, et c'est la raison pour laquelle on avait détecté ce contrat-là parmi les centaines qui sont là et ça nous avait interpellés.

Peut-être en terminant, Registre des résidences pour personnes âgées, c'est à la page 116. On parle de la construction du site, nom de la firme, coût de l'entretien, mise à jour, tout ça. Le site, le coût de développement a été de 56 450,95 \$. Si on regarde les autres demandes qui ont été faites et constructions de sites, on parle parfois de 3 000 \$, parfois 10 000 \$, mais, dans le cas présent, on parle de 56 450 \$. Le site n'a pas été actualisé, on ne peut pas établir le nombre de visiteurs, tout ça. J'aimerais savoir qu'est-ce qui a amené un coût aussi quand même gros, eu égard des autres contrats qui ont été octroyés pour des registres somme toute similaires?

Le Président (M. Kelley): Encore une fois, M. Gaudreau, est-ce que c'est clair ou...

M. Deltell: Page 116. Page 116, l'étude des crédits, réponses aux questions générales.

M. Gaudreau (Daniel): Pouvez-vous juste préciser, là...

M. Deltell: Oui. Oui, c'est parce qu'on parle du...

M. Gaudreau (Daniel): ..votre question, là. On est en train de rechercher l'endroit exact, là, s'il vous plaît.

M. Deltell: Oui. O.K. Page 116, Registre des résidences pour personnes âgées, coût du développement du site, 56 450,95 \$. Si on prend exemple des autres coûts de développement des autres sites, on parle de 3 000 \$, 6 000 \$, 5 000 \$, 13 000 \$, boum! 56 000 \$. Je peux comprendre que c'est un site qui est quand même volumineux, mais le site n'a pas été actualisé, on ne peut pas connaître le nombre de visiteurs, le contenu est... en temps réel, bravo, mais comment il se fait que ça a été si élevé comme somme engagée?

M. Gaudreau (Daniel): Ce qu'il faut mentionner, si vous regardez l'ensemble des contrats ou l'ensemble des montants concernant ces différents sites là, la plupart du temps les sites sont faits à l'interne avec l'équipe des communications. Dans ce cas-ci, il y a eu une ressource externe qui a été engagée, donc ça explique en partie, là, les coûts peut-être plus élevés pour ce qui est de la construction du site et l'entretien du site jusqu'à présent.

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à ce huitième bloc. Je sais que, M. Gaudreau, vous allez revenir avec un complément d'information sur l'avant-dernière question du député de Chauveau.

M. le député des Îles-de-la-Madeleine, un dernier bloc de 15 minutes.

Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (suite)

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais poursuivre sur les services de chirurgie. Comme je le mentionnais au bloc précédent, les personnes qui sont

aux prises avec des problèmes de hanche, genou ou cataracte, évidemment ça a beaucoup de conséquences sur leur vie, sur l'autonomie de ces personnes-là et éventuellement sur leur capacité à demeurer dans leur résidence, et on sait que c'est... Encore le premier choix important, c'est de demeurer chez soi le plus longtemps possible. Donc, c'était très important pour notre gouvernement de régler cette problématique de liste d'attente à n'en plus finir. Et le système est performant, là, ce qu'on a appelé le SIMASS. Le nombre de chirurgies faites dans nos établissements a augmenté et le nombre de patients en attente plus de six mois a vraiment diminué.

Alors, c'est extrêmement intéressant, puis j'aimerais ça en discuter avec le ministre, mais particulièrement au niveau de chacune des régions. On va passer une bonne partie des régions pour regarder c'est quoi, le portrait par rapport aux listes d'attente en chirurgie. Et j'aimerais viser, comme première région, peut-être à l'autre bout du territoire, la région de l'Abitibi. Si le ministre, M. le Président, pourrait nous donner un peu le portrait de cette région-là en termes de services en chirurgie et des listes d'attente.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Juste un instant, M. le Président. J'ai une petite question.

(Consultation)

Le Président (M. Kelley): C'est toujours important de s'assurer qu'on donne les bons chiffres. Alors, à vous la parole, M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. M. le Président, c'est juste pour donner un exemple un peu comment ça fonctionne. C'est qu'on a le tableau des patients qui sont en attente puis le tableau des patients qui sont opérés. Si on donne l'exemple pour la cataracte, il y a eu 854 patients qui l'ont été à l'intérieur de six mois, sur un total de 879. Donc, il y a 97 % des patients qui sont opérés à l'intérieur du délai de six mois pour l'Abitibi-Témiscamingue, pour la cataracte. Quand on arrive au niveau de la hanche, c'est 95 %; au niveau du genou, c'est 94 %; au niveau de la chirurgie d'un jour, c'est 92 %; au niveau de la chirurgie avec hospitalisation, c'est 92 %; et le chiffre total, c'est... toutes chirurgies confondues, c'est 93 % qui sont opérés à l'intérieur du délai recommandé de six mois.

Là, ce qu'il faut voir quand on regarde les autres patients, souvent c'est dû à des délais, comme je vous disais, la disponibilité du patient; tu as également quelques cas qui peuvent prendre un peu plus de temps, tout dépendant du type de chirurgie. Mais d'avoir un taux de chirurgie à l'intérieur du délai de six mois de 93 %... Comme j'ai dit, quand on se compare avec les autres provinces canadiennes, on est, dans chacune des catégories, soit le meilleur ou le deuxième.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Chevarie: On va passer à une autre région pour avoir ce portrait au niveau de la chirurgie hanche, genou, cataracte. Le Bas-Saint-Laurent, comment ça se présente?

M. Bolduc: Bien, le Bas-Saint-Laurent, au niveau des cataractes, c'est en pratique 100 % qui sont à l'intérieur de six mois; la hanche, 91 %; le genou, 95 %; la chirurgie d'un jour, 96 %; chirurgie avec hospitalisation, 98 %. Pour le Bas-Saint-Laurent, un total de 97 %, ce qui est considéré, encore là, comme étant excellent.

M. Chevarie: Je continue mon tour du Québec...

Le Président (M. Kelley): Oui, géographique. Oui, M. le député.

M. Chevarie: ... — c'est ça — avec une région évidemment assez importante en termes de personnes qui y vivent, la Capitale-Nationale.

M. Bolduc: Pour la Capitale-Nationale, au niveau de la cataracte encore, c'est 96 %; la hanche, 81 %; le genou, 77 %. Il faut comprendre qu'ici, dans la Capitale-Nationale, on a des centres d'expertise en traumatologie, dont L'Enfant-Jésus, qui parfois peut amener qu'on peut avoir des délais un peu plus longs au niveau de la chirurgie. La chirurgie d'un jour, c'est 95 %, la chirurgie avec hospitalisation, 93 %, pour un total de 94 %. Donc, on voit qu'ici, à l'intérieur de la Capitale-Nationale, on a une excellente accessibilité, là, à la chirurgie, à l'intérieur des délais requis.

M. Chevarie: Excellent. On continue avec une région éloignée, la Côte-Nord.

● (18 heures) ●

M. Bolduc: Bon. Ce qui est intéressant, c'est que l'accessibilité en région généralement est excellente. Les plans d'effectif sont relativement complets et, dans la plupart des secteurs, on réussit à opérer à l'intérieur du délai requis. La Côte-Nord, la cataracte, c'est 98 %; la hanche, c'est 96 %; la chirurgie du genou, c'est 67 %; chirurgie d'un jour, 87 %; avec hospitalisation, 96 %; pour un total de 92 %, qui, encore là, est considéré comme étant excellent.

M. Chevarie: Est-ce qu'on pourrait parler de l'Estrie avec le même portrait?

M. Bolduc: L'Estrie, pour la cataracte, c'est 98 %; la chirurgie de la hanche, c'est 87 %; la chirurgie du genou, c'est 80 %; la chirurgie d'un jour, 87 %; la chirurgie avec hospitalisation, 93 %; pour un total de 91 %.

M. Chevarie: Alors, excellent. On voit qu'on a des pourcentages extrêmement intéressants, qu'on a vraiment mis en place un système qui répond aux besoins et qui rend de précieux services, évidemment, à notre population.

Alors, je poursuis encore le tour du Québec avec la région de Montréal cette fois-ci.

M. Bolduc: La région de Montréal, excellente accessibilité: pour la cataracte, 97 %; la hanche, 87 %; le genou, 83 %; la chirurgie d'un jour, 90 %; la chirurgie avec hospitalisation, 94 %; pour un total de 93 %.

Puis je réalise maintenant pourquoi le député de Marie-Victorin ne me pose jamais de question sur la chirurgie. Nous sommes tellement bons, nous sommes tellement bons que je pense qu'il voit que c'est inutile de vouloir nous questionner là-dessus.

M. Drainville: ...un rappel au règlement du député de Vimont, là.

Une voix: ...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Kelley): Mais, pour le moment, c'est le député des Îles-de-la-Madeleine qui a le droit de parole. Alors, M. le député des Îles.

Une voix: C'est lui qui choisit les régions.

M. Chevarie: C'est ça. Et là je vais continuer encore et dans une autre région très éloignée et même isolée pour certains...

Une voix: ...

M. Chevarie: Non. Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

M. Bolduc: Oui. Bien, vous allez voir que ce qu'on disait sur la répartition des effectifs médicaux par territoire est vraiment vrai, puis ça se traduit par des chiffres, là, qui sont concluants. Au niveau de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, très belle région...

D'ailleurs, la saison du homard a commencé, on tient à vous féliciter. Puis on encourage tous les Québécois, Québécoises à acheter du homard qui vient de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine, du homard du Québec, qui pour moi est le meilleur.

Bon, là, je vois qu'encore là ça fait la deuxième fois aujourd'hui qu'avec le député de Marie-Victorin on réussit à s'entendre puis qu'on fait l'unanimité. On encourage le homard de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et on est d'accord que c'est le meilleur.

Pour la cataracte, 96 %; la chirurgie de la hanche, en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, c'est 100 % à l'intérieur de six mois; le genou, 100 %; la chirurgie d'un jour, 94 %; la chirurgie avec hospitalisation, 97 %; pour un total de 95 %, ce qui est excellent en termes d'accessibilité de services pour la région de Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Alors, je suis très heureux pour nos citoyens et citoyennes de notre région, bien entendu, avec une performance comme celle-là. On va aller vérifier maintenant la région, M. le ministre, de la Mauricie—Centre-du-Québec.

M. Bolduc: Juste un instant. Vous m'avez demandé Mauricie—Centre-du-Québec?

M. Chevarie: Oui, c'est bien ça.

M. Bolduc: O.K. Mauricie—Centre-du-Québec, la cataracte, c'est 96 %; la hanche, 86 %; le genou, 82 %; la chirurgie d'un jour, 92 %; la chirurgie avec hospitalisation, 98 %; pour un total, à l'intérieur du délai de six mois, de 94 %. Donc, comme vous pouvez voir, pratiquement toutes les régions sont autour de 90 %, 91 %.

M. Chevarie: C'est bon. Il y a certains collègues, M. le Président, qui me demandent des pourcentages comté par comté, mais on n'ira pas là.

Alors, je vais continuer. Je vais continuer avec la région du Nord-du-Québec.

M. Bolduc: La région du Nord-du-Québec, bien, il y a une caractéristique dans le Nord-du-Québec: il n'y a pas de chirurgie de la cataracte, il n'y a pas de chirurgie de la hanche et du genou, parce que ça prend un volume minimal, et, compte tenu que c'est des populations à faible volume, on ne serait pas capables d'offrir la qualité pour ce type de chirurgie. Par contre, pour les chirurgies d'un jour, c'est 85 %; la chirurgie avec hospitalisation, c'est 99 %; pour un total de 89 %.

M. Chevarie: Très bon. On poursuit toujours avec la région de l'Outaouais, qui va sûrement faire plaisir à ma collègue de Gatineau.

Une voix: De Hull. Hull.

M. Chevarie: De Hull.

M. Bolduc: Pour avoir visité la plupart des régions du Québec, dans toutes les régions du Québec, chaque région a ses particularités, puis je pense qu'à la fin c'est chaque région est la plus belle, hein?

L'Outaouais, la cataracte, c'est 96 %; la chirurgie de la hanche, 98 %; la chirurgie du genou, 95 %; la chirurgie d'un jour, 89 %; la chirurgie avec hospitalisation, 97 %; pour un total de 93 %. C'est juste pour vous dire que l'Outaouais, voilà quelques années, avait de la difficulté, puis actuellement on est capable vraiment de dire qu'il y a quand même des beaux succès en chirurgie.

M. Chevarie: Alors, on s'en va maintenant, M. le Président, dans la région originaire de notre ministre, le Saguenay—Lac-Saint-Jean.

M. Bolduc: Ah! Ça aussi, c'est une très belle région. La chirurgie de la cataracte, 99 %; la chirurgie de la hanche, 96 %; la chirurgie du genou, 96 %; la chirurgie d'un jour, 96 %; la chirurgie avec hospitalisation, 95 %; pour un total de 96 %.

Puis je vois que le député de Marie-Victorin est vraiment impressionné par nos résultats en chirurgie, ce que je trouve, et que lui-même est satisfait, je pense, de ce type de résultat.

M. Drainville: M. le Président, on est en train de...

Le Président (M. Kelley): Encore une fois, M. le ministre, c'est toujours une bonne idée de s'adresser au président.

M. Bolduc: Vous avez raison, M. le Président. C'est un constat que je faisais à vous par rapport au député de Marie-Victorin.

M. Chevarie: La région de Lanaudière.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Pour la cataracte, c'est 100 %; la chirurgie de la hanche, 93 %; la chirurgie du genou, 92 %; la chirurgie d'un jour, 91 %; la chirurgie avec hospitalisation, 96 %; pour un total de 95 %.

M. Chevarie: On passe à une autre région, la Montérégie.

M. Bolduc: Montérégie: la cataracte, 99 %; la hanche, 87 %; le genou, 80 %; chirurgie d'un jour, 93 %; la chirurgie avec hospitalisation, 93 %; pour un total de 94 %.

M. Chevarie: Une autre région, la région Chaudière-Appalaches.

M. Bolduc: Au niveau de la cataracte, c'est 100 %; au niveau de la hanche, 99 %; au niveau du genou, 98 %; au niveau de la chirurgie d'un jour, 93 %; au niveau de la chirurgie avec hospitalisation, 97 %; puis au niveau de la chirurgie totale, c'est 95 %.

M. Chevarie: La région de l'Estrie.

M. Bolduc: C'est la région de... l'Estrie, c'est 98 % pour la cataracte, 87 % pour la hanche, 83 % pour le genou, 90 % pour la chirurgie d'un jour, 94 % pour la chirurgie avec hospitalisation et 93 % au total.

M. Chevarie: Alors, merci, M. le ministre. On a fait un bon tour, un bon tour d'horizon par rapport aux taux, c'est ça. Maintenant, j'aimerais savoir...

M. Auclair: ...question de règlement, M. le Président. Tant qu'à avoir fait une série comme ça, je pense que mon collègue de Blainville aimerait bien savoir qu'est-ce qui se passe dans sa région et dans la région de Laval également, hein, on ne peut pas être les orphelins de cette question.

Le Président (M. Kelley): Par hasard, M. le ministre, avez-vous les chiffres pour Laval? On a entendu pour Lanaudière, mais...

M. Auclair: Non, non, mais tant qu'à ça, là, tant qu'à avoir enduré tout ça, là.

M. Bolduc: M. le Président, je pense que je les ai contaminés. Moi, je trouve ça passionnant. Ça fait que je trouve que c'est vraiment, là... Je suis très, très heureux des résultats.

Pour la région de Laval: la cataracte, 93 %; au niveau de la hanche, 61 %; le genou, 57 %; au niveau de la chirurgie d'un jour, 78 %; avec hospitalisation, 84 %; pour un total de 82 %. C'est l'endroit qu'on a le plus à améliorer, au niveau de Laval, et on travaille là-dessus d'ailleurs au niveau de Cité de la santé.

Au niveau de la région de Montérégie...

Le Président (M. Kelley): ...je pense, Laurentides.

● (18 h 10) ●

M. Bolduc: Laurentides. Ah! Bien, Laurentides: cataracte, 74 %; la hanche, 95 %; le genou, 92 %; la chirurgie d'un jour, 92 %; hospitalisation, 97 %; pour un total de 89 %.

Et d'ailleurs on a... le député, on a beaucoup discuté de la question de la cataracte, et, comme de fait, je vous avais dit l'autre fois que c'était l'endroit qu'on avait le plus de difficultés en termes d'accessibilité, et ça se confirme dans les chiffres. Et, comme on a parlé, il faut améliorer

l'accessibilité de la cataracte dans le secteur des Laurentides, ce qui fait que je pense qu'on est sur la même longueur d'onde.

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à notre tour géographique du Québec au niveau des chirurgies.

On va suspendre nos travaux. Je veux aviser tout le monde, on peut laisser nos documents ici. Pour les raisons que, comme député de Montréal, je ne comprends pas, il faut revenir ici à 19 h 30, quand tout le monde aimerait être devant un écran de télévision. Mais je suspends nos travaux jusqu'à 19 h 30. Go, Habs, go!

(Suspension de la séance à 18 h 11)

(Reprise à 19 h 34)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux.

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2010-2011.

On a trois minutes de retard, alors je demande le consentement pour poursuivre jusqu'à 21 h 33. Consentement. Merci beaucoup.

Ce soir, il y aura six blocs de 20 minutes, et je vais commencer avec le côté ministériel pour un premier bloc de 20 minutes. Le premier intervenant, c'est M. le député de Laurier-Dorion. La parole est à vous, M. le député.

Services offerts en radio-oncologie

M. Sklavounos: Merci, M. le Président. Alors, M. le Président, on se souvient que l'attente a déjà été, par le passé, longue en radio-oncologie. On sait qu'en 2003, M. le Président, 44 % des patients québécois attendaient plus que quatre semaines, plus de quatre semaines pour obtenir des traitements en radio-oncologie. J'aimerais savoir de M. le ministre: Où sommes-nous aujourd'hui au niveau de la radio-oncologie?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. On va sortir les données, mais, pour répondre brièvement, nous sommes rendus excellents. Actuellement, le taux pour l'accessibilité en radio-oncologie — on va vous sortir les chiffres... On voulait vous donner le chiffre exact. En 2003, 44 % des gens attendaient plus de quatre semaines pour un traitement en radio-oncologie. Actuellement, en 2010, 99 % des gens reçoivent un traitement en radio-oncologie en moins de quatre semaines. Donc, c'est environ 1 % des gens pour lesquels on ne respecte pas le délai, ce qui est considéré comme étant excellent.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Sklavounos: Oui, mais... Merci, M. le Président. J'ai déjà eu un proche qui a été soigné, atteint du cancer et soigné. Il m'a déjà parlé de son infirmière pivot,

de qui il garde des bons souvenirs. Par contre, je crois qu'à ce niveau-là c'est un emploi, c'est un poste qui n'est peut-être pas connu par la population en général, pourtant très important au niveau du traitement du cancer. Est-ce que le ministre, M. le Président, pourrait nous parler, nous en dire un petit peu plus sur les infirmières pivots?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, l'infirmière pivot, c'est un concept de suivi continu au niveau d'un patient. On va parler comment c'était avant l'infirmière pivot puis on va parler après. Avant l'infirmière pivot, le patient rentrait dans le système de santé, il était vu par un hémato-oncologue et puis, après ça, souvent allait chercher ses services de façon séquentielle à différentes places. Il n'y a personne qui coordonnait, sauf que, quand il revoyait son hémato-oncologue, lui, il l'informait des différents services qu'il avait reçus et des différents résultats. Ça nous amenait à avoir de la discontinuité, mais également ça faisait que le patient, quand il avait un problème, il n'était pas capable de savoir à qui il devait se référer pour son problème parce qu'il avait vu plusieurs personnes.

Le concept d'infirmière pivot — et puis ça, au Québec, nous en avons 220 — c'est lorsque le patient a un cancer, il est attribué à une infirmière qui va s'occuper de tout son épisode de soins et va faire la coordination de son épisode de soins. Si le patient a un problème, il va rejoindre cette personne-là qui, elle ou lui, a de la facilité à rejoindre les autres professionnels. Si vous êtes un patient puis vous voulez rejoindre un médecin pour avoir de l'information, bien, vous allez voir que le système est plutôt compliqué. Mais, en passant par l'infirmière pivot, elle, elle va avoir un accès facile aux médecins, mais surtout, si elle voit qu'il y a un problème particulier, elle va pouvoir intervenir beaucoup plus rapidement.

C'est le concept d'ailleurs que nous avons mis en place au niveau du cancer, c'est le concept que nous avons dans les groupes de médecine de famille, où les infirmières qui suivent le diabète, les maladies du coeur vont s'occuper d'un certain nombre de clients, de patients, et ces patients-là vont être pris en charge et suivis toujours par la même infirmière. Et je dois vous avouer, pour avoir travaillé avec des infirmières pivots, que ça a beaucoup amélioré la continuité des soins au niveau du traitement du cancer. Et c'est un système qu'on met en place, là, partout au Québec.

● (19 h 40) ●

M. Sklavounos: Maintenant, si vous me permettez, M. le Président, j'aimerais... Évidemment, on a fait l'analyse entre 2003 et aujourd'hui. Les statistiques, le ministre en a fait mention, j'en ai fait mention dans ma question, 44 % en 2003. On se souvient d'une période aussi où notre système n'était pas en mesure de traiter nos patients. On était obligés malheureusement de les exporter à l'extérieur pour pouvoir les soigner. Vous parlez des infirmières pivots qui permettent une certaine constance, continuité dans les soins, une certaine stabilité dans les soins. J'imagine qu'il y a eu d'autres efforts faits au niveau structure pour essayer d'atteindre une plus grande efficacité dans nos traitements. Mais j'imagine aussi qu'il y a eu des investissements supplémentaires qui ont été faits pour nous assurer de ces résultats améliorés. Est-ce que le ministre pourrait nous donner plus de détails sur les investissements qui ont été faits dans ce domaine-là, qui ont permis, M. le Président, d'atteindre ces résultats beaucoup améliorés?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, on a eu des investissements majeurs, puis c'est de l'ajout d'équipement puis également la création de nouveaux centres. Et, au total, en budget d'équipement et de mobilier, c'est un montant de 360 530 000 \$ qui était investi dans le réseau de la radio-oncologie. Juste pour vous donner un exemple, à l'Hôpital général juif, on a fait un ajout d'un troisième accélérateur puis on a remplacé ceux qui étaient en place. J'avais vu également... dans la région de Chicoutimi, je suis allé inaugurer leurs nouveaux accélérateurs; Rimouski, la même chose. Il y a Gatineau qui... bientôt, on va inaugurer un nouvel accélérateur.

Et également on a construit des nouveaux centres, dont, entre autres, à Cité de la santé, à Laval. Ils vont avoir un centre qui va être disponible très bientôt. Et également, du côté de Longueuil, Charles-Le Moyne, qui est tout près du comté du député de Marie-Victorin, il va y avoir l'inauguration d'un nouveau centre de radio-oncologie à l'Hôpital Charles-Le Moyne.

Ce que ça va apporter, c'est que la clientèle des Laurentides, Lanaudière et Laval, plutôt que de venir se faire traiter à Montréal, va pouvoir se faire traiter en région. Du côté de la Montérégie, tout le grand Longueuil, toute la région de la Montérégie, ils vont pouvoir recevoir leurs traitements à Charles-Le Moyne. Et justement, la semaine dernière, j'ai rencontré le Dr Jean Latreille, qui est responsable de l'oncologie à Charles-Le Moyne, puis il me disait que c'est un projet qui avançait très bien, et ils avaient très hâte de pouvoir donner les traitements localement.

Le fait de voir développer ces deux services fait qu'au Québec on a presque complété notre parc immobilier en termes de radio-oncologie.

M. Sklavounos: Formidable! Je pense que mon collègue de Vimont, M. le Président, avait une question. Merci.

Le Président (M. Kelley): Avant de vous céder la parole, toujours dans le dossier des infirmières pivots, la famille Kelley veut toujours rendre témoignage au travail de Mme Micheline Levesque, à l'Hôpital Lakeshore. Quand mon père était malade, avant la fin de ses jours, c'est elle qui a travaillé comme infirmière pivot. Et effectivement, M. le ministre, ils font un travail extraordinaire auprès pas uniquement des patients, mais leurs proches aussi...

M. Bolduc: Les familles.

Le Président (M. Kelley): ...au niveau de la coordination des traitements qui sont très complexes pour le patient et la famille en question. Alors, c'est vraiment une initiative qui a aidé beaucoup ma famille au moins. M. le député de Vimont.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, salutations à toute votre équipe.

Écoutez, étant donné que vous avez déjà commencé dans le dossier de... le Centre intégré de cancérologie de la Cité de la santé dont votre sous-ministre connaît bien... parce qu'il a été quand même impliqué à Laval lorsque nous travaillions sur le dossier et il a poussé très fort... M. Cotton, je sais que vous connaissez très bien le dossier

et même, dans certaines discussions, vous me disiez que vous seriez un homme heureux de pouvoir venir couper le ruban quand tout ça sera fini. Et je pense qu'il peut accompagner le ministre, c'est un bel hommage qu'on pourrait rendre à ces... les gens de terrain qui font le travail. Parce que, nous, ici on défend beaucoup de choses, mais, sur le terrain, c'est eux qui poussent les dossiers, qui les amènent à terme, puis ça, c'est important d'avoir une équipe comme on a.

Au niveau de notre centre intégré, puis je pense que ça va aider beaucoup — c'est sûr que ça va aider — comme mon collègue, au niveau de Groulx, Blainville et tous les secteurs de la couronne nord de Laval, maintenant, pour parler ainsi, pour les services, ça va être important d'avoir tous les équipements, M. le ministre. Et ça, je sais que, dans le projet de Laval, il y a... ce n'est pas juste un bâtiment. Je sais qu'on investit énormément aussi dans tout ce qui couvre l'équipement, quelque chose qui ne se faisait pas dans le passé malheureusement. On pouvait construire de belles salles d'urgence, mais elles étaient sans équipement, libres de tout ce qui était nécessaire pour donner les services à la population, ce qui est quelque chose qui a été corrigé aujourd'hui.

Dans ma demande... dans le fond, moi, c'est juste pour faire état d'une situation, M. le ministre. On va avoir un centre extraordinaire qui va être équipé à la fine pointe, sauf pour un petit morceau d'équipement qui, je pense, pourrait faire une grande différence pour nos citoyens, tous les citoyens de la couronne nord également, c'est un PETscan, la fameuse machine qui va pouvoir... qui donne des traitements... pas des traitements, mais qui donne des... des diagnostics encore plus précis, qui permet aux médecins et aux spécialistes de donner des traitements encore plus précis.

À cet égard-là, j'aimerais savoir si... je sais que je suis dans une période... dans le fond, dans les crédits, mais j'aimerais savoir s'il y a une ouverture de la part de votre ministère pour offrir aux citoyens de Laval et de la Rive-Nord un tel équipement qui va faire en sorte que nos listes d'attente vont s'améliorer de façon extraordinaire et que nos citoyens n'auront pas à aller chercher des services autant à Montréal qu'à l'extérieur des grands centres.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Bien, je peux rassurer le député de Vimont parce qu'habituellement, lorsqu'on installe un centre de radio-oncologie, tout le traitement du cancer devrait se faire dans ce secteur. Et, avec un centre de radio-oncologie, habituellement, on recommande également d'avoir un PETscan, qui est un appareil, en médecine nucléaire, qui permet de voir la maladie qui... exemple, les métastases qui apparaissent encore plus tôt. Et puis c'est un équipement, là, qu'on devrait doter la Cité de la santé.

C'est sûr qu'il y a des démarches encore à faire. Entre autres, également, la salle... les salles de radiothérapie ne sont pas encore en fonction, mais, au cours des prochains mois, c'est un dossier qu'on va faire avancer.

M. Auclair: Merci. Merci, parce que... Surtout pourquoi? Parce qu'il y a des... tous nos professionnels à la Cité de la santé font un travail extraordinaire, mais en plus ils sensibilisent leur clientèle à cet égard. Et il y a des pétitions, il y a des formulaires qui circulent. Et c'est

aussi pour donner raison à nos citoyens. Vous avez raison qu'il faut donner un centre complet. Et, de cette façon-là, on va pouvoir dire que Laval, qui était l'enfant pauvre sous un autre gouvernement, maintenant devient un enfant... on va créer une équité à travers toute la famille au Québec. Et c'est ça qui est important. Merci, M. le ministre.

M. Bolduc: D'ailleurs, un commentaire. Notre volonté, c'est vraiment d'avoir réparti les services de façon équitable sur le territoire du Québec, entre autres, développement dans la Montérégie, développement au niveau de la couronne nord, Laval, qui, je rappelle, couvre également les Laurentides et Lanaudière. Donc, c'est un assez grand bassin de population qui permet d'installer tous les équipements nécessaires. Et ça empêche la population d'aller consulter à Montréal. En même temps, ça va donner une meilleure accessibilité à Montréal parce que la population de Laval, des Laurentides et Lanaudière qui n'ira pas à Montréal va laisser de la disponibilité en termes d'accessibilité pour les gens de la région de Montréal. Et je peux garantir, les régions périphériques, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine, Gatineau, qu'eux autres également doivent avoir un accès équitable au niveau des traitements.

M. Auclair: Merci.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Hull, en indiquant qu'il vous reste huit minutes.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, moi, je voudrais continuer un peu sur le même sujet que mon collègue de Vimont parce que, oui, justement, après cette étude de crédits, on va avoir le plaisir d'accueillir le ministre pour faire l'inauguration d'un centre de cancérologie, parce que l'Outaouais est frappé cinq fois par jour. C'est 1 700 nouveaux cas par année, et ça, c'est des chiffres qui parlent beaucoup. Il y a 10 000 personnes qui ont reçu un diagnostic de cancer entre 2004 et 2008. Alors, c'est pour ça que notre gouvernement met à la disposition de la population les services dont elle a besoin.

L'Outaouais a un taux de mortalité par cancer le plus élevé au Québec. Et ça, c'est 213 décès sur 100 000 dans l'Outaouais, comparativement à 209 sur 100 000 partout au Québec. Alors, tout ça pour dire que le centre de cancérologie va permettre de faire passer le nombre de traitements de chimiothérapie de 25 à 60 par jour — alors, c'est plus que doubler le nombre de patients — et de 70 à 105 en radiothérapie. Alors, c'est dire à quel point ce sont des services de pointe qui répondent aux besoins.

Prévention du suicide

Là, je vais partir dans une autre direction: on va parler de prévention du suicide. J'ai beaucoup, beaucoup apprécié la prestation du Dr Delorme, hier, qui est venu nous parler du Plan d'action en santé mentale. Et il nous a parlé justement des taux de suicide, des taux de suicide au Québec qui sont malheureusement parmi les plus élevés au monde. Alors, le suicide est devenu certainement un grave problème de santé publique au Québec, puis on s'y attarde énormément. Le plan d'action 2005-2010 en a fait état.

En 2003, il y avait 1 259 suicides au Québec. Alors, c'est beaucoup de monde. De ce nombre, la majorité était des hommes âgés de 20 à 49 ans. Par ailleurs, le suicide constitue une cause importante de mortalité chez nos jeunes de 15 à 29 ans. Alors, c'est sûr qu'au Québec les données concernant le suicide indiquent des taux de mortalité très, très élevés, les plus élevés des pays industrialisés. Ça fait que, moi, j'aimerais entendre quelqu'un. Je ne sais pas si, M. le Président, ce sera le ministre ou un de ses experts qui va nous parler des mesures qui ont été mises en place pour essayer vraiment de contrer ce fléau, là, qui touche nos jeunes et nos hommes au Québec.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (19 h 50) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Écoutez, le suicide, c'est un drame, c'est un fléau au Québec. Et puis je peux vous dire que, lorsque j'étais coroner, j'ai été coroner pendant plus de 20 ans, le nombre de cas investigués le plus fréquent, ce sont les suicides. Et actuellement il meurt deux fois plus — même 2,5 fois plus — de personnes par suicide que dans les accidents d'automobile. Pour vous dire que c'est une cause sérieuse de décès, entre autres, chez les jeunes, surtout les jeunes hommes. Et puis c'est quelque chose qu'on prend vraiment au sérieux. Ça prend vraiment une stratégie gouvernementale pour réussir à améliorer ces taux de suicide.

Au niveau du gouvernement, on a pris des mesures. Entre autres, on met en place des réseaux de sentinelles qui vont s'implanter dans toute la province dans différents milieux — les écoles, les collèges, les milieux de travail — afin de détecter les personnes à risque de suicide. Le rôle des sentinelles est de dépister, guider et orienter la personne suicidaire vers les ressources d'aide appropriées.

Souvent, dans la majorité des cas, les gens lancent un signal d'alarme. Et, vu qu'on connaît bien les gens, on n'est pas attentif. Donc, on veut que les gens, lorsque quelqu'un leur parle, ou qu'on ait un signal, ou un signe qu'il y a un risque, qu'ils puissent agir rapidement. Pour ça, il faut former les proches, il faut former les gens dans les écoles. Et souvent ce n'est seulement qu'un petit signe avertisseur, style, il va dire, ou elle va dire: Vous ne me reverrez plus, ou encore: Je vais débarrasser les autres de ma personne. Ce sont tous des signes qui nous demandent d'agir de façon à agir par prévention. Et les gens qu'on aide, quand on leur parle par la suite, ils ont été très, très contents que quelqu'un, à ce moment-là, ait pu agir pour eux autres.

Également, le ministère termine l'élaboration d'un guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants et des gestionnaires des CSSS. Le ministère a financé 12 projets pilotes d'intervention et d'évaluation auprès des hommes en situation de vulnérabilité au suicide. Une évaluation de l'impact de ces projets permettra d'établir les stratégies les plus prometteuses et de les diffuser dans le réseau.

Également, il y a des équipes interdisciplinaires dites de deuxième niveau qui ont été déployées dans tous les centres jeunesse et doivent intégrer une expertise en santé mentale, puisque la vaste majorité des jeunes qui se sont suicidés en centre jeunesse avaient un trouble mental. Donc, c'est une combinaison qu'on voit souvent. Quelqu'un a un problème de santé mentale, on parle dépression, schizophrénie, et puis ils sont plus à risque de se suicider.

Puis à la suite des travaux conjoints de la Direction de la santé mentale et de la Direction de la santé publique,

un projet pilote de banque de données permanente sur le suicide est en cours. Donc, on veut bien documenter le suicide. On sait qu'il y a une diminution du taux de suicide au Québec actuellement, mais c'est encore... on reste encore avec un des taux les plus élevés dans les pays développés. Et ce sont toutes des mesures qu'on va mettre en place pour essayer justement de cibler la clientèle à risque pour pouvoir intervenir plus rapidement.

Mme Gaudreault: Est-ce qu'il reste du temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Juste une courte question.

Mme Gaudreault: Une très courte question. Je sais que, dans la Stratégie d'action jeunesse, on y parle des sentinelles, ces jeunes qui sont formés dans les écoles justement pour être aux aguets par rapport à des signaux qui pourraient être lancés par les jeunes. Est-ce que ça, c'est une mesure qui est financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux? Est-ce que, M. le Président, le ministre connaît la nature de ce programme-là ou...

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Le réseau des sentinelles, c'est un budget qui provient des budgets gouvernementaux du ministère. Et puis souvent c'est des organismes que l'on finance pour réussir à mettre cela en place.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je suis prêt maintenant de commencer un deuxième bloc avec M. le député de Marie-Victorin.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, ça va être une macédoine, ce soir, M. le Président, de plusieurs sujets abordés.

D'abord, M. le Président, à la question 21, on a la liste des établissements de santé et les résultats d'exploitation qu'ils ont obtenus. Est-ce que le ministre de la Santé peut déposer aux membres de cette commission, et ce, pour chaque établissement de santé, les bonis qui ont été versés aux cadres et à la direction, et ce, par établissement?

M. Bolduc: Oui, c'est disponible. C'est disponible et c'est des documents qui sont publics. On va vous les faire parvenir.

M. Drainville: Est-ce qu'on peut les avoir d'ici la fin de la semaine, est-ce que c'est... d'ici jeudi?

M. Bolduc: On va vérifier, parce que c'est un travail qui peut être ardu. Mais, si... Il faut les compiler. Mais, si c'est possible, on va vous les faire parvenir le plus tôt possible.

Coopératives de santé

M. Drainville: Très bien. Merci beaucoup. Sur les coops de santé, M. le ministre, nous en avons discuté l'année dernière, et vous nous aviez dit, parce qu'on posait

des questions entre autres sur l'accès... Vous vous rappelez, on avait eu une discussion sur l'accès, sur le fait, entre autres, que... enfin, on craignait, nous, qu'il y ait une pression à la hausse sur les frais annuels, n'est-ce pas, qu'on en vienne à demander des... à exiger des frais annuels qui soient toujours plus élevés et que ça finisse par devenir un problème sérieux au niveau de l'accès aux soins.

Et le problème, je dirais, encore plus important ou tout aussi important, c'était celui des non-membres. Qu'est-ce qu'on fait dans une communauté où une personne, par exemple, n'a pas les moyens de payer les frais annuels? Elle est malade, elle se présente à la coopérative alors que le médecin est présent. Qu'est-ce qu'on fait pour s'assurer que cette personne-là a accès au médecin, a accès aux soins, même si elle n'est pas membre de la coopérative?

Je vous rappelle ce que vous nous aviez dit l'an passé. «Dans un contexte de pénurie de ressources...» En parlant de ces frais annuels — on parlait d'un chiffre de 100 \$ à ce moment-là — vous aviez dit: «...le patient n'a pas le choix: s'il veut être soigné, il est obligé de donner le 100 \$, sinon il n'aura pas les services. Donc, c'est un ticket modérateur, et j'utilise le mot, là, c'est-à-dire que c'est un élément qui bloque l'accessibilité [à] des services, et le patient, selon moi, est pris en otage.

«Une fois qu'on a dit ça, quand on vérifie au niveau de la loi, c'est flou...» C'est le ministre de la Santé qui parle, M. le Président, je continue à le citer.

«Comment on va travailler le dossier? C'est qu'on va légiférer très bientôt, l'article est en préparation actuellement — disiez-vous il y a un an — pour s'assurer que, s'il y a une coopérative, ils ne puissent pas refuser des gens, et il n'y a aucune accessibilité qui va être liée au fait d'être membre ou pas, ou de payer ou pas, et c'est quelque chose qui va être déposé bientôt. Et c'est un dossier, encore là, qui... pour moi, c'est un dossier de coeur, là.» Fin de citation.

Alors là, ça fait un an de ça, et on n'a toujours pas d'amendements qui ont été déposés et qui... que vous vous étiez engagé à déposer il y a un an de ça. Est-ce qu'on peut savoir pourquoi vous n'avez pas déposé les amendements législatifs? Et quand allez-vous le faire?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: On avait préparé un document, sauf qu'on a eu des rencontres avec les différents groupes de coopératives et également différentes municipalités puis également des députés de l'opposition qui sont venus nous voir parce qu'en région ça pouvait causer un problème. C'est qu'il faut comprendre à prime abord, c'est qu'en région, pour certaines villes, la coopérative, c'est une façon de se doter d'une organisation de santé qui va donner des soins à des citoyens et qui permet de faire du recrutement de médecins. J'ai toujours dit qu'il y avait des bonnes coopératives, puis il y en a peut-être qui sont un peu moins bonnes.

Et puis, suite à des discussions avec les différents groupes, il a été décidé de ne pas procéder parce qu'actuellement les coops permettent une accessibilité dans la majorité des territoires, et les gens s'entendent pour dire que, si on n'a pas de coop, il y a des villes, des villages qui n'auront pas accès à des services médicaux. Et, suite à ça, on a fait une réflexion puis on a décidé de suspendre l'adoption d'un projet de loi, une modification législative, et de voir comment le dossier va évoluer au Québec.

Et, après une année, ce qu'on perçoit, c'est que la majorité des coops, c'est des coops qui veulent offrir des services dans leurs communautés, et c'est soit sur une base volontaire, où la ville va donner un coup de main pour réussir à doter le secteur d'une coopérative... Il y a quelques coops...

Et, entre autres, il y a des endroits où est-ce qu'ils avaient l'air de mettre une très forte limitation au niveau de l'accessibilité, et, là-dessus, on a eu un message clair pour dire que, si c'était le genre de chose qui se produisait, on verrait à ce moment-là si on ne devrait pas déposer une modification législative. Mais je dois vous avouer qu'actuellement le modèle des coops est relativement stabilisé au Québec.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: O.K. Mais, si je vous comprends bien donc, le problème que vous identifiez l'année dernière, qui était celui des frais annuels, et le problème que nous identifions tous les deux, me semble-t-il, là, si j'ai bon souvenir, c'est-à-dire le problème d'assurer l'accès aux non-membres, un an plus tard, ce n'est plus un problème pour vous.

M. Bolduc: Bien, c'est... Là, il faut faire... Là, on a un choix à faire, c'est-à-dire: Est-ce qu'on bloque le projet des coops? Et puis c'est des députés même de votre parti qui ont dit que ça pouvait être... ça pouvait causer des problèmes dans leurs communautés.

● (20 heures) ●

M. Drainville: M. le Président, je tiens à... je veux juste préciser, peut-être que ma question n'est pas suffisamment claire, mais je ne suis pas en train de dire, là, qu'il faut, comment dire, empêcher le fonctionnement des coops existantes ou empêcher le dépôt ou, comment dire, l'élaboration de... ou la planification de nouvelles coops. Je pose deux questions très, très, très spécifiques sur les frais annuels, l'idée qu'il faut peut-être trouver une façon de les plafonner, et, deuxièmement, un changement législatif ou peut-être réglementaire qui nous assure que les non-membres pourront avoir accès aux médecins des coops. C'est tout ce que je propose ou, en tout cas, c'est tout ce que je pose ou soulève comme problème.

Donc, je ne suis pas en train de dire qu'il faut mettre la hache là-dedans ou qu'il faut les... Ce n'est pas ça, ce n'est pas ça que je dis, là. Je dis: Est-ce qu'il n'y a pas moyen de prévenir et, dans certains cas peut-être, guérir ou corriger un problème existant, qui ne remettrait pas en question l'existence d'une coopérative de santé là où elle existe. Ce serait juste de s'assurer que tu ne peux pas refuser un patient qui arrive, qui cogne à ta porte puis qui est malade parce qu'il n'est pas membre de la coop. Tu ne peux pas le refuser. En tout cas, tu ne peux pas lui refuser l'accès au médecin. On sait qu'il y a toutes sortes de services périphériques auxquels le membership donne droit. Ça, là-dessus, on peut discuter. Mais l'accès au médecin, pour nous, il est fondamental. Et tout ce que je dis, c'est: Est-ce qu'il n'y a pas moyen de s'arranger pour qu'on assure ce droit?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: La question: Est-ce qu'on a besoin d'une modification législative?, le message qu'on a eu de

la part des coops, c'est qu'actuellement il n'y a pas de limitation au niveau de l'accès, sauf qu'il y a des gens qui doivent payer pour certains services. Je ne vous dis pas qu'il n'y a pas des exceptions, mais notre vision de la chose actuellement, c'est qu'il fallait être prudent, ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain et de regarder ça avec prudence, ce serait quoi, les modifications législatives à faire. Et toute modification législative amenait d'autres types de problème, entre autres au niveau même de l'accessibilité, où il y a des coops qui nous disaient: Si on embarque dans un système comme ça où est-ce qu'on va avoir des obligations, c'est possible que ça empêche le développement de certaines coops.

Donc, ce que je dis, je ne dis pas qu'il n'y aura pas des choses à regarder, je vous dis juste que, qu'est-ce qu'on a regardé, on nous a demandé d'agir avec prudence pour pouvoir avoir un modèle de coopérative qui puisse survivre dans le temps.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

Situation financière des établissements publics

M. Drainville: O.K. Déficit des hôpitaux, il y avait eu un engagement du gouvernement libéral, M. le Président, d'éliminer le déficit des hôpitaux, on parle du déficit autorisé, bien entendu, et d'atteindre l'équilibre budgétaire.

En 2004-2005, il y avait eu une première tranche de 100 millions qui avait été apportée pour se rapprocher de l'équilibre budgétaire. On parle donc d'une augmentation de 100 millions des bases budgétaires. 2005-2006, il y avait eu une tranche additionnelle de 75 millions qui avait été ajoutée. Sur un engagement libéral de 300 millions, donc, il manquait et il manque toujours 125 millions que le gouvernement s'est engagé à apporter, à livrer pour compléter le retour à l'équilibre budgétaire des établissements de santé. Et l'année passée, lors des crédits, M. le Président, le ministre avait déclaré: «...moi, je suis confiant qu'on soit capables d'atteindre l'équilibre budgétaire au niveau de nos établissements de santé. [...]Ce qu'on s'engage — je le cite, là, M. le Président — la planification qui est prévue, c'est d'atteindre l'équilibre d'ici 2011-2012», donc d'ici l'an prochain.

Alors, question, M. le Président: Est-ce que le ministre maintient son engagement d'atteindre l'équilibre budgétaire d'ici l'an prochain, enfin, d'ici la fin 2011-2012, donc d'ici la fin de l'année financière prochaine? Et où va-t-il trouver les 125 millions manquants pour atteindre cet équilibre budgétaire dans les établissements de santé et de services sociaux?

Je tiens à préciser, M. le Président, que, pour l'année qui vient de se terminer, les déficits autorisés totalisaient 116 millions, mais ils ont été en fait de 163 millions. Donc, quand on parle d'ajuster les bases budgétaires, d'ajouter un 125 millions, là, ça assurerait l'équilibre budgétaire si les déficits autorisés prévus se réalisent. Mais, s'ils sont dépassés, comme ça a été le cas lors de la dernière année financière, ce ne serait pas suffisant.

Mais partons de l'engagement de 125 millions qui manquait, là, pour atteindre les 300 millions promis. Est-ce que vous maintenez votre engagement d'apporter ces 125 millions, d'ajouter ça aux bases budgétaires? Et, si oui, où est-ce que vous allez trouver l'argent pour le faire, là?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bon, dans un premier temps, vous comprendrez que, quand on parle de 116 millions sur un budget de près de 28 milliards de dollars, c'est quand même un faible pourcentage. Premier élément.

Deuxième élément: l'année prochaine, on va garantir une croissance des dépenses de la santé de 5 % et également on va travailler en même temps la performance. Donc, on va voir comment ça va se dérouler, mais on espère que la performance va nous aider à rentrer à l'intérieur des enveloppes budgétaires et réussir à combler une partie du déficit.

On maintient l'engagement, sauf que le député de Marie-Victorin est très conscient qu'il y a eu une crise économique qui était importante, qui demande au gouvernement de faire attention. Et on va être prudents, parce que ce qu'on veut, c'est ne pas non plus couper pour être sûrs de combler un déficit, ça nous prend les budgets de fonctionnement. Pour ce qu'il s'agit des budgets qui pourraient venir d'ailleurs, bien, compte tenu du resserrement au niveau financier du gouvernement, je pense qu'on va être prudents.

Donc, aujourd'hui, ce que je vais dire au député de Marie-Victorin: On va maintenir l'engagement, en sachant pertinemment qu'il y a un contexte financier très difficile et qu'il est possible qu'on puisse avoir à s'ajuster par la suite. Donc, c'est vraiment un constat, là, de réalité politique et de réalité financière.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Oui. Si on prend, M. le Président, la page 40 du volume 2, c'est le tableau intitulé *Situation financière des établissements publics — Réseau de la santé et des services sociaux*, bon, c'est là qu'on voit, là, que la cible des déficits autorisés signifiée par établissement totalisait 116 millions. Finalement, juste à gauche, on voit, les résultats d'exploitation au 31 mars 2010 ont été plutôt de 162,6 millions, donc 163 millions, et on voit à droite le solde de fonds prévu au 31 mars 2010, 1,8 milliard.

Moi, ce que je comprends de ce 1,8 milliard là, c'est qu'il est... c'est le cumul des déficits autorisés et non autorisés des dernières années... enfin, oui, voilà, des dernières années. Par contre, si vous tournez la page, vous allez à la page 43, vous voyez la dette assumée par le ministère pour les établissements, en milliers, et là on voit que la dette, la dette du réseau, en bas, au 31 mars 2010, elle est à 6 milliards.

Alors, j'aimerais juste connaître la différence, là, entre cette dette de 6 milliards et l'autre de 1,8 milliard. Et je vais avoir une question évidemment, une question supplémentaire à poser.

Là, je vois que le ministre cherche ses experts. Peut-être que je peux, en attendant que M. le fonctionnaire apporte les explications... Moi, ce que je veux dire, M. le Président, à notre ministre de la Santé: Je veux bien croire, là, que 125 millions sur un budget de 29 milliards, c'est, dans vos propres mots, peu, mais en même temps, si c'était si facile que ça de le trouver, vous l'auriez ajouté déjà aux bases budgétaires. Si vous ne l'avez pas fait, c'est parce que vous n'avez pas trouvé l'argent pour le faire. Par ailleurs, si c'était si facile que ça d'éliminer les déficits autorisés, on n'aurait pas accumulé une dette de 1,8 milliard au fil des ans.

Donc, je m'inquiète un peu, moi, M. le Président, de la capacité, dans le fond, du ministre à trouver cet argent-là pour que nos hôpitaux fonctionnent en équilibre et qu'on puisse finalement tourner la page sur les déficits autorisés et s'engager dans une... je dirais, dans une nouvelle ère où on pourra dire aux établissements: Bien, écoutez, là, tout le monde doit viser l'équilibre budgétaire, parce qu'on a ajusté vos bases, vous voyez, hein, on a ajusté vos bases. Tout le monde maintenant est en équilibre. Il faut maintenant, dorénavant, à l'avenir, préconiser l'équilibre, viser des mesures de performance pour les atteindre. Et éventuellement, pour ceux et celles qui réussissent à dégager des excédents à la fin de l'année, bon, vous pourrez éventuellement les réinvestir dans des projets que vous avez au sein de votre établissement, etc. Il me semble que ce serait beaucoup plus propice à l'établissement d'une culture qui vise justement les résultats, qui vise la bonne gestion, la saine gestion.

Alors, le 125 millions, M. le ministre, je vous repose la question. Vous allez devoir nous convaincre, là, qu'effectivement, d'ici la fin de l'année financière prochaine, tout le monde va être en équilibre budgétaire, et donc que vous l'aurez trouvé.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (20 h 10) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Un, comme vous pouvez voir, sur le montant total, plus de 28 milliards de dollars, d'arriver avec un déficit de quelques dizaines de millions de dollars, c'est quand même marginal. Je pense qu'il faut vraiment le mettre dans cette perspective-là.

Également, il faut voir qu'on a... le gouvernement libéral est arrivé au pouvoir avec un sous-financement des hôpitaux qui était extrêmement marqué. Moi, j'étais dans le réseau de la santé, puis tout le monde nous disait qu'à l'époque juste un petit hôpital comme à Alma, qui est quand même un hôpital moyen, c'étaient des déficits de plus de 1 million de dollars qu'on faisait par année.

Donc, il y a eu une grande correction de la sous-budgétisation des établissements de santé, puis je vous dirais qu'on s'en va vers l'équilibre. Pour un réseau de la santé comme le nôtre, être à un 100 ou 125 millions de dollars de l'équilibre, c'est marginal et c'est quelque chose qu'on va pouvoir récupérer au cours des prochaines années.

Et, quand le député de Marie-Victorin dit: Ce n'est pas compliqué, ça doit être facile à trouver, je ferai remarquer au député de Marie-Victorin qu'on travaille dans le domaine de la santé. Et puis également, à chaque année, les hôpitaux ont des budgets, on les gère de façon serrée, mais il y a également des imprévus, dont entre autres du volume d'activité. Et juste un exemple: quand on regarde la région des Laurentides, où on doit injecter plus d'argent parce qu'il y a une augmentation au niveau démographique, ce sont des facteurs qui font qu'en fin d'année on a de la difficulté à arriver au niveau financier. Mais, encore là, ce n'est pas des déficits de 10 % et 15 %, c'est des déficits, là, ces montants-là, là, qui sont de l'ordre d'à peu près 1 % ou 1/2 de 1 %. Donc, c'est des déficits qui sont acceptables, et au cours des prochaines années on va avoir l'occasion de combler ça.

En ce qu'il s'agit... Pour ce qu'il s'agit de la dette, il y a un déficit, il y a un déficit qui est un déficit de fonctionnement accumulé, mais également le gros montant de la dette, quand vous parlez du montant de 6 milliards,

là, il y a un 4 659 000 000 \$, c'est nos immobilisations. Ce sont nos établissements de santé, là, qui ont été soit rénovés, construits et...

Une voix: ...

M. Bolduc: Ah! Le 6 milliards de dollars, ce n'est seulement que des immobilisations. Ça fait que ce n'est vraiment pas comme une dépense que comme un investissement, et notre parc immobilier compense largement la dette qui est notée aux états financiers.

Le Président (M. Kelley): Courte question.

M. Drainville: M. le Président, je n'ai jamais dit et faites-moi pas dire que 125 millions, c'est facile à trouver, là. J'ai dit tout... Je vous citais, en fait. C'est vous qui nous disiez de performance, et tout le reste. Pour le moment, vous n'avez pas réussi à l'atteindre, l'équilibre. Et, moi, je pense, c'est difficile effectivement de l'atteindre, cet équilibre-là. Et de dire aux établissements que c'est peu d'argent, finalement, sur un budget de 28 ou 29 milliards, pour un établissement, là, trouver les millions en question, c'est souvent très difficile, et ce sont de grosses sommes d'argent pour eux.

La dernière fois que vous avez réinvesti dans les bases budgétaires, c'était en 2005-2006. Depuis ce temps-là, vous attendez, je pense, le retour à l'équilibre par des mesures de performance, et tout le reste. Pour le moment, vous n'avez pas réussi à l'atteindre, l'équilibre. Et, moi, je pense, c'est difficile effectivement de l'atteindre, cet équilibre-là. Et de dire aux établissements que c'est peu d'argent, finalement, sur un budget de 28 ou 29 milliards, pour un établissement, là, trouver les millions en question, c'est souvent très difficile, et ce sont de grosses sommes d'argent pour eux.

Donc, ça... moi, je ne trouve pas ça rassurant du tout que vous disiez à vos établissements: Écoute, là, 125 millions partagés entre vous autres, là, vous allez voir, vous n'aurez pas de problème, on va régler ça d'ici un an ou deux. Ce n'est pas une réponse. Vous ne nous dites pas, dans le fond, comment vous allez y arriver, comment est-ce que vous allez faire pour atteindre l'équilibre budgétaire. Vous nous dites: Faites-vous-en pas, ça va arriver. Mais ce n'est pas une réponse, ça, M. le ministre.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Présentement, on est en train de voir à mettre des mesures de performance dans le réseau de la santé, une croissance des revenus qui va être d'environ 5 %. On va faire nos budgets pour respecter les déficits prévus, donc des autorisations budgétaires de déficit à l'intérieur des balises qui sont prévues, et par la suite on va regarder comment on peut récupérer au cours des prochaines années. Mais, comme vous venez de le dire, ce sont des montants, 125 millions, qu'on peut vivre avec actuellement et on va chercher à récupérer au cours des prochaines années. Une chose qui est certaine: on ne s'empêchera pas de donner des soins. Et on doit également avoir une certaine croissance au niveau des revenus pour compenser l'augmentation des besoins de la population.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc. On va passer à un prochain bloc, et je vais reconnaître le député de Jacques-Cartier. Oh! C'est moi.

Négociations relatives à l'Hôpital Sainte-Anne, à Sainte-Anne-de-Bellevue

Alors, ça va être au président, parce qu'avant d'être président d'une commission on est également député d'un comté qui a ses préoccupations aussi et ses projets à venir. Et l'an passé le ministre est venu dans le comté de Jacques-Cartier pour visiter l'Hôpital général Lakeshore, qui est un hôpital avec des grands défis, parce que c'est un hôpital qui date de 45 ans, qui a été construit à l'époque d'une population moins importante. Et je pense qu'il y a deux solutions sur l'horizon, surtout pour l'engorgement de la salle d'urgence que nous avons visitée ensemble à l'Hôpital Lakeshore: un, c'est les projets qui sont en développement dans le secteur de Vaudreuil-Soulanges, parce qu'il y a des besoins qui sont croissants dans ce secteur, qui peuvent être un jour vont nécessiter l'établissement d'un hôpital ou un centre de services, mais l'autre, c'est le projet de l'hôpital des anciens combattants à Sainte-Anne-de-Bellevue.

Comme vous le savez, c'est le dernier des hôpitaux qui a été, dans le réseau, construit après la Deuxième Guerre Mondiale pour les anciens combattants du Canada. Ça a été modernisé récemment par le gouvernement fédéral au coût de, je pense, 130 millions de dollars. C'est un centre d'excellence au niveau des soins gériatriques, et tout ça. Et il y a de moins en moins des anciens combattants qui sont éligibles, parce que, règle générale, c'est destiné pour les anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale et la guerre en Corée. Alors, le bassin des personnes qui peuvent être admissibles à l'hôpital sont de moins en moins.

Alors, il y a un projet à deux niveaux, si j'ai bien compris. Le premier, c'est d'aller vers une location. Il y a déjà un étage de l'hôpital qui est maintenant vide, et une des possibilités qu'il y avait, les discussions entre le ministère, l'agence et le gouvernement fédéral, c'est la location des lits sur un étage de l'hôpital à Sainte-Anne-de-Bellevue. Mais le deuxième, à moyen terme, c'est le transfert, et, je pense, le ministre fédéral des Anciens Combattants, M. Blackburn, était à Sainte-Anne-de-Bellevue récemment pour parler d'un éventuel transfert de l'hôpital au gouvernement du Québec.

Alors, si je peux avoir une certaine mise à jour, parce que, je pense, si c'est bien fait... Et j'insiste parce qu'il y a beaucoup de préoccupations dans notre communauté quant aux services offerts aux anciens combattants et leurs proches. Alors, je pense qu'il y a une très grande sensibilité pour ces personnes qui ont vu le combat dans la Deuxième Guerre mondiale, qui ont vu le combat dans la guerre de Corée. Alors, il y a des préoccupations. Il y a des programmes destinés à ces personnes. Il y a également les programmes destinés aux nouveaux anciens combattants, c'est-à-dire les personnes qui ont servi comme les gardiens de la paix en Bosnie, en Somalie, en Afghanistan, qui reviennent au Canada avec des graves problèmes de... après un grand stress comme ça, le syndrome après, le trauma. Alors, je pense qu'il y a tout un intérêt de préserver les choses qui marchent bien à cet hôpital et je pense qu'il y a un potentiel là au niveau d'un centre de services pour... gériatriques pour l'île de Montréal qui peut être très intéressant.

Alors, je ne sais pas si, le ministre, vous avez des commentaires où nous sommes rendus dans nos discussions avec le gouvernement fédéral à la fois sur la location

d'un étage mais, d'une façon peut-être plus long terme, l'acquisition de l'hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, c'est un dossier dans lequel les astres sont bien alignés, parce qu'on a des circonstances qui font qu'on pourrait avoir une entente gagnante-gagnante.

L'hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue, c'est le dernier hôpital au Canada qui appartient au gouvernement canadien pour les anciens combattants, et vous savez que les anciens combattants sont rendus à un certain âge, et c'est un type de clientèle qui est à la baisse. Donc, c'est un établissement qui a moins de clients, donc qui offrirait plus de disponibilité pour d'autres types de clientèle.

C'est intéressant également parce que, dans le secteur ouest de l'île de Montréal, il y aurait une demande également de lits de longue durée et de services pour les personnes âgées. Donc, on se retrouve avec un gouvernement qui a un hôpital qui rapidement va devenir de moins en moins occupé, puis vous avez un autre gouvernement qui a des besoins qui pourraient être réponsus d'autres façons, mais que, ça, là, on aurait une opportunité de faire une entente avec le fédéral pour être capable d'occuper les lieux.

C'est un établissement qui a été rénové à un montant quand même assez important récemment. C'est un établissement, qu'on m'a dit, moi, qui est très bien. Et également on peut, comme gouvernement, offrir des conditions gagnantes aux gens qui sont déjà là. Au niveau du fédéral, ils ont des... encore là, ils ont des anciens combattants, donc, nous autres, on doit s'engager à fournir les mêmes services et la même qualité de services, et ça, nous sommes prêts à le faire.

Il y a eu des... Il y a des discussions qui sont engagées avec le fédéral. J'ai parlé avec le ministre Jean-Pierre Blackburn il y a deux semaines, quelques jours avant son... qu'il soit allé à Sainte-Anne-de-Bellevue, et ce fut une conversation très cordiale dans laquelle les deux on s'entendait qu'il y avait lieu de discuter plus amplement et d'en arriver possiblement à une entente. Mais, encore là, c'est une entente qui doit satisfaire les deux parties, et nous sommes en train de la négocier.

● (20 h 20) ●

Mais il y a des conditions qui sont importantes. On va garantir aux anciens combattants qu'ils vont recevoir la même qualité de services. Les services externes devraient demeurer les mêmes. Et vous comprenez que, s'il y a des anciens combattants dans cet édifice-là et qu'on s'en occupe, le fédéral devrait en assumer les coûts. Et la question du personnel, qu'il faut discuter par rapport aux conditions de travail, bien, ça, je pense qu'on est capables de faire une entente, encore là, qui va satisfaire les deux parties.

Donc, c'est un très, très beau dossier. C'est un beau dossier également de collaboration fédérale-provinciale. Puis je sais que le Parti québécois, probablement, ne serait pas capable de signer ce type d'entente là, parce que, jusqu'à date, dans tous nos dossiers, on a vu qu'il faisait toujours une fin de non-recevoir au fédéral. Mais, nous, le Parti libéral du Québec, on est capables de s'entendre avec d'autres paliers de gouvernement et être capables de discuter de façon correcte, de façon à avoir une entente gagnante-gagnante.

Pour compléter ce dossier-là, on a quelqu'un qui connaît très bien le dossier, M. John Gauvreau, puis je

l'inviterais peut-être à venir donner des informations complémentaires, parce que je pense que, pour les gens qui nous écoutent, surtout les gens de l'ouest de Montréal, c'est un dossier intéressant que j'ai vu qu'il était souvent dans les médias. Donc, ça va permettre d'avoir l'heure juste par rapport à ce dossier. Et je peux vous dire que nous aimerions nous entendre avec le fédéral, mais on ne s'entendra pas à n'importe quelle condition. Et ça, M. Blackburn est parfaitement au courant. Mais, encore là, c'est un type de dossier dans lequel on peut être gagnant-gagnant.

Le Président (M. Kelley): Alors, je présume, il y a un consentement pour la participation. Alors, si vous pouvez vous... bien vous identifier pour les fins de l'enregistrement, s'il vous plaît.

M. Gauvreau (John): John Gauvreau, directeur des investissements au ministère. Alors, je pense que le Dr Bolduc a bien résumé les enjeux reliés effectivement à l'Hôpital Sainte-Anne. À toutes fins pratiques, il y a 446 chambres actuellement dans l'Hôpital Sainte-Anne, qui a fait l'objet de rénovations très significatives ces dernières années. On parle de plus de 1 100 employés.

Donc, à travers ces échanges-là, les travaux préparatoires, actuellement, se font au niveau administratif pour dégager tous les enjeux reliés à ça, entre autres les ressources humaines, les conventions collectives, les installations physiques, l'état des lieux, la disponibilité. Et on est donc dans la phase préparatoire qui va mener à la négociation, donc on est en train de faire le tour de l'univers du dossier et, en fait, de trois grands enjeux: l'admission des civils, donc c'est l'admissibilité de civils dans l'hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue, qui pourrait être plus ou moins à court terme; le transfert de l'hôpital comme tel, donc le transfert de juridiction et de la propriété comme telle de l'hôpital; et le troisième enjeu, c'est la transition. C'est que, dans la mesure où le nombre d'anciens combattants, selon les estimations du fédéral, va décroître de façon importante dans les 10 prochaines années, il y a donc un genre de transfert, de transition à faire entre deux clientèles, une clientèle d'anciens combattants qui habite les lieux historiquement et une clientèle de civils qui va venir prendre place. Ce sont les trois grands axes, actuellement, qui sont considérés dans le cadre des échanges avec le ministère des Anciens Combattants et l'Hôpital Sainte-Anne.

Le Président (M. Kelley): Je vous remercie beaucoup pour cette mise à jour, parce que, je pense, c'est très important effectivement, mais il y a beaucoup d'inquiétude dans la communauté des anciens combattants. Alors, je veux souligner ça. Et, moi, je peux témoigner. Je suis à l'hôpital le 11 novembre chaque année, alors je peux... je rencontre les patients, les personnes qui travaillent là.

Et je veux souligner aussi les liens très importants entre l'hôpital et la communauté de Sainte-Anne-de-Bellevue. Mes enfants sont allés au cégep John-Abbott, et il y a beaucoup de liens. Mes enfants ont agi comme bénévoles. Il y a des cours d'anglais. Alors, on garde un certain journal, aller rencontrer les anciens combattants et leurs souvenirs de leur passé. Alors, c'est très important.

Et, dans votre liste d'enjeux, il y a l'impact sur la ville de Sainte-Anne-de-Bellevue, parce qu'au niveau de la taxation, et tout ça, je dois... Le maire de Sainte-Anne-de-Bellevue, à maintes reprises, a soulevé cette

question. Alors, sur la liste des préoccupations pour s'assurer une transition qui est la plus harmonieuse possible, je veux souligner, l'impact sur la taxe foncière de la ville de Sainte-Anne-de-Bellevue est une autre préoccupation.

Mais, si c'est bien fait... Et, je pense, juste en conclusion, l'ajout des civils, la chose qui est très importante: il y a beaucoup d'expertise qui est là, et, si on n'a pas la masse critique des patients, on risque de perdre la masse critique d'expertise gériatrique. Et, je pense, ce serait une perte pour la société québécoise, parce qu'il y a beaucoup de choses intéressantes au niveau des programmes pour la démence, pour l'Alzheimer et d'autres facteurs. Alors, si on peut garder ça ensemble, je pense, la société québécoise dans son ensemble sort gagnante.

Alors, merci beaucoup pour cette préoccupation qui est un dossier qui est important pour le président de cette commission. M. le député de Lévis.

M. Lehoullier: Merci beaucoup. Merci beaucoup, M. le Président. Donc, moi, cet après-midi, donc je n'ai pu être ici, aux crédits, puisque j'ai participé aux crédits sur les aînés avec la ministre responsable des Aînés. Mais, M. le Président, je tiens à souligner un certain nombre d'éléments de cette commission sur les crédits qu'on a étudiés cet après-midi, sur les aînés, où d'abord il y a eu une augmentation des crédits de 30 %. Mais ce qui est intéressant, c'est vraiment la stratégie gouvernementale en faveur des aînés qui a été présentée là. Et j'y ai trouvé des choses assez impressionnantes qui démontrent que la concertation entre les ministères, elle est maintenant très forte. Et il se fait beaucoup d'actions sur le terrain, parce qu'on a dit tout à l'heure que ce qui fait que le gouvernement augmentait de 5 % les revenus au niveau de la santé, c'est: on a une évolution démographique qui fait en sorte que, les soins de santé, il y a une pression sur les soins de santé, évidemment.

Donc, ce qu'on y a appris, c'est que les investissements totaux auprès des aînés... Puis le gouvernement, sa stratégie est simple: améliorer le revenu disponible des aînés, favoriser leur maintien à domicile — puis c'est sur ce point-là que je veux juste informer les gens ici sur les choses intéressantes que j'ai entendues de ce point de vue là, qui touchent le secteur de la santé — et mieux soutenir les aidants naturels.

Donc, ce qui a été fort intéressant, dans un premier temps, c'est que, cette année — la ministre a vraiment insisté beaucoup là-dessus — c'est tout le crédit d'impôt et l'allègement quant au volet des soins infirmiers et du service d'entretien ménager, donc les soins infirmiers à domicile, qui permettent de faire passer ces crédits d'impôt, tenez-vous bien, là, au niveau du crédit d'impôt... Et là on est vraiment rendus dans l'action sur le terrain en prévention, là. C'était de 60 millions en 2003, et c'est à 250 millions aujourd'hui, juste les crédits d'impôt pour les soins à domicile. Et ce que j'ai trouvé extraordinaire dans ce volet-là des crédits d'impôt pour le maintien des gens à domicile, c'est que ça comprend l'aide à la personne, l'entretien ménager, les services d'une infirmière et même la préparation des repas.

Alors, en 2009, le crédit, ce crédit-là, là, a touché 150 000 ménages. Quand vous avez parlé dans votre introduction, M. le ministre... Quand le ministre a parlé dans son introduction qu'il fallait trouver des formules, bien, ça, c'en est une au niveau de la prévention. 150 000 ménages

profitent de ça. Pourquoi? Parce que les clichés sur les aînés qu'on entend, là, des fois, ils ne sont pas tout à fait à jour aujourd'hui, puis on se rend compte qu'au niveau, par exemple, des retraités il n'y a seulement que 6 % des personnes âgées de 65 ans et plus qui ont vraiment besoin d'aide pour leurs soins personnels et autres. Les autres sont autonomes à la maison et si pour le moins on les aide un petit peu...

Alors donc, ce crédit d'impôt là, comme je le disais, a aidé 150 000 ménages, et, au fond, ce que le gouvernement vient faire en 2010 et 2011, O.K., pour assouplir les règles... Parce que les exigences qu'il avait avant, ça ne posait pas de difficulté pour les grandes résidences de personnes âgées, mais ça posait des difficultés pour les petites résidences. Et là ce qui est ajouté pour 2010-2011, qui a un impact directement sur les soins de santé, c'est que, pour les règles d'admissibilité de ces services-là, comme je l'ai dit, qui sont passés de 60 à 250 millions, maintenant on assouplit les règles minimales. Donc, aujourd'hui, c'est un minimum de trois heures par jour qui va être requis pour les services de soins infirmiers. Avant, c'était sept heures par jour. On a... Un minimum d'une fois aux deux semaines sera demandé pour les services d'entretien ménager. Avant, c'était une fois par semaine. Alors ça, juste cette bonification-là en 2010-2011, c'est 12 000 personnes de plus qui vont bénéficier de services de soins infirmiers. Bien, c'est quand même quelque chose d'assez exceptionnel.

L'autre élément, c'est en regard du Soutien aux initiatives visant le respect des aînés, où, sur une période de cinq ans, on a fait passer... on a eu une augmentation de 16 millions de dollars pour ce programme-là. Et ce programme-là, là, ce que ça vise, là, c'est simple, c'est: adoption et maintien de modes de vie sains chez les personnes âgées, lutte contre les abus et la maltraitance, prévention du suicide, isolement des personnes âgées, soutien aux proches aidants.

Alors, on voit quand même, moi, sur les crédits que j'ai assisté cet après-midi, toute la prévention qui se fait dans le milieu maintenant et les sommes d'argent, grâce à la concertation des ministères, qui sont maintenant injectées sur le terrain. Alors, le... Ce budget-là de 10 millions pour le Soutien aux initiatives visant le respect des aînés, bien, encore là, tu sais, quand on regarde ce qui se passait avant 2003, c'était 1 million par année. Ça donne une idée qu'on a drôlement amélioré la prévention sur le terrain en ce qui concerne les services de santé.

● (20 h 30) ●

Je voulais quand même signaler ça, parce que c'est quand même des choses extrêmement importantes quand on considère également qu'il y a toute la bonification du crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée, 585 millions sur cinq ans; le fonds de 200 millions de dollars pour le développement des services de répit. On a également l'amélioration de l'offre de services pour 400 millions sur cinq ans. Alors, on a — tantôt j'en ai parlé — ce que je viens de parler, une bonification du crédit d'impôt puis la bonification de soutien aux initiatives locales visant le respect des aînés. Alors, je veux juste souligner, M. le Président, que voilà des mesures qui font en sorte que maintenant on agit non seulement dans les centres, dans les institutions, mais on agit maintenant de plus en plus sur le terrain, et ça, c'est 2,4 milliards de dollars en cinq ans. C'est du jamais-vu comme stratégie d'action en faveur des aînés. Il n'y a pas un gouvernement qui est

allé aussi loin dans cet accompagnement-là qui a des effets exceptionnels sur la santé.

Mais, encore là, cet après-midi, au niveau de l'opposition, on nous ramenait toujours la même affaire: contribution santé. Et là on dit: C'est injuste, etc., mais, encore là, on oublie de dire qu'il y a 1,4 million de contribuables qui sont exemptés de cette contribution santé là. On oublie également de dire qu'il y a près de 40 % des gens qui ne paient pas d'impôt au Québec et qu'en conséquence... et on oublie de dire également que c'est presque un copier-coller de l'assurance médicaments qui a été implantée à l'époque par le Parti québécois. Donc, je pense qu'à un moment donné, si on veut maintenir des soins de santé adéquats, il faut regarder ça de près.

Application de la méthode Toyota au domaine de la santé (suite)

Mais, moi, ma question, M. le ministre, touchait les urgences. Au fond, je regardais les statistiques au niveau du volume et de la nature des soins en urgence, parce que, des fois, encore là, on a tendance à vouloir monter en épingle les urgences, puis là on sort quelques cas, mais il faut rappeler un chiffre au niveau des urgences: on parle... à moins que j'aie mal lu, là, mais on parle de visites, là, de 3 795 044 visites dans nos urgences l'an dernier. C'est bien... Est-ce que ce chiffre-là est exact, monsieur...

M. Bolduc: Oui.

M. Lehouillier: Oui. Alors, c'est quand même exceptionnel. Et ma question, M. le ministre, à cet égard-là... Parce que là ça fait du volume pas à peu près. Et, moi, je reste étonné, quand je vois ces chiffres-là, de voir, malgré tout ce qu'on peut entendre, malgré tout ce qu'on peut entendre, de voir quand même qu'on réussit à offrir un certain service. Mais on parle souvent de l'organisation du travail dans ce secteur-là, des urgences, comme un facteur déterminant dans la gestion de durée des séjours. Est-ce que le ministre, M. le Président — je m'adresse à la présidence, n'est-ce pas — pourrait nous expliquer comment la méthode Lean en particulier contribue à réduire le temps d'attente dans les salles d'urgence? Comment on peut y contribuer? Parce que ça, c'est un des enjeux majeurs, parce que, là, à 3,8 millions, c'est quelque chose.

Le Président (M. Kelley): Une courte réponse d'une couple de minutes, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. Bien, merci, M. le Président. Un, c'est réel, il y a 10 000 visites par jour dans les urgences au Québec, dont 4 000 visites que les patients vont être mis sur civières. Donc, c'est vraiment, vraiment très significatif comme nombre.

La méthode Lean, c'est une méthode qui se fait avec les gens sur le terrain. Et, si on prend l'exemple du CSS de Trois-Rivières, qui a fait la conférence de presse la semaine dernière, où ils ont augmenté beaucoup l'accessibilité des services...

Une voix: ...

M. Bolduc: M. le Président, il y a de la distraction.

Le Président (M. Kelley): La parole est au ministre, s'il vous plaît.

M. Bolduc: S'il vous plaît, est-ce que vous pourriez ramener à l'ordre le député de Marie-Victorin?

M. Drainville: La question a été posée tout à l'heure, la même question, mais le préambule, cette fois-ci, était nettement meilleur.

M. Bolduc: O.K.

Le Président (M. Kelley): En tout cas, on va laisser le ministre compléter sa réponse, et, après ça, on va aller à ma gauche.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Ça fait que la méthode Lean, c'est les gens sur le terrain qui, avec des gens qui connaissent la méthode, vont faire l'évaluation de chacun des processus et puis ils vont regarder c'est quoi, la meilleure façon qu'on a, au niveau de la trajectoire des clients, pour s'assurer que le patient reste le moins longtemps possible sur civière. Également, la méthode va viser à ce que, quand un patient est déclaré admis, on aille libérer des lits à l'étage. Ça va nous permettre également d'évaluer les ressources nécessaires pour être capables de sortir des patients de l'hospitalisation, être capables de mesurer la durée moyenne de séjour.

Mais l'intérêt de la méthode Lean, c'est tout simplement que c'est fait avec les gens sur le terrain. Et, en utilisant des méthodes qui évaluent les processus, ça nous permet de diminuer le temps de travail, ça nous permet d'augmenter la productivité. En général, on dit qu'on va aller chercher à peu près entre 20 % et 30 % de productivité. Et, comme de fait, le projet du CSS de Trois-Rivières, quand ils ont mesuré leurs résultats, ils ont amélioré, je crois, entre 20 % et 25 % les résultats qu'ils avaient auparavant. À la fin du projet, on a des meilleurs résultats, souvent la charge de travail est diminuée, et, un des éléments importants, on a éliminé la majorité ou la presque totalité de tout ce que l'on fait qui est inutile. Et c'est là qu'on a le plus de gains à faire. Mais c'est une méthode structurée qui est utilisée par les grandes compagnies et puis... D'ailleurs, c'est étonnant que le député de Marie-Victorin, après deux ans, nous ramène encore... et se moque de la méthode, parce que partout dans les grandes organisations, c'est la méthode qui est utilisée.

On a des gens qui sont venus de Harvard donner des conférences à Montréal sur la méthode Lean. Vous allez en Europe, c'est la méthode Lean Healthcare qui est utilisée. Des places comme le Kaiser Permanente, le Cleveland Clinic, le Mayo, quand ils veulent améliorer les processus, c'est la méthode Lean qu'ils utilisent, puis il y a des livres là-dessus, puis j'en ai d'ailleurs déjà donné des copies d'articles au député de Marie-Victorin pour lui montrer que ce qu'on doit utiliser, c'est cette méthode. Mais peut-être qu'un jour il va se convaincre, et puis il va voir la lumière, et puis il va comprendre que, pour que le réseau de la santé s'améliore et qu'on aille chercher de la productivité, ça nous prend des méthodes modernes de gestion dont, entre autres, la méthode Lean Healthcare.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Marie-Victorin.

Assurance qualité des tests de pathologie

M. Drainville: Merci, M. le Président. On va parler, encore une fois, de plusieurs sujets. Allons-y d'abord avec le programme d'assurance qualité en matière de pathologie pour le cancer du sein, M. le Président. On sait que le ministre a annoncé un plan d'action ministériel qui vise à mettre en place un programme d'assurance qualité en matière de pathologie. Et, dans le fond, je ne veux pas qu'on s'étende trop là-dessus parce que j'ai quatre ou cinq sujets différents à couvrir dans ce dernier bloc de 20 minutes, là.

Est-ce que d'abord le ministre peut nous dire si, dans les laboratoires québécois existants où on fait des tests pour le cancer du sein, là, actuellement... Est-ce qu'il y a des tests de contrôle de la qualité, externes, qui sont réalisés dans tous ces laboratoires actuellement?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: M. le Président, nous sommes chanceux, nous avons l'expert au Québec de tout ce système-là, qui est le Dr Antoine Loutfi, qui est le directeur au niveau de la Direction du cancer du ministère, puis je lui demanderais de se joindre à nous pour pouvoir répondre aux questions très pointues du député de Marie-Victorin.

Le Président (M. Kelley): Y a-t-il consentement? Consentement. Alors, mon discours habituel: si vous pouvez prendre place et bien vous identifier pour les fins de l'enregistrement, s'il vous plaît.

M. Loutfi (Antoine): Bonjour. Antoine Loutfi, je suis directeur de la Direction de lutte contre le cancer et je suis chirurgien oncologue.

Alors, la réponse à la question: depuis qu'il y a eu la sortie sur les événements de pathologie, il y a eu une circulaire, vous êtes au courant, qui a été envoyée à tous les laboratoires de pathologie, qui sont obligés d'avoir un contrôle externe, et le contrôle externe se fait. Alors, on a même des résultats qui démontrent qu'il y a... Les laboratoires qui ont passé... La plupart des laboratoires de pathologie ont passé au moins deux tests de contrôle externe. Le contrôle externe se fait sur une période déterminée, mais on a fait une... on a demandé un contrôle externe accéléré. Au lieu de faire ça à tous les six mois, il y a eu une période... Dès que le ministre a demandé ça comme exigence, ça a été fait, puis ça a été fait dans un laboratoire canadien qui est... qui s'appelle le CQIC qui est un laboratoire de référence en Saskatchewan.

M. Drainville: Ça répond à ma question, M. le Président. Procréation assistée...

Le Président (M. Kelley): M. le député.

Procréation assistée (suite)

M. Drainville: Merci beaucoup. Merci. Procréation assistée. Bon. On sait que la gratuité a été... enfin, le gouvernement s'est engagé à donner la gratuité pour la fécondation in vitro d'ici la fin du printemps 2010. Là, il y a beaucoup de couples qui attendent après ça. Il y en a un certain nombre qui ont retardé leur traitement de procréation assistée dans l'espoir, justement, de pouvoir bénéficier de la gratuité.

Le ministre nous a dit que l'accès aux services, à cette gratuité, allait se faire de façon progressive. Est-ce que je peux demander au ministre de nous dire comment est-ce qu'il va prioriser les couples infertiles qui sont en attente de ces traitements? Est-ce qu'il va commencer par ceux qui étaient sur la liste d'attente l'an dernier? Comment est-ce qu'il va s'y prendre?

Parce que, moi, j'anticipe beaucoup, beaucoup de frustrations de la part de certains de ces couples-là qui attendent déjà depuis un certain temps et qui risquent de se faire dire: Écoute, ce n'est pas ton tour cette année, parce qu'on ne peut pas offrir le service à tout le monde dès cette année. Ça va se faire seulement sur un certain nombre d'années. Alors, la réponse à ces couples-là, M. le ministre, s'il vous plaît.

● (20 h 40) ●

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Dans un premier temps, la gratuité ne sera pas progressive. À partir du moment que la gratuité va être installée, ça va être installé pour tous les... le continuum de services au niveau de l'infertilité et de la procréation assistée.

Ce qui est progressif, c'est l'offre de services, où actuellement on a quelques cliniques privées puis on a le Royal Victoria qui font de la procréation assistée, et c'est certain que le service va se développer au fur et à mesure qu'on va avoir l'offre.

Et, vous avez raison, le jour un, nous avons l'accumulation de toutes ces années où est-ce qu'il y a des couples qui auraient voulu puis qui n'avaient pas les moyens. Et, depuis l'année dernière, il y en a qui ont retardé en sachant que ça va être payé. Donc, on s'attend, la première journée, qu'il va y avoir plus de demandes qu'on a d'offres de services et on en est conscients, mais il faut commencer un jour, et puis on met en place, je pense, le plus beau programme qu'on peut mettre en termes de procréation assistée, et les gens vont l'apprécier.

En ce qui concerne la priorisation, c'est qu'on a un comité d'experts qui se réunit pour établir des critères, mais la finalité, ça va être le médecin clinicien qui va établir la priorité pour les cas qu'il va voir.

Et là je veux bien me faire comprendre. Si vous avez quelqu'un que son potentiel d'avoir un enfant n'est que de trois ou quatre ans, exemple, un couple dont la mère ou la... la femme aurait 43, 44 ans versus un couple où la personne a 25 ans, c'est possible que le médecin décide de prioriser la première versus la deuxième.

Il n'y aura pas de règle, il n'y aura pas de règle de... fixe. On imagine que, pour deux couples similaires ou trois couples similaires, la date va être le critère de priorisation, c'est-à-dire la date de la demande, mais on va laisser aux cliniciens de faire leurs propres critères. Ce que l'on veut, c'est que ce soit équitable et que ce soit basé sur des critères objectifs qui permettent à la plus grande... à la majorité des couples de pouvoir avoir un enfant.

Et, comme je vous dis, je pense que vous comprenez très bien, monsieur... M. le Président, le député de Marie-Victorin comprend très bien qu'il doit y avoir une certaine priorisation, mais, à la fin, pour des couples similaires, on s'imagine que ça va être la date de la demande qui va servir de critère.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Et le service va être offert à Montréal, il l'est déjà. Il va être développé évidemment à Montréal à cause de la présence, notamment, des hôpitaux universitaires. Vous avez l'intention de le développer également à Québec?

M. Bolduc: Bien, progressivement. Ça, c'est l'offre de services qui va se développer progressivement. Il va y avoir des services qui devraient se développer dans la région de Québec. Possiblement qu'il y a un potentiel également à Sherbrooke. On va voir également s'il y a des cliniques privées qui vont vouloir offrir le service, comme nous avons à Montréal. Et puis également les centres universitaires qui sont intéressés à le développer. Mais ça, ça va être un plan de déploiement au niveau des cliniques d'infertilité.

Par contre, dans toutes les régions, on va avoir un développement du traitement de l'infertilité. Un exemple, à Val-d'Or, vous avez déjà une clinique d'infertilité, bon, ils vont peut-être... probablement offrir plus de services qu'il y en avait auparavant, sauf que, lorsqu'arrive la technique de procréation assistée, ils vont devoir aller dans un centre spécialisé.

M. Drainville: O.K. En terminant, à McGill, si je ne m'abuse, au Royal Vic, il y a des frais actuellement pour les couples, pour les femmes qui se font traiter. Est-ce à dire, là, qu'à partir du jour où, c'est-à-dire dans les prochaines semaines, là, le traitement sera gratuit sans contribution additionnelle de la part des femmes, des couples?

M. Bolduc: Oui. McGill avait une situation particulière parce que McGill fait de la recherche en procréation assistée. Ça fait qu'eux autres ils avaient une forme d'entente avec l'établissement dans lequel ils pouvaient faire de la procréation assistée, mais ils devaient charger aux patientes parce que ce n'était pas un service assuré publiquement. À partir du moment que le paiement devient gratuit au Québec, et c'est comme la clinique privée, ils vont devoir offrir le service gratuitement et continuer naturellement à faire de la recherche.

À McGill, également, on a fait l'annonce d'un projet d'amélioration des espaces, pour 2 millions de dollars, qui va leur permettre de faire beaucoup plus de cas de procréation assistée. Et ici on a un phénomène intéressant où on va avoir un développement puis une complémentarité entre le public et le privé, et, dans ce cas-ci, ce n'est pas le privé qui a eu du développement, ça a vraiment été au niveau du public.

Entrée en vigueur de la Loi facilitant les dons d'organes

M. Drainville: O.K. Don d'organes. Qu'est-ce que vous attendez, M. le ministre, pour déposer, dis-je bien, les amendements qui vont nous permettre de mettre en vigueur la loi Cusano — pour les gens, qui nous écoutent, c'est une loi qui doit faciliter le don d'organes, qui doit mener à la création d'une sorte de banque de données, dans le fond, beaucoup plus fonctionnelle, dans le fond, que le système qui existe présentement — qui va permettre, entre autres aux professionnels de la santé, en particulier aux médecins, de savoir beaucoup plus rapidement, beaucoup plus efficacement si la personne a donné son consentement pour le prélèvement de tissus ou d'organes?

Et là c'est un enjeu sur lequel on n'a jamais fait de politique, puis je ne tiens pas à ce qu'on commence à en faire ce soir, mais il n'en demeure pas moins que, l'automne dernier, si je ne m'abuse, au mois de septembre dernier, j'avais eu une rencontre avec les gens de votre cabinet qui m'avaient dit: Écoutez, on ne peut pas mettre en vigueur Cusano, la loi Cusano, sans apporter des changements législatifs. Et l'engagement qui avait été pris à ce moment-là, c'est que les amendements allaient être déposés dans les semaines qui allaient suivre. Et, malheureusement, les amendements ne sont toujours pas déposés, la loi n'est toujours pas en vigueur, et on a toujours plus de 1 200 personnes au Québec qui sont en attente d'un organe ou d'un tissu, et, dans certains cas, c'est une question de vie ou de mort, littéralement.

Alors, est-ce qu'il est possible, pour le ministre, M. le Président, de nous dire quand les amendements vont être déposés? Et je lui ai déjà dit et je lui redis ce soir que nous avons l'intention de collaborer, bien entendu, pour que ce projet de loi — ou une variante du projet de loi — soit appliqué le plus rapidement possible.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Dans le dossier des dons d'organes, ce qui retarde un peu le projet, c'est que nous avons rencontré différents intervenants, et, en plus du projet de loi, il y a des mesures à mettre en place pour améliorer la récupération des organes au Québec, et il y a certaines problématiques qu'il nous faut régler. Donc, ça nous prend un plan général. Je vais rassurer le député de Marie-Victorin puis également j'apprécie sa collaboration. Comme de fait, il n'y a pas eu de politique de faite dans ce dossier. On partage le même objectif: que le plus rapidement possible on puisse mettre en oeuvre une loi qui va nous donner de l'efficacité quant au fait de recueillir des organes, et également qu'on puisse faire la transplantation le plus rapidement possible.

L'élément important également, c'est que le registre est coordonné par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il y avait du travail informatique à faire, et ça, je peux le rassurer, ça, c'est fait aussi. On est rendus vraiment à l'étape finale où on étre un peu, parce qu'on veut vraiment avoir un projet qui est bien ficelé, qui est bien organisé. Le délai qu'on a actuellement, on va le gagner par la suite en termes d'efficacité au niveau du programme. Parce que la loi, oui, en faisant mettre en place un registre... Le registre, on n'a pas attendu que la loi soit passée pour le développer.

Et je vous dirais, là, qu'on va avoir l'occasion de s'en reparler et j'apprécierais qu'on ait une collaboration, puis je pense que ça devrait aller assez vite, dès qu'on va déposer le projet de loi qui... De toute façon, même si on voulait, on ne pourrait pas l'appliquer avant l'automne à cause justement de la question technologique et la mise en place des différentes mesures qu'on veut faire. Et puis, là-dessus, j'apprécie la collaboration et je vous assure qu'on essaie d'aller le plus rapidement possible. Et, moi également aussi, je déplore le délai, mais c'est des délais qui se situent au niveau technique.

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: M. le Président, moi, je veux bien collaborer, mais, à un moment donné, c'est les parents

des enfants, notamment, qui attendent, qui nous appellent, puis, là, moi, tu sais, à un moment donné, il y a une limite à ce que... il y a une limite à la patience qu'on peut montrer et surtout envers eux, là. Tu sais, à un moment donné, ils nous disent: Bien là, on ne vous entend pas là-dessus. Vous attendez quoi pour intervenir? Alors là, on est comme pas mal au bout de notre période d'attente, là. Tu sais, il faut, à un moment donné, qu'il arrive quelque chose. Ça ne fait pas seulement quelques semaines, là, ça fait plus de six mois, dans le fond, là, qu'on attend, là.

Et est-ce que je peux au moins avoir un engagement formel de votre part, ce soir, M. le ministre, que le projet, là, d'amendement, là, va être déposé dans les prochaines semaines?

M. Bolduc: On ne peut pas faire d'engagement. On va chercher à le faire dans ce sens-là. Mais, si vous parlez de prochaines semaines, fin du printemps...

M. Drainville: C'est parce que, si vous voulez qu'il soit... si vous voulez que le système fonctionne à l'automne, il faut procéder, là.

● (20 h 50) ●

M. Bolduc: Oui. Bien, c'est pour ça, moi, que je vous proposerais... Soit qu'on va le déposer fin printemps ou très tôt à l'automne. Parce que de toute façon il va falloir l'adopter. Mais, compte tenu qu'on sait que ça va pouvoir se faire rapidement, moi, je vous proposerais une fenêtre, là, fin printemps, début automne.

M. Drainville: S'il n'est pas déposé avant la mi-mai, on ne peut pas l'adopter avant la fin juin, là, avant l'ajournement, là.

M. Bolduc: C'est pour ça que je vous dis qu'on a cette fenêtre-là, là, c'est fin printemps, début de l'automne. Parce qu'il y a plusieurs mesures qui viennent avec. Sans rentrer dans les détails, il faut vraiment bien ficeler et le projet de loi et les mesures qui l'accompagnent. Et, quand on va déposer, vous allez comprendre pourquoi qu'on a fait ça.

M. Drainville: On ne parle pas d'un omnibus qui va traiter de plusieurs choses, là, on parle d'un projet de loi qui va porter sur le don d'organes.

M. Bolduc: Spécifiquement sur le don d'organes pour s'assurer qu'on puisse le passer le plus rapidement possible. Mais, quand on va déposer, vous allez comprendre pourquoi ça prenait plus de temps, puis les mesures également qui accompagnent le projet de loi.

M. Drainville: O.K. Il me reste quelques minutes, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Cinq minutes.

Maladies rares et orphelines

M. Drainville: Il me reste cinq minutes. Les maladies rares et orphelines, M. le ministre. J'ai rencontré les gens de l'Association de la neurofibromatose du Québec. Je ne sais pas si c'est une maladie que vous connaissez, là.

M. Bolduc: Oui.

M. Drainville: Ce n'est pas drôle, là. C'est tragique pour les gens qui en sont atteints, là. Je vais juste citer, M. le Président, la lettre qu'ils m'ont fait parvenir après la rencontre que j'ai eue avec eux, où ils me parlent de cette maladie, ils me synthétisent, dans le fond, l'état qu'ils vivent, et... Alors, je cite la lettre:

«Il y a des cas où des neurofibromes peuvent devenir problématiques. Des tumeurs habituellement bénignes peuvent apparaître sur le corps ou de façon interne le long du trajet des nerfs. Certaines personnes peuvent en avoir quelques-unes seulement, alors que d'autres en ont plusieurs. Ces dernières peuvent occasionner du rejet face au regard des autres. Elles peuvent causer des défigurements, de la douleur, du rejet, une pauvre estime de soi. Malheureusement, lors des chirurgies, les dermatologues se trouvent contraints de n'en enlever que trois ou quatre à la fois, ce qui occasionne de multiples déplacements et désagréments pour le patient. Puisque ces chirurgies sont souvent reconnues comme esthétiques, elles ne sont pas couvertes par le régime public d'assurance maladie. Il serait donc impératif de revoir à la hausse le nombre de fibromes pouvant être enlevés lors d'une chirurgie.

«Un autre problème fréquent est celui de la prise en charge pour l'examen ophtalmologique, lors d'un diagnostic de gliome optique, une tumeur du nerf optique...» Alors là, ils nous parlent des rencontres avec les ophtalmologistes.

Et il y a également le trouble d'apprentissage... les troubles d'apprentissage des enfants atteints de neurofibromatose de type I, qui sont très importants. À l'heure actuelle, une seule orthopédagogue travaille avec les enfants ayant la neurofibromatose pour tout le Québec.

Je ne veux pas nécessairement, M. le Président, que le ministre me réponde spécifiquement sur la neurofibromatose. Moi, je m'étais engagé auprès des gens à soulever leur cas auprès de vous. Ils sont 2 000 à 3 000 au Québec. Mais, si vous avez des commentaires à faire, bien sûr qu'on va les accueillir, et les gens vont pouvoir les relire, et je suis sûr qu'ils vont être très heureux de vous entendre, là. Mais il y a beaucoup de maladies comme ça, M. le Président, qui touchent quelques milliers de personnes. C'est ces maladies qu'on appelle les maladies rares et orphelines. Et, en France, ils ont adopté un plan national sur les maladies rares et orphelines.

Et, dans le fond, la question que je voulais vous soumettre, M. le ministre, c'est: Est-ce que vous avez une réflexion là-dessus? Et est-ce qu'éventuellement il y aura une sorte de cadre pour ces maladies qui touchent quelques milliers de personnes? Il y en a plusieurs, là, vous les connaissez de toute façon. Et je sais que ce n'est pas simple, et c'est évident que c'est coûteux, c'est très coûteux, parce que ce sont des... c'est quelques milliers de personnes. Mais, pour ces personnes-là, lorsqu'elles viennent vous voir dans votre bureau de comté, là, qu'elles viennent vous rencontrer, pour elles, là, cette maladie-là, ce n'est pas la maladie d'un petit nombre, ce n'est pas une maladie marginale, c'est une maladie qui occupe dans certains cas tout leur quotidien. Et elles ont... Ces personnes-là ont le goût de savoir qu'elles comptent, qu'elles ont droit à une sorte de traitement équitable, et qu'il y a une place pour elles dans la gamme des services de santé au Québec.

Alors, je vous pose la question très ouvertement. Je suis bien curieux de vous entendre là-dessus. C'est plus un dialogue que je veux avoir avec vous là-dessus qu'une annonce ou une intention ministérielle, là.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. Oui, puis on s'entend très bien. Je vais vous parler comme médecin. Il y a des maladies au Québec qui sont très rares, puis je peux vous dire qu'il y a des maladies... ce n'est même pas quelques milliers de personnes, c'est quelques dizaines de personnes qui en souffrent. C'est des maladies qui souvent... il y a moins de recherches parce que développer des produits pour ces maladies-là, ce n'est pas payant. Il existe d'ailleurs des fondations aux États-Unis puis un programme spécial avec le NIH, ou ce qu'on appelle les recherches pour les maladies orphelines, c'est des projets spéciaux dans lesquels ils vont injecter de l'argent pour la recherche parce qu'il n'y a jamais une compagnie pharmaceutique qui va vouloir la faire.

Même s'il y a juste quelques personnes, on ne parle même pas de quelques milliers, quelques personnes, tout citoyen du Québec a le droit de recevoir des soins en fonction de sa pathologie particulière. Mais ce n'est pas parce que vous êtes le seul au Québec à souffrir d'une maladie qu'on devrait vous négliger. Et on doit vous offrir les meilleurs soins disponibles, comme toute autre maladie, quel que soit le nombre de personnes qui en souffrent au Québec. Ça, c'est un principe de base pour moi.

Et, comme de fait, au niveau de... souvent, ces gens-là ont besoin de soins, comme au niveau de... et de médicaments. La Régie de l'assurance maladie a des conditions particulières qu'ils traitent, qu'on appelle les médicaments... avec les médicaments d'exception, il y a des conditions d'exception que... Si médicalement un traitement est requis, on peut faire une exception et l'offrir.

Également, on parlait tantôt de la neurofibromatose, c'est de von Recklinghausen, c'est une maladie très particulière. Et c'est impressionnant parce qu'il y a des gens qui ont quelques neurofibromes, il y en a qui en ont sur la grandeur du corps. On pourrait avoir, dans les mesures d'exception, des façons de les traiter. Exemple, souvent, pour eux autres, ce n'est pas esthétique, c'est plus fonctionnel. Donc, c'est le type de cas qu'on est prêts à regarder. Donc, pour chaque maladie particulière, il faut voir qu'est-ce qui peut être fait, et on doit développer des conditions particulières.

Il y a plusieurs maladies également que ce n'est pas prévu dans la loi, et que, nous autres, on va offrir un montant discrétionnaire pour aider dans certains cas. C'est à ça que sert notre discrétionnaire, c'est-à-dire d'aider des conditions particulières qui ne sont pas prévues dans le programme général.

Et puis, également, au niveau de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ils sont en train de revoir, pour ce type de maladie, un cadre qui serait plus général, avec des critères un peu différents, de façon à s'assurer, comme je vous avais dit, le principe que chaque citoyen qui souffre d'une maladie très particulière, qui est plus rare, à ce moment-là, puisse regarder, là, pour avoir les soins nécessaires. Mais, pour vous rassurer, les maladies très rares sont quand même prises en charge par le système de santé, sauf qu'il y a des cas particuliers, comme vous venez de dire, où pour un cas très, très, très particulier on va vraiment avoir une stratégie particulière.

En passant, des maladies orphelines, il y en a des milliers. Et souvent les gens ne sont pas pris en charge parce qu'ils sont peu, ils ne sont souvent même pas assez pour développer un groupe d'intérêts, mais il faut y apporter

une attention particulière. Tantôt, je vous disais que c'étaient la RAMQ et le Conseil du médicament qui sont en train de regarder le cadre dans lequel on pourrait fonctionner pour les maladies rares. Et, là-dessus, si vous me permettez, je rappelle qu'un citoyen au Québec, même s'il a une maladie très rare, est en droit de recevoir les meilleurs soins. C'est pour ça qu'on a un régime d'assurance publique.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je suis prêt à commencer un cinquième bloc et à céder la parole au député de Lévis.

M. Lehouillier: Oui. Merci. Merci beaucoup, M. le Président. C'est que, tout à l'heure, je parlais de la contribution santé, qu'il y a 1,4 million de contribuables, M. le Président, qui vont être épargnés, qui vont être exemptés, finalement. Mais également, pour maintenir notre filet social, il faut quand même dire qu'on a haussé le crédit d'impôt pour la solidarité. Et je lisais dans les notes que le crédit d'impôt pour la solidarité va atténuer les effets des augmentations de taxes sur le pouvoir d'achat des ménages. Pour un couple ayant deux enfants, le montant maximal sera de 1 375 \$ en 2012. Puis, actuellement, c'est 958 \$. Donc, c'est quand même... il y a quand même des mesures qui sont mises de l'avant pour maintenir notre filet social, et c'est la raison pour laquelle nous avons adhéré aux augmentations de revenus au niveau de la santé: parce qu'on savait que le filet social était entièrement protégé.

Délais d'attente dans les salles d'urgences

Donc, moi, je voudrais poursuivre, M. le Président, sur les urgences. Cette fois-ci, je voudrais adresser une question au ministre sur les urgences, en particulier à Montréal. Tantôt, on a touché le dossier des urgences de façon plus globale, mais il y a... dans la région de Montréal, il y a certaines urgences, il y a eu des situations qui ont un peu alerté la population. Pouvez-vous nous décrire les mesures qui sont mises en oeuvre pour réduire l'engorgement dans les urgences, justement? Parce que c'est quand même une problématique qui revient souvent. Voilà.

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

● (21 heures) ●

M. Bolduc: Bien, la problématique des urgences, c'est une problématique qui est... de système, et il y a plusieurs facteurs. C'est vraiment multifactoriel. Dans un premier temps, les patients restent trop longtemps sur des civières à l'urgence, et il y a des endroits où l'engorgement est plus marqué. Et, si vous vous en souvenez, il y a une année, j'avais fait le tour de toutes les urgences... de toutes les urgences problématiques, les plus problématiques, et c'était au nombre de 11. On a environ un autre 25 urgences également qui présentent des problèmes, je vous dirais, modérés, qu'il faut également s'occuper.

L'autre élément qu'on a fait, c'est qu'on a monté des tableaux qui nous permettent vraiment de mesurer en temps réel la situation de chacune des urgences, et également on veut intervenir à ces niveaux-là. Et, pour régler les problèmes des urgences, il faut s'attaquer à d'autres problèmes: les problèmes des personnes âgées, les problèmes également d'accessibilité de la première ligne.

Quand on regarde la situation qu'on a vécue, il y a quelques mois, entre autres à Montréal, il y a plusieurs

urgences qui ont encore débordé de façon plus marquée à Laval, à Repentigny, dans le coin des Laurentides. Et puis on a constaté encore qu'il y avait un problème d'accessibilité aux soins des personnes âgées. Ça fait que ce qu'on a demandé... ce que j'ai demandé, c'est: d'abord, on se réunit sur une base régulière, toute une équipe de travail, pour faire le point à chaque jour sur la situation des urgences, premièrement. Deuxièmement, il y a eu des lits d'ouverts dans la région de Montréal, une centaine de lits, qui nous a permis de désengorger la situation pour les personnes âgées. On a demandé un plan pour chacun des établissements afin d'améliorer le continuum de services au niveau des personnes âgées, et un plan également pour la région de Montréal, surtout pour les conditions de réadaptation. Donc, ceci a été mis en place, et on a noté vraiment un effet significatif dans l'occupation de nos urgences.

Également, on a autorisé le développement de 40 lits de courte durée dans la région de Laval, et puis je suis allé faire une annonce à Pierre-Le Gardeur, pour le CSSS Lanaudière-Sud, pour le développement de ressources pour les personnes âgées puis une amélioration de la fluidité dans l'établissement.

Également, les établissements actuellement sont en train de regarder comment mieux gérer les patients qui sont admis. Quand je dis «mieux gérer», ça veut tout simplement dire comment on peut faire pour que le patient puisse recevoir des services plus rapidement en externe pour pouvoir désengorger l'hospitalisation, qui va nous permettre de désengorger les urgences.

Également, la stratégie des groupes de médecine de famille, où on donne une meilleure accessibilité aux médecins de famille en utilisant les infirmières et en demandant aux médecins de famille de prendre une clientèle plus lourde en bureau, donc c'est toute une stratégie que nous sommes en train de mettre en place.

Au Québec, il y a 100 urgences, et, sur les 100 urgences, c'est environ 36 ou 37 urgences qui ont plus de difficultés, dont 11, des difficultés marquées. Il demeure que vous avez l'équivalent de 63 urgences qui, eux, gèrent leur hôpital pratiquement à 0-24 heures. On ne parle pas de 0-48 heures, on parle de 0-24 heures. Donc, il n'y a à peu près pas de patient qui reste sur civière plus que 24 heures. C'est ce que nous visons également pour la région de Montréal et les environs de Montréal. Et, naturellement, ce qu'il nous faut, c'est développer les ressources en soins de longue durée, en ressources intermédiaires, et surtout améliorer le continuum de services au niveau des personnes âgées, qui est vraiment un enjeu majeur. Montréal également représente un défi au niveau de la réadaptation, mais, vu qu'on a fait ouvrir des places, ça a vraiment donné une bonne chance.

Pour moi, l'accessibilité au médecin de famille et de régler les problèmes dans les urgences demeurent une priorité, parce que les urgences, c'est la vitrine du réseau de la santé, et, si on améliore nos urgences, ça veut dire que le reste du réseau de la santé s'est amélioré.

M. Lehouillier: Parfait. Bien, je vous remercie, M. le ministre, parce que, par rapport aux situations alarmistes qu'on voit, c'est quand même rassurant de voir que, sur les 100 urgences, il y en a 11 qui connaissent vraiment des difficultés, mais qu'il y a quand même 63 urgences qui répondent aux critères du 0-24 heures.

Et ça, c'est quand même intéressant de voir, parce que souvent on a l'impression, à travers les médias, que toutes les urgences vont mal. Mais on voit que c'est loin d'être le cas et qu'il y a une forte majorité des urgences dont le fonctionnement est assez...

M. Bolduc: Pour clarifier, le 0-24 heures, c'est qu'on fait la gestion à 0-24 heures, mais, dans une année, une urgence qui est ultraperformante va avoir un taux d'environ 4 % à 5 % de 24 heures et presque aucun 48 heures. Et c'est normal parce que, quand on fait notre état de situation le matin, à 8 heures, il n'y a pas de 24 heures, mais ça arrive parfois qu'il y a des patients qui vont faire 26, 27 heures. Ça fait que tout ça, nous, on les calcule, pour être rigoureux, comme étant un 24 heures. Donc, il y a un petit pourcentage de 24 heures, là, qu'on peut tolérer.

M. Lehouillier: Je vous remercie, M. le... et je voudrais remercier M. le ministre. Et, moi, bon, j'en ai terminé pour ce volet de questions.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

Condition masculine

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Ma question va toucher la santé et le bien-être des hommes. On sait qu'en 2002 le ministère s'était engagé à mettre sur pied un comité de gestion sur la condition féminine... sur la condition masculine, pardon. Et le comité a fait une réflexion sur le sujet, bien entendu, et a produit un rapport en 2004, un rapport... le rapport qu'on a appelé le rapport Rondeau, qui s'intitulait *Les hommes: s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Et ce rapport contenait une série de recommandations dont... 16 au total, mais il y en avait huit qui s'adressaient directement au ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, c'était un dossier assez sensible, qui a touché l'attention de beaucoup de personnes, notamment les groupes d'hommes eux-mêmes, des intervenants sociaux et des groupes qui oeuvrent auprès des clientèles au niveau des hommes en difficulté et, bien sûr, les médias.

Et les médias semblaient apporter une attention plus particulière à des groupes traitant notamment de toute la question des pères en détresse et leurs difficultés associées à la garde des enfants. On a vu d'ailleurs certaines scènes à la télévision où des hommes étaient attachés sur, entre autres, le pont Jacques-Cartier, si je me souviens bien. Et je sais que le ministre, vous avez annoncé des investissements en juillet dernier sur ce dossier, et des investissements qui ont été très bien reçus par M. Rondeau, le président qui a procédé au comité de gestion puis qui a produit le rapport. Alors, pouvez-vous indiquer où nous en sommes rendus avec le suivi des recommandations au niveau du rapport Rondeau?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Le rapport Rondeau a été produit en 2004. Le ministère en a pris connaissance et, au cours de l'année dernière, nous nous sommes entendus avec le groupe de M. Rondeau pour investir pour la santé des hommes. Et là je pense que c'est important de bien

comprendre que la santé des hommes a toujours été un domaine négligé. Ils ont des problématiques particulières qu'il faut prendre en charge.

Le rapport Rondeau faisait des recommandations au ministère de la Santé, et, l'année dernière, j'ai annoncé qu'il y aurait de l'argent investi dont le montant total est de 650 000 \$ récurrents, par année. Ce 650 000 \$ sert à faire des projets dans chacune des régions du Québec. Ça peut être des projets différents pour prendre des problématiques particulières face à la santé des hommes.

Parfois, il y a plusieurs dossiers qui concernent, entre autres, si vous êtes séparés, pères de famille, vous avez la charge de vos enfants, des problématiques qui touchent les hommes en termes de... exemple, le suicide, la dépression, qui est plus marquée dans certains cas. Donc, c'est des problématiques qui sont reliées à... vraiment à la condition d'homme qui vit des situations difficiles. Et présentement nous avons des projets qui sont en sélection pour chacune des régions du Québec, sauf une ou deux régions qui n'ont pas encore déposé leurs projets. Nous avons l'intention de soutenir cette cause, là, qui est très particulière, qui touche la santé des hommes.

M. Chevarie: Ma prochaine...

● (21 h 10) ●

Le Président (M. Kelley): M. le député.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Ma prochaine question va concerner un sujet, là aussi, qui a fait les manchettes à plusieurs reprises il y a quelques années: les infections nosocomiales. Alors, on sait qu'avant 2003 il y avait très peu d'information qui circulait sur cette problématique-là. La population avait très peu de données sur les éclosions, sur les taux d'infection et sur le nombre de décès liés aux infections nosocomiales.

Aujourd'hui, on peut considérer que le Québec se situe vraiment à l'avant-garde en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, et c'est grâce à une série de mesures qui ont été adoptées par notre gouvernement en 2004. Et les gestes posés sont, à plusieurs niveaux, des gestes structurants. Et je vais en énumérer quelques-uns, entre autres, le programme de surveillance qui est... qui a été mis sur pied, quatre secteurs d'activité, par rapport à la problématique des infections nosocomiales. Donc, un premier programme de surveillance, c'est le programme des diarrhées *C. difficile*. Le deuxième, c'est la surveillance des bactéries résistantes à la méthicilline, ce qu'on appelle, dans le jargon hospitalier, le SARM. Et le troisième, c'est la surveillance des bactéries sur cathéters centraux. Et un dernier programme, c'est la surveillance des entérocoques résistants à la vancomycine, le ERV.

Alors, c'est à partir de 2005 vraiment que les établissements ont reçu un soutien budgétaire assez important. Une somme de 20 millions de dollars a été consentie aux établissements pour intervenir puis soutenir tous les gestes et les interventions pour enrayer les infections nosocomiales. Et à cette enveloppe s'est ajouté le budget de 800 millions de dollars pour les projets de rénovation en CHSLD, et ça visait particulièrement la réduction du nombre de chambres à lits multiples, et effectivement l'objectif visé, c'est de

faire en sorte que nos CHSLD puissent offrir à la clientèle des personnes âgées en grande perte d'autonomie des chambres individuelles. Et ça, ça a une conséquence directe, bien entendu, sur la lutte aux infections nosocomiales.

Donc, je pense que les mesures mises en place actuellement fonctionnent très bien et ont donné des résultats. À ma connaissance, je pense qu'on peut observer qu'il y a eu, depuis quelques années, une diminution de près de 50 % de nouveaux cas d'infection. Alors, ma question, M. le Président: Est-ce que le ministre pourrait nous donner quand même un portrait sommaire de l'ensemble de la situation sur notre lutte aux infections nosocomiales à l'intérieur de nos établissements et sur les résultats?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Écoutez, si vous vous en souvenez, en 2004, il y avait eu des épisodes d'éclosion de *Clostridium difficile* dans les établissements. Il y a des patients qui en étaient décédés. À ce moment-là, il y a eu un rapport de fait et puis il y a eu des mesures de prises par le gouvernement puis, force est de constater que les mesures ont été très efficaces. Je vous dirais même que le Québec est un leader en prévention des infections à tous les niveaux.

Juste pour vous donner une statistique: en 2005-2006, nous avons 4 536 nouveaux cas; en 2009-2010, c'est 2 130 cas. Donc, c'est moins de la moitié, ce qui est très significatif. Mais, pour atteindre ces chiffres, il y a eu des grands efforts de faits. Dans un premier temps, comme vous l'avez mentionné, il y a eu un système d'information où, à chaque mois, les données sont disponibles sur le site Web du ministère, ce qui nous permet d'avoir la situation réelle et de se comparer entre les établissements et également à l'intérieur de l'établissement sur des périodes données. Donc ça, c'est très significatif.

Il y a également des ressources infirmières dans chacun des établissements où, par nombre de lits, on mettait une infirmière seulement que pour la prévention des infections, qui prenait les mesures de prévention, qui faisait de l'enseignement, de la formation et qui agissait directement au niveau clinique pour s'assurer que tout était mis en place pour diminuer le nombre d'infections.

Il y a eu la formation du personnel infirmier en hygiène et salubrité. On a eu également un plan d'action intégré pour le retraitement des dispositifs, c'est-à-dire pour la stérilisation. Et également il y a eu des campagnes de grand public sur les mesures d'hygiène et, comme vous l'avez mentionné, plusieurs aménagements physiques dans nos installations dont, entre autres en soins de longue durée, favoriser à ce que les gens vivent dans des chambres uniques. Et, dans les lits de courte durée dans nos hôpitaux, on vise à ce qu'il y ait des chambres simples ou doubles. On n'a pas encore réussi à 100 %, mais, au fur et à mesure qu'on fait des projets, on essaie de transformer nos établissements pour avoir seulement que des chambres simples ou doubles.

Et puis également, au niveau de la Direction de la santé publique, on a investi des ressources pour être capables de suivre l'épidémiologie et de faire des recommandations au ministère et au ministre sur ce qu'il doit faire pour des mesures de prévention des infections. Au Québec, c'est un succès. La guerre n'est pas gagnée, il faut continuer. Et le message qu'il faut faire: Les infections,

c'est des gestes, à chaque jour, qu'on doit poser pour éviter la contagion. C'est quelque chose que l'on trouve très important. Mais je vous dirais que le Québec actuellement est sur la bonne voie et est un leader, au niveau canadien, pour la prévention des infections.

M. Chevarie: M. le Président, juste un petit commentaire. Je veux...

Le Président (M. Kelley): Dernière question.

M. Chevarie: Je veux rappeler encore combien puis comment le réseau de la santé et des services sociaux est performant, malgré qu'on est toujours en processus d'amélioration, là. Visez l'excellence, c'est une démarche continue. Ce matin... cet après-midi, on en parlait avec nos... notre performance au niveau de l'accès à la chirurgie. On parle des infections nosocomiales, qui était une problématique importante, on l'a réglée. Mon confrère, collègue de Lévis, parlait des urgences. Encore là, on a des réussites. Alors, c'est vraiment un succès à beaucoup de niveaux. Et je pense qu'on doit encore donner le crédit à l'ensemble de votre ministère, aux différents intervenants dans les agences, dans nos établissements, et tout le personnel, les médecins, qui travaillent d'arrache-pied pour offrir des services adéquats à notre population du Québec. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci, M. le député.

Mme Gaudreault: Est-ce qu'il reste du temps, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Il reste 1 min 30 s. Alors, on peut ajouter ça à un bloc demain si vous voulez ou... ou un court commentaire. Mme la députée de Hull.

Conditions de travail du personnel du réseau de la santé

Mme Gaudreault: Un court commentaire. Je vais quand même me lancer pour une question, puis peut-être que vous pourrez répondre très rapidement, en 1 min 30 s, ou peut-être ma question va prendre 1 min 30 s.

Les médias traitent de l'épuisement, des conditions de travail, du personnel infirmier particulièrement, à tous les jours, dans les médias. Et puis on en entend jour après jour. Même à l'émission *Tout le monde en parle*, il y a eu un infirmier qui est venu dénoncer, si on peut dire, la condition de travail des... des infirmiers, des infirmières.

Alors, pour M. et Mme Tout-le-monde, est-ce que c'est une légende urbaine? Est-ce que c'est une impression, une idée générale? Est-ce que c'est tout le monde? Est-ce que c'est personne? Je pense qu'on va profiter du fait qu'on a le sous-ministre adjoint, M. Delamarre, qui est ici, qui va pouvoir nous parler des statistiques par rapport à la charge de travail puis l'absentéisme chez les employés du réseau. Je ne sais pas si on a le temps, par exemple, M. le Président? C'est dommage.

Le Président (M. Kelley): Peut-être un court commentaire, et on peut revenir sur ces questions dans nos prochaines séances. M. le ministre.

M. Bolduc: Oui. Je pense, c'est une question qui est très intéressante, qui mérite d'être adressée, mais il

faut être capable de la développer à l'intérieur d'un certain temps. Puis je vous proposerais que, demain, lors de votre prochain bloc, on commence... on commence par cette réponse-là. Demain ou jeudi, là. Je pense, c'est jeudi qu'on va...

Mme Gaudreault: Ce sera jeudi, M. le ministre.

M. Bolduc: C'est jeudi? Ça fait que jeudi, lors de notre prochaine séance, on va répondre à votre question.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup.

Le Président (M. Kelley): Alors, la table est mise pour une question jeudi. Il reste un bloc d'une quinzaine de minutes. M. le député de Marie-Victorin.

Fonctionnement des blocs opératoires

M. Drainville: Merci, M. le Président. Sur la tournée des blocs opératoires, M. le ministre, est-ce qu'il est possible d'avoir un compte-rendu des améliorations, des gains d'efficacité qui ont été générés par cette tournée des blocs opératoires? Par exemple, le nombre de chirurgies supplémentaires qu'on a pu effectuer au Québec grâce à un fonctionnement plus efficace des blocs opératoires. Et, en fait, est-ce qu'il existe un bilan que vous pourriez peut-être éventuellement déposer devant cette commission pour qu'on puisse en prendre connaissance? Ou est-ce que ce bilan-là est à venir puis, à ce moment-là, bien, vous pourriez peut-être demander à... je ne sais pas, le Dr Bureau, je sais qu'il a participé à cette tournée des blocs opératoires en compagnie de représentants de la Fédération des médecins spécialistes. Les anesthésiologistes étaient là également, si je ne m'abuse. Il y avait les infirmières qui étaient également représentées. Quand on parle de notre...

Une voix: ...

● (21 h 20) ●

M. Drainville: Oui. Le P.D.G. de l'agence de la capitale nationale également, M. Fontaine. Quand on dit qu'on est capables, avec notre système public de santé, d'améliorer la performance, d'améliorer l'efficacité et d'obtenir de meilleurs résultats, la tournée des blocs opératoires est souvent donnée en exemple et à juste titre.

Si je me rappelle bien, on avait dit qu'on était capables d'obtenir une amélioration de 10 %, un gain d'efficacité ou de productivité de 10 %. Il se fait quoi, 500 000... plus de 500 000 chirurgies chaque année, au Québec. Donc, on se disait, on pouvait aller chercher 50 000 chirurgies de plus par année grâce à un fonctionnement plus efficace de nos blocs opératoires. Est-ce que vous pouvez nous confirmer que c'est effectivement... enfin, que c'est ce type de résultat qu'on a pu obtenir ou, si ce n'est pas le cas, où est-ce qu'on en est? Est-ce qu'il y a certains hôpitaux qui font mieux que d'autres? Est-ce qu'il y en a d'autres qui font moins bien et pourquoi font-ils moins bien qu'ailleurs?

M. Bolduc: Si vous permettez, je demanderais au Dr Michel Bureau, là, de venir discuter de ce dossier.

Le Président (M. Kelley): Comme le député a soupçonné, Dr Bureau, de nouveau. Alors, à la question, s'il vous plaît, Dr Bureau.

M. Bureau (Michel A.): La tournée des blocs, je dois vérifier de nouveau pour vous donner un chiffre avec certitude, mais le chiffre que j'ai retenu, c'est 8 % d'augmentation de la chirurgie dans les hôpitaux, de façon globale. Nous avons visité, de mémoire, là, 21 établissements. Il y en a quatre ou cinq qu'il n'y a eu aucun progrès de fait, d'autres ont eu des progrès fantastiques; 10 %, 12 %, 15 % d'augmentation de chirurgies rapidement. Puis il y a un bénéficiaire qui n'est pas mesuré, c'est celui de tous les blocs qu'on n'a pas visités et puis qui ont dit: Le voisin s'est amélioré par contamination. C'est une prise en charge des blocs opératoires par eux-mêmes, c'est l'application de méthodes «lean», peut-être sans qu'elles s'appellent ainsi, qui a amené ces résultats, alors... Et ça a été une collaboration assez importante de l'hôpital, l'agence, le ministère et la Fédération des médecins spécialistes.

La Fédération des médecins spécialistes s'est servie de ça pour changer les barèmes de rémunération des anesthésistes pour qu'ils arrivent à temps puis qu'ils soient payés jusqu'à la fin de la journée. Parce que les structures de rémunération faisaient qu'à partir de 2 heures un anesthésiste ne gagnait plus rien à rester dans le bloc opératoire. Alors, ça a été une opération très fructueuse.

Quant au rapport de chaque établissement, je crois qu'il est accessible... Il est public, là, ce n'est pas un rapport confidentiel. Puis, quant au... et au rapport collectif, nous sommes, avec la fédération, à rédiger un rapport final avec des recommandations, et, d'ici un mois, ça devrait être...

Le Président (M. Kelley): M. le député.

M. Drainville: Oui. Donc, si je comprends bien, le rapport collectif est en voie d'être rédigé et, lorsqu'il sera complété, vous pourrez le transmettre aux membres de la commission. Est-ce que c'est ce que je dois comprendre?

M. Bolduc: Il n'y a pas de difficulté, on va vous transmettre le rapport quand il sera disponible.

M. Drainville: Donc, quand on dit, Dr Bureau, ou quand vous dites: Une amélioration générale de 8 % pour la vingtaine de blocs opératoires que vous avez visités...

M. Bureau (Michel A.): Oui.

M. Drainville: ...vous me dites: Il y en a quatre ou cinq, pas de progrès, et les autres, une amélioration, dans certains cas, qui dépasse les 10 %? Voilà. Est-ce que vous pouvez nous dire, encore une fois de façon générale, là, pourquoi ça fonctionne à certains endroits et que ça ne fonctionne pas à d'autres endroits? Est-ce que c'est une question de culture d'hôpital? Est-ce que c'est une question de collaboration entre les différents corps professionnels? Qu'est-ce qui fait que, dans certains hôpitaux, ça a bien fonctionné, la réponse était là, les résultats sont là également, et qu'est-ce qui fait qu'ailleurs ça ne bouge pas? Est-ce qu'on est capables de schématiser?

M. Bureau (Michel A.): Vous l'avez dit, c'est culture d'hôpital, volonté de régler ce qui est facilement réglable du problème. C'est une impression subjective que je vous donne, là, mais j'aurais presque pu prédire dans quel établissement on n'aurait pas de résultat.

M. Drainville: De quelle façon?

M. Bureau (Michel A.): Ah! il y a des institutions, c'est comme toutes les organisations, hein, il y en a qui ont des directions très dynamiques, très innovatrices, d'autres sont plutôt en attente de solutions qui vont venir d'ailleurs.

M. Drainville: Et qu'est-ce qu'on fait pour changer ça? Est-ce qu'on est obligés de changer...

M. Bureau (Michel A.): Celles qui ont déjà le dynamo, il faut les nourrir puis ça marche tout seul. Les autres, c'est fort difficile. Alors, nous avons... il y a toutes sortes de... il y a un groupe dirigé par le Dre Sylvie Bernier, qui est ici, dans cette salle, qui va accompagner des hôpitaux qui ont eu plus de difficultés à se mobiliser. Alors, c'est de trouver les éléments les plus dynamiques de l'établissement pour mobiliser leurs confrères et consoeurs. Alors, c'est une dynamique de contamination de bonnes pratiques. Puis, quand ça marche, ça pogne. Quand les gens commencent à voir des résultats, la balle roule toute seule. Pourquoi? Parce que tout le monde veut avoir de bonnes performances. Quand ils s'aperçoivent qu'ils peuvent opérer un cas de plus par salle par jour, ça fait plaisir à tout le monde. Quand il n'y a plus de patients qui sont annulés dans... qui sont en attente puis qui sont annulés, alors...

Pour certains, ils ne savent pas comment faire. Il faut les accompagner puis démêler un peu la gestion complexe de l'hôpital. Et, quand on met le miroir devant un, ils découvrent des fois des processus qu'ils n'imaginaient pas possibles dans leur établissement. Je pense à un hôpital en particulier qui, pour céder un patient en salle d'opération, avait une trajectoire en zigzag qui consultait 56 bureaux. Ce n'était pas la peine d'avoir cette approche, et la correction n'est pas très difficile.

M. Drainville: Dans quelle mesure est-ce qu'il faut faire appel à l'intérêt des groupes impliqués pour les faire bouger?

M. Bureau (Michel A.): Je pense que ça doit nécessairement — c'est mon opinion personnelle — passer par là. La méthode «top-down», sans la motivation intrinsèque, arrivera à des résultats petits et à courte échéance et à courte durée. Ça demande une transformation culturelle en passant par le tangible des bonnes pratiques qui donnent de bons résultats et qui encouragent à continuer. D'habitude, ça passe par des champions dans chacun des établissements, et des championnes. Il y a des directeurs de bloc opératoire qui sont fantastiques puis il y en a d'autres qui animent des groupes qui ont des idées divergentes. C'est deux cultures très différentes, hein?

À une place, un médecin se présente en retard à la salle d'opération, bien, il peut perdre ses prochaines priorités opératoires, puis, pour un chirurgien, avoir une priorité opératoire, c'est... le chirurgien aime ça opérer. À d'autres places, bien, on va lui dire: Tu es en retard, tu n'as pas cédulé assez de patients, tu as perdu ton temps. Alors, c'est des cultures différentes, et il y a un travail qui est cette culture-ligne que les gens veulent maintenant. Je dirais, ça fait plusieurs années que je suis au ministère, je ne sentais pas ça il y a cinq, six ans. Maintenant, on sent qu'à l'intérieur même de l'hôpital il y a des volontés de plus haute performance, et cela, dans tous les domaines. Alors, ça commence. Il y en a qui sont lents à se mobiliser, mais l'idée fait rapidement son chemin.

M. Drainville: Et vous parliez tout à l'heure de la direction de certains établissements. On peut comprendre aussi que, dans certains cas, les médecins entre eux ont certaines habitudes de pratique qui sont difficilement changeables ou influençables. Donc, il y a la direction des établissements, il y a les médecins, il y a les... j'imagine, les syndicats également des corps professionnels à l'intérieur de ces établissements. Par exemple, les syndicats d'infirmières doivent jouer un rôle là-dedans, non?

● (21 h 30) ●

M. Bureau (Michel A.): Oui. La transformation touche tous les corps de métier, les médecins, je dirais, les premiers, et je dois dire là-dessus que la Fédération des médecins spécialistes a rappelé à l'ordre ses médecins dans chacune de ses visites, sans détour. Le président Barrette a ses qualités et ses défauts, mais, quand il veut mobiliser ses membres pour une plus haute performance, il fut très direct et il a obtenu des résultats pour la part qui le concernait.

Du côté des établissements, parfois, c'est des brancardiers qu'il manque pour amener les patients à temps en salle d'opération. Si on perd 20 minutes, 20 minutes cinq fois dans une journée, ça fait un patient ou deux de moins opérés à la fin. Alors, il y a eu aussi dans les établissements des correctifs de cette nature, je dirais, pour tous les blocs opératoires. Ils ont tous fait des petits correctifs.

Alors, c'est une opération de succès, mais il faut soutenir. On ne peut pas fermer les livres. Il faut soutenir par des rappels, par un suivi serré cette productivité accrue si on veut en voir les résultats de façon durable, jusqu'à temps que la culture soit suffisamment modifiée pour que ça marche tout seul.

Services de néonatalogie

M. Drainville: Après la tournée des blocs opératoires, quelle est la prochaine tournée? Je pense que vous aviez...

M. Bureau (Michel A.): Ah! Bien, il y en a eu une pour les centres de néonatalogie qui a fait tout le Québec aussi, qui s'est inspirée de la même logique, qui a livré aussi ses résultats, et les transformations commencent. Il y a des demandes dans d'autres secteurs pour voir si ce serait pertinent de le faire.

M. Drainville: Est-ce qu'on peut s'attendre que le rapport de votre tournée sur les services de néonatalogie puisse être remis en temps et lieu aux membres de cette commission également?

Une voix: ...

M. Drainville: Et on parle de semaines, de mois?

M. Bolduc: Bien, lorsqu'il va être disponible, on va le rendre... on va vous le déposer, mais je pense qu'on peut parler de quelques semaines à peut-être... de quelques semaines à un ou deux mois.

M. Drainville: Et est-ce qu'on parle de résultats équivalents, d'une moyenne de 8 %, 10 % d'amélioration de productivité, ou est-ce que c'est trop tôt pour évaluer les résultats?

M. Bureau (Michel A.): Ici, le problème était différent. C'est absolument différent. Au fil des ans, les centres régionaux de néonatalogie qui offraient un rôle, un niveau de soins dans le passé — et je peux prendre Chicoutimi à titre d'exemple, qui, il y a une dizaine d'années, avaient des niveaux de soins qui étaient très élevés pour les soins de néonatalogie — avec la perte d'effectifs, ils ont progressivement réduit ou diminué une partie de leurs activités, et le résultat fut que toute cette clientèle a dû être envoyée ou à Québec ou à Sainte-Justine, amenant la congestion dans ces centres.

Alors, le but de l'opération, c'était de recréer ces pôles régionaux pour permettre de décongestionner Sainte-Justine, le CHUL, Sherbrooke, le Children's et rapatrier dans leur propre région des soins au niveau où ils pouvaient être donnés dans leur propre région. Alors, déjà, huit centres ont été identifiés, qui sont déjà en opération avant juin pour reprendre, avant la crise de l'été — parce qu'il y a toujours une crise à l'été — la clientèle qui est la leur puis qui a davantage à être traitée chez eux.

M. Drainville: Merci.

Le Président (M. Kelley): Sur ce, merci beaucoup, Dr Bureau. Merci beaucoup, tout le monde, pour votre collaboration aujourd'hui. Ça met fin à nos discussions pour aujourd'hui.

Alors, la Commission de la santé et des services sociaux ajourne ses travaux au mercredi 5 mai, après les affaires courantes, dans cette même salle, afin de procéder à l'étude du volet Services sociaux des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2010-2011. Bonne soirée, mes amis.

(Fin de la séance à 21 h 34)