ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 12 février 2013 — Vol. 43 N° 7

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

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 $
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 $
Pour une commission parlementaire en particulier	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
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
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 12 février 2013 — Vol. 43 N° 7

Table des matières

Santé
Remarques préliminaires 1
M. Réjean Hébert 1
M. Yves Bolduc 3
Mme Hélène Daneault 3
Discussion générale 4

Autres intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

Mme Suzanne Proulx
Mme Diane Gadoury-Hamelin
M. Roland Richer
M. Amir Khadir
M. Sylvain Roy
Mme Stéphanie Vallée

* Mme Lise Verreault, ministère de la Santé et des Services sociaux
* M. Jean De Serres, Héma-Québec

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Note de l'éditeur : Les crédits du volet Adoption du ministère de la Santé et des services sociaux ont été étudiés à la Commission des relations avec les citoyens le 12 février 2013. Les crédits du volet Aînés du ministère de la Santé et des services sociaux ont été étudiés à la Commission des relations avec les citoyens le 15 février 2013. Les crédits du volet Jeunesse du ministère de la Santé et des services sociaux ont été étudiés à la Commission des relations avec les citoyens le 19 février 2013.

Le mardi 12 février 2013 — Vol. 43 N° 7

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

(Quinze heures cinquante-six minutes)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin de procéder à l'étude des crédits budgétaires du volet Santé relevant du portefeuille Santé et des Services sociaux pour les exercices financiers 2013-2014. Une enveloppe de 10 heures a été allouée pour l'étude de ces crédits.

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

Le Secrétaire : Il n'y a pas de remplacement, M. le Président.

Santé

Remarques préliminaires

Le Président (M. Bergman) : Merci. Nous allons débuter par les remarques préliminaires puis nous allons procéder à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et les réponses, en alternance entre le groupe parlementaire formant le gouvernement et les députés de l'opposition. La mise aux voix des crédits rattachés au volet Santé sera effectuée à la fin du temps qui est alloué à l'étude, soit demain, mercredi le 13 avril, en soirée.

Alors, on peut commencer avec les remarques préliminaires, et, M. le ministre, vous disposez de 15 minutes pour vos remarques d'ouverture. M. le ministre.

M. Réjean Hébert

M. Hébert : Merci beaucoup, M. le Président. Je voudrais d'abord saluer les membres de la commission, de l'opposition et aussi mes collègues du parti gouvernemental. Et je voudrais vous présenter... pas l'ensemble de l'armada qui m'accompagne parce que ça prendrait trop de temps. Alors, je vais vous présenter les personnes principales, et ils auront l'occasion, s'ils ont à intervenir, de se présenter.

Alors, je vous présente, à ma droite, M. Jacques Cotton, qui est sous-ministre en titre du ministère de la Santé et des Services sociaux et, à ma gauche, France Amyot qui est ma directrice de cabinet.

Alors, l'étude des crédits, c'est un moment où le gouvernement doit faire preuve de rigueur, bien sûr, mais aussi de transparence pour faire état des crédits qui ont été dépensés et des crédits qui sont associés au prochain budget des dépenses. Comme vous le savez, le budget des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux atteint l'année prochaine, un montant de 31 258 000 000 $, auquel on doit ajouter le FINESSS, qui est de 1 449 000 000 $, soit un total de 32 707 000 000 $, ce qui représente une augmentation de 4,8 % par rapport aux dépenses probables de 2012-2013. Et c'est, comme vous le savez, plus que tous les autres secteurs de l'activité gouvernementale, ce qui nous oblige, M. le Président, à faire preuve d'encore plus de rigueur pour faire en sorte que les fonds publics soient gérés de la façon la plus rigoureuse possible et que l'argent aille vraiment pour donner des services à la population.

• *(16 heures)* •

Alors, je voudrais en profiter, dans ces remarques préliminaires, pour vous faire part de ma vision concernant un certain nombre de priorités que j'entends préconiser à la tête de ce ministère. Je souhaite que cette vision-là soit intégrée et non pas de gérer à la pièce pour être en mesure d'adapter le système de santé au défi démographique que représente le vieillissement de la population. Notre système de santé a été bâti, comme vous le savez, M. le Président, au siècle dernier, où la population était surtout jeune. On faisait face à des maladies surtout aiguës et donc on a un système qui s'est bâti autour des hôpitaux. Et on constate maintenant, avec une population vieille, qui souffre surtout de maladies chroniques, que ce modèle hospitalocentré est inadapté pour répondre aux nouveaux besoins de la société québécoise. Il faut donc, M. le Président, être en mesure de recentrer le système de santé autour du lieu de résidence des personnes qui souffrent de maladies chroniques, et, pour ce faire, nous voulons mener quatre stratégies principales.

D'abord, en amont, nous voulons prioriser la prévention, parce que la plupart des maladies chroniques peuvent être prévenues par des activités soit de promotion de la santé ou encore des activités de dépistage. Alors, nous allons lancer une politique nationale de prévention et de promotion de la santé avec un livre vert qui sera rendu public ce printemps et une politique qui, suite à une consultation, pourra être lancée au cours de l'automne. Cette politique comprendra, bien sûr, la lutte au tabagisme qui encore est associé à de nombreuses maladies chroniques et pour lesquelles il faut redoubler d'ardeur, mais nous insisterons aussi sur la pratique régulière d'activité physique. Et je vous rappelle que Mme la première ministre a annoncé une politique d'activité physique pour que les Québécois puissent être parmi les meilleurs au monde

en ce qui a trait à l'activité physique. Il faudra également s'attaquer à des problèmes de malnutrition chez notre population. Il faudra également faire la promotion d'environnements sains, lutter contre les inégalités sociales et également pouvoir être en mesure de bien détecter la plupart des cancers qui, maintenant, peuvent être dépistés plus rapidement.

Deuxième stratégie, il faut, bien sûr, avoir une première ligne efficace, notamment pour suivre les personnes qui présentent des maladies chroniques, de façon à ce qu'un suivi régulier, un ajustement des thérapeutiques, de la diète puissent faire en sorte que ces personnes n'aient pas besoin d'être hospitalisées indûment et n'aient pas besoin de recourir aux urgences faute d'un bon suivi en première ligne. Alors, nous voulons donc généraliser l'accès à un médecin de famille en complétant le réseau des médecins de famille et en faisant en sorte que la majorité des médecins de famille puissent être intégrés dans ce type de pratique, les groupes de médecins de famille qui permettent de mieux suivre les patients avec des maladies chroniques.

Nous voulons également mieux doter ces groupes de médecins de famille d'autres professionnels de la santé qui viendront appuyer les efforts du médecin dans un meilleur contrôle des maladies chroniques. Et, pour ce faire, vous savez, l'intervention des infirmières, bien sûr, des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, mais aussi des nutritionnistes, des inhalothérapeutes, des intervenants psychosociaux qui pourront permettre à ces groupes de médecins de famille de mieux suivre les patients qui présentent des maladies chroniques.

Troisièmement, nous voulons mieux coordonner et mieux intégrer les services, notamment pour les personnes âgées, et nous souhaitons compléter le réseau intégré de services aux personnes âgées. Actuellement, nous sommes à 60 % d'implantation et nous souhaitons que ce réseau puisse atteindre 80 % d'implantation au cours de la prochaine année.

Mais il n'y a pas que l'amont qu'on doit... sur lequel on doit s'appuyer, donc avant l'hôpital. Il y a aussi après l'hôpital parce qu'il y a de nombreux malades qui attendent actuellement à l'hôpital un lit en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Pourquoi? Parce que les CHSLD sont devenus la seule option pour des personnes âgées en lourde perte d'autonomie, qui n'ont pas la chance d'avoir un proche aidant ou une proche aidante, surtout, qui s'épuise à leur donner les services étant donné le peu de soins à domicile qui sont disponibles dans notre réseau de la santé et des services sociaux.

Nous voulons donc prioriser les soins à domicile, et c'est pour cette raison que 110 millions de plus ont été annoncés dans le budget pour l'année prochaine, de façon à augmenter de plus de 20 % le budget des soins à domicile, de façon, justement, à ce que les personnes puissent avoir, à domicile, des services dont ils ont besoin et que le centre d'hébergement ne soit pas la seule option, de façon à libérer les centres d'hébergement qui vont pouvoir accueillir les gens pour qui il n'y a pas d'autre solution. Cette stratégie permettra, comme vous pouvez vous en rendre compte, de libérer les lits d'hôpitaux actuellement occupés par des personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui aura pour effet d'admettre plus de malades en provenance des urgences et également plus de malades qui sont sur les listes d'attente pour une chirurgie.

Mais un investissement supplémentaire n'est pas suffisant. Si on veut opérer ce virage important, on devra faire comme la plupart des pays industrialisés l'ont fait, c'est-à-dire mettre en place une véritable assurance autonomie, de façon à assurer un financement public pour les services de longue durée et réellement donner un choix aux personnes âgées en perte d'autonomie de pouvoir recevoir les services là où ils souhaitent les recevoir et par le prestataire qu'ils souhaitent avoir. Nous pourrons, à cet effet, profiter de l'expérience de d'autres pays, notamment de la France, mais aussi du Japon et de d'autres pays européens qui ont implanté ce type d'assurance au cours des dernières décennies. Nous présenterons un livre blanc au printemps pour une période de consultation et une loi qui sera présentée à l'automne avec une entrée en vigueur prévue le 1er avril 2014 pour l'année budgétaire subséquente.

Permettez-moi de souligner quelques autres éléments de notre plan d'action, notamment la priorité à la santé mentale avec un nouveau plan d'action en préparation, qui, bien sûr, présentera une lutte efficace contre la stigmatisation et également des éléments de prévention qui seront, vous l'avez bien deviné, également partie de notre politique de prévention. Nous souhaitons un meilleur arrimage avec la première ligne et nous souhaitons mettre l'emphase sur le suivi intensif dans le milieu pour les malades présentant des troubles graves de santé mentale.

La deuxième pathologie pour laquelle nous voulons accorder une priorité, c'est la lutte contre le cancer, avec la publication, dans les prochaines semaines, d'un plan directeur en cancérologie accompagné d'un plan d'action qui établit un principe de hiérarchisation des services et d'intégration des services de façon à faciliter le passage entre le dépistage, le diagnostic et le traitement chez les patients qui présentent un cancer. Et cette stratégie permettra d'avoir une meilleure efficacité de nos traitements et également de faire en sorte d'améliorer l'efficience du réseau.

Nous souhaitons également mettre l'emphase sur l'amélioration de l'efficience de l'ensemble des processus du réseau de la santé et des services sociaux. Nous souhaitons, dans cette perspective, améliorer la gouvernance, c'est-à-dire bien définir les rôles au niveau du national, au niveau du régional et du local. Nous aurons à réfléchir sur ces rôles et nous souhaitons également que l'optimisation des processus fasse en sorte que l'on diminue les frais administratifs pour prioriser les soins cliniques des patients. Et, dans cette perspective, le recours aux technologies de l'information s'avère un outil extrêmement puissant, et nous souhaitons compléter le plus rapidement possible le Dossier santé Québec et l'implantation des dossiers médicaux électroniques.

Depuis notre entrée en poste comme ministre de la Santé et des Services sociaux, nous sommes allés sur le terrain rencontrer les intervenants, rencontrer les agences, les établissements. Je continuerai cette tournée au cours des prochains mois, et nous avons déjà remis le réseau en marche en mettant de l'ordre dans les finances publiques pour atteindre les cibles budgétaires de 2012-2013. Nous avons fait le ménage dans les immobilisations. Nous avons découvert un certain nombre d'immobilisations annoncées mais qui n'étaient pas provisionnées, et, sur le terrain, ça entraîne beaucoup de déception, M. le Président, et nous souhaitons mieux gérer la mise en place des immobilisations et des infrastructures dont le réseau de la santé et des services sociaux a bien besoin.

Nous avons réglé en quelques semaines le conflit avec les ambulanciers qui traînait depuis quelques années. Nous avons lancé, en présence du président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, un plan d'action

sur les groupes de médecins de famille avec l'informatisation des cliniques médicales et l'implantation du dossier médical électronique. Nous avons lancé un plan d'action pour renforcer, comme je le disais, le réseau des GMF. Nous avons injecté 110 millions dans les soins à domicile pour permettre aux aînés et aux proches aidants de souffler un peu. Et nous avons entamé une réflexion sur la formation initiale des infirmières pour mieux répondre aux besoins du réseau pour les prochaines décennies. Nous avons annoncé, avec le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'adoption d'un règlement découlant du projet de loi n° 41 pour que les pharmaciens puissent contribuer à désengorger le système de santé et à améliorer l'accès à la première ligne.

Encore la semaine dernière, on annonçait la création d'une banque de données pour lutter plus efficacement contre le suicide, une banque de données qui combine les données des coroners avec celles de la Régie de l'assurance maladie du Québec de façon à mieux comprendre le phénomène du suicide pour nous donner des pistes d'action claires, des pistes d'intervention pour diminuer ce fléau important qui menace la société québécoise.

Nous avons manifesté notre intention de faire le ménage dans les frais accessoires et d'assurer un accès équitable au système de santé public et universel. Vous savez, M. le Président, le système de santé est une fierté pour les Québécois. C'est un système de santé qui a vécu, au cours de la dernière décennie, des problèmes d'accès importants, une diminution de l'accès important, une ouverture vers privé, M. le Président, et c'est la dernière chose qu'il faut faire dans un contexte de vieillissement de la population. On a toléré des mains-d'oeuvre indépendantes, des agences privées de placement. On a toléré des frais accessoires, M. le Président.

Et, lorsque le ministre Couillard a quitté ses fonctions, il a ouvert le système de santé à des cliniques privées qui viennent miner notre système de santé public et universel et qui font en sorte que ceux qui ont de l'argent sont capables d'avoir un accès privilégié au système de santé, alors que la philosophie fondamentale de notre système de santé, c'est que les besoins cliniques et la carte d'assurance maladie conditionnent l'accès aux services. Nous voulons un système de santé public, universel, accessible, mais aussi efficace et performant. Nous voulons, M. le Président, la santé pour tous. Merci.

• *(16 h 10)* •

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. J'invite maintenant le porte-parole de l'opposition officielle, député de Jean-Talon, à faire ses remarques préliminaires pour un maximum de 15 minutes. M. le député.

M. Yves Bolduc

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Je vais être bref. D'abord, je voudrais saluer le ministre de la Santé, également les collègues de l'opposition qui sont de très, très haute qualité. M. le Président, je vais garder mon temps surtout pour poser des questions. Je pense que le ministre a très, très bien ouvert. Je voudrais d'abord saluer les gens du ministère, des gens de très, très haute qualité, et surtout remercier les gens qui ont préparé les documents. Présentement, on va discuter des grandes orientations, on va faire le bilan de santé du réseau de la santé dans lequel j'ai eu l'occasion de travailler au cours des dernières années et auquel, actuellement, je vais contribuer comme médecin mais également comme député. Je peux vous assurer de ma grande collaboration.

Pour compléter le discours de M. le ministre, vous avez donné plusieurs dossiers à discuter, nous aurons l'occasion de le faire dans les détails. Je voudrais vous rappeler seulement qu'un principe de base : nous travaillons tous pour une amélioration du réseau de la santé, nous travaillons tous pour offrir des meilleurs soins et nous travaillons tous pour avoir une population qui va demeurer en santé et que chaque citoyen puisse recevoir les meilleurs soins. C'est certain que parfois on utilise des moyens qui sont différents, on a peut-être des orientations qui sont différentes, mais la finalité, notre objectif demeure le même. Au cours des 10, 15 dernières années, il y a eu de grandes orientations qui ont été prises par chacun des ministres. Je pense qu'il y a une continuité. Il y a une continuité sur l'accessibilité, sur la qualité, sur le contrôle des coûts. Mais je rappelle que, d'abord, un système de santé, c'est d'abord un système qui doit donner des soins et garder une population en meilleure condition possible.

M. le ministre, je vous assure de ma collaboration au cours de ces crédits. Les crédits sont une opportunité, une opportunité, justement, de faire le point sur ce qui a été fait dans le passé et une opportunité de voir qu'est-ce qui s'en vient pour le futur. Et je crois que, comme dans le passé, le futur va nous indiquer que 90 %, 95 % des orientations, nous les partageons. Mais il y a des points à discuter et puis il y a également, je vous dirais, des orientations que nous aimerions connaître, entre autres par rapport à l'assurance autonomie, par rapport à la chirurgie, par rapport à l'hospitalisation.

Et j'aimerais, pour terminer, féliciter les gens qui ont préparé les documents. J'ai eu l'occasion de lire tous les documents dans les moindres détails et c'est comme d'habitude, lorsque c'est fait par les gens du ministère, c'est de très, très haute qualité. Donc, je vous remercie, nous aurons l'occasion de discuter dans les prochaines heures.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le député de Jean-Talon. J'invite maintenant la porte-parole du deuxième groupe d'opposition et députée de Groulx à faire ses remarques préliminaires pour un maximum de 10 minutes. Mme la députée.

Mme Hélène Daneault

Mme Daneault : Merci. Merci, M. le Président. Alors, d'abord, merci, M. le ministre. Je voudrais saluer mes collègues, je voudrais saluer aussi l'ensemble des participants aujourd'hui. C'est ma première expérience à titre de parlementaire, alors... Bien oui, c'est vrai, le ministre aussi. On est deux dans la même situation. Évidemment, je veux vous assurer de mon entière collaboration. Étant moi-même médecin et pratiquant depuis déjà plus de 26 ans, c'est certain que j'ai eu à oeuvrer dans le système de santé depuis bien des années et constater, à certains moments, certains ratés. Par contre, à d'autres moments, je pense qu'on peut se féliciter des soins qu'on a offerts à nos citoyens.

Je pense qu'il y a une vision qui me rejoint et qui rejoint, je pense, l'ensemble des partis, c'est-à-dire l'accessibilité à tous les Québécois et les Québécoises au système de santé. Et malheureusement on constate depuis quelques années qu'il y a des lacunes à ce niveau-là, et je pense que nos énergies devraient se concentrer à corriger ces lacunes-là et à permettre à tous les Québécois et Québécoises d'avoir accès non seulement à un médecin de famille, mais aussi à des soins de qualité dans des délais raisonnables.

Alors, s'il y a une vision que je partage et que je voudrais partager avec vous, je pense qu'il y a à revoir une certaine... il y a une réorganisation à faire au niveau des soins de santé et surtout au niveau des accès à la première ligne. Je pense qu'il y a... Entre autres, il y a eu des politiques d'activités médicales particulières, qui ont été prises dans les dernières années, qui pourraient être revues de façon à permettre une plus grande prise en charge des patients en première ligne. Je pense qu'il y a des... Excusez. Il y a aussi des corridors d'accès privilégié qui devraient être disponibles aux médecins qui oeuvrent en première ligne, aux médecins généralistes, qui pourraient avoir accès non seulement plus rapidement à des spécialistes, mais aussi à des laboratoires, à des plateaux techniques. Alors, je pense que... Et, avec l'ensemble des ressources qu'on a actuellement, on devrait être capables de répondre à ces besoins-là.

Évidemment, vous allez m'entendre parler de prévention. Depuis des années, je pense qu'on a à poursuivre en prévention. S'il y a un constat qu'on peut faire après 26 ans de pratique, c'est que, si tout le monde mangeait correctement, faisait de l'exercice 30 minutes par jour et ne fumait pas, au Québec, et si tout le monde se prenait en main, je pense qu'on aurait de plus en plus de médecins au chômage ou, à tout le moins, presque au chômage. Alors, ça, je pense qu'il y a... Et c'est certain que la prévention a fait souvent l'objet des parents pauvres dans les décisions, parce que, quand il y a des décisions financières, on a souvent mis de côté la prévention. Malheureusement, je pense qu'on fait erreur quand on fait ça. Et, même si on en parle depuis 25 ans, c'est encore étonnant de voir que, dans les milieux scolaires, on a à proximité de la malbouffe offerte à nos jeunes, que ce soit du primaire, du secondaire, ou du cégep, ou même universitaire. Alors, je pense qu'on n'a plus le choix, maintenant qu'on connaît... on a la connaissance qu'on a, d'agir à cet égard-là.

Il y a aussi... Quand on parle d'activité physique et quand on entend la première ministre dire qu'on veut être les plus en forme du monde, je suis entièrement d'accord avec ça, mais je pense qu'on aura aussi à collaborer avec les gens du ministère de l'Éducation qui, au fil des ans, ont coupé dans les heures d'activité physique disponibles à nos élèves dès le primaire et dès le secondaire, et je pense qu'on doit revenir en arrière, et faire la promotion de l'activité physique, et en faire une obligation. Et, quand on constate le niveau d'obésité chez nos jeunes, chez nos adolescents, il est urgent d'agir à ce niveau-là. Alors, vous allez m'entendre, et je pense que je rejoins la majorité de la population, la majorité des experts à ce niveau-là.

Quant à l'informatique, je crois sincèrement que, oui, c'est un outil qui peut être très utile pour les omnipraticiens, pour les spécialistes, pour les gens qui oeuvrent dans le milieu de la santé. Malheureusement, depuis quelques années, on a assisté à des ratés au sein de l'implantation du système informatique pour une raison bien simple : malheureusement, on n'a pas la plateforme unique qu'on nous avait promise dès le départ. Et le constat qu'on a actuellement, c'est que le bénéfice qu'on pourrait obtenir d'une plateforme électronique n'est pas… c'est-à-dire qu'on n'est pas capables de parler entre nous. Dans un groupe de médecins de famille, entre autres, on n'a pas nécessairement accès à l'ensemble des centres hospitaliers, des CHSLD ou encore des spécialistes, alors ce qui fait en sorte qu'on ralentit le processus, parfois même de façon significative. Alors, je pense qu'il y a de l'ouvrage à faire au niveau de l'informatique et qu'il y a de l'investissement à faire, mais de la bonne façon, vers une plateforme qui est beaucoup plus uniforme que ce qu'on a présentement dans le réseau.

Évidemment, on a parlé des soins administratifs. Au niveau du service administratif, dans les dernières années, on a eu de la création d'emploi de façon imposante. On a, depuis 2000, augmenté de 52 % le nombre d'administrateurs oeuvrant dans le système de santé, alors qu'on a augmenté, dans la même période, de 6 % le personnel soignant. Je pense qu'à ce niveau-là il y a des départs à la retraite qui sont prévus dans les prochaines années et il y aurait une réorganisation à faire, et je pense qu'il faut le prévoir dès aujourd'hui et ne pas attendre de poursuivre dans cette voie-là.

• *(16 h 20)* •

Alors, je rejoins le ministre Hébert quand on parle de vieillissement de la population. On a eu l'occasion de rencontrer des groupes de personnes âgées, et ces gens-là nous demandent d'avoir des soins à domicile et d'avoir de la disponibilité à cet égard-là. On connaît les enjeux du vieillissement de la population, alors je pense qu'on n'a pas le choix que de le regarder et d'être capables de soutenir non seulement les personnes âgées, mais aussi les personnes aidantes. On a les proches aidants qui sont de plus en plus nombreux dans notre société et qui sont laissés pour compte trop souvent, tant au niveau des employeurs que des décisions qu'on a prises au niveau gouvernemental.

Alors, c'est un gros ministère, le ministère de la Santé, mais je crois foncièrement qu'on est capables, avec les ressources qu'on a, d'offrir d'excellents soins à la population et de tous être à pied d'oeuvre pour faire en sorte qu'on améliore les lacunes qu'on a actuellement, et je vous réitère mon entière collaboration à cet égard-là. Alors, merci, M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme la députée. Je suis maintenant prêt à reconnaître une première intervention de l'opposition officielle. M. le député de Jean-Talon, la parole est à vous.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Le premier dossier, je tiens à vous informer, ça va être le plus difficile, mais on va le faire dans un mode collaboration, c'est le dossier des coupures dans la recherche.

Je suis certain que le ministre a dû prendre position en faveur de la coupure dans la recherche parce que c'est une position de solidarité ministérielle. J'aimerais qu'on en fasse la discussion, parce qu'il y a comme une situation qui,

pour nous, peut devenir une catastrophe à très court terme. C'est toute la question de la coupure de 10 millions dans le fonds de santé au niveau de la recherche, qui va nous amener, pour le 1er avril, à prendre des décisions qui peuvent être très difficiles pour nos centres de recherche, pour nos chercheurs et pour les patients. Et l'objectif de la discussion ne sera pas de déchirer notre chemise, mais bien de partager avec vous nos inquiétudes qui ont été partagées par les chercheurs et par des patients qui nous ont contactés.

Et l'offre qu'on fait au gouvernement, sans que ça ressemble à une volte-face ou un retour en arrière, ce serait d'organiser pour avoir un pont pour que, le 1er avril, les coupures qui sont annoncées dans nos centres de recherche et dans la recherche clinique au Québec soient retardées, différées, le temps d'y penser. Donc, à mon ton, à mon discours, vous voyez que ce n'est pas un ton de confrontation qu'on veut avoir. On veut avoir un temps de collaboration.

La première question, c'est la réalité de la coupure de 10 millions et l'impact que ça va avoir, parce qu'on a rencontré des chercheurs, des responsables de centre de recherche. La coupure va faire en sorte que, dès le mois d'avril, nos équipes de recherche vont avoir de la difficulté à garder les chercheurs, les étudiants, les gens à la maîtrise et les postdocs. J'aimerais voir avec le ministre — ma question est une question ouverte — quelle serait la possibilité qu'on aurait pour organiser un pont de façon à ce que ça ne se fasse pas le 1er avril, mais qu'on prenne le temps de discuter avec nos centres de recherche qui, actuellement, sont plutôt dans un état de panique. Et, vous savez, quand on arrive dans les hôpitaux puis qu'on fait une coupure, les gens peuvent toujours dire : On va s'organiser autrement, mais les services ne seront pas touchés. Mais, quand on arrive dans la recherche, c'est des gens qui, dès le 1er avril, ne pourront pas rester au Québec, ou vont tout simplement perdre leur emploi, ou ne pourront pas finir leurs recherches.

Deuxième élément, puis j'aimerais qu'on ait une discussion très collaboratrice à ce propos-là, c'est la question aussi des patients. L'inquiétude que nous avons actuellement, c'est qu'il y a 50 000 patients au Québec qui sont sur des essais cliniques. Ce qu'on nous dit, puis c'est quand même des gens crédibles, ce sont nos chercheurs... nous disent qu'il y a possiblement des recherches qui vont être... qu'on va devoir mettre fin à certaines recherches, puis il y a également des recherches qui devaient se mettre en place, dans lesquelles il y a des gens qui attendent d'avoir ces recherches-là, parce qu'ils n'ont pas d'autres solutions, pas d'autres traitements qu'on peut leur offrir, et qui, malheureusement, ne pourront pas les recevoir au Québec. Et, à ce moment-là, on peut avoir une fuite de gens qui vont peut-être aller à l'extérieur essayer d'avoir ces traitements.

Donc, j'aimerais peut-être qu'on entame la discussion avec le ministre. Le bloc de 20 minutes va être consacré vraiment seulement qu'à ce niveau-là. Y a-t-il moyen de retarder ces coupures dans nos centres de recherche de façon à ce qu'on puisse prendre le temps d'analyser la situation pour ne pas pénaliser les patients, les chercheurs et les étudiants?

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

M. Hébert : M. le Président, je pense que le député de Jean-Talon se trompe de commission parlementaire parce que c'est les Études supérieures, la Science et la Technologie qui est responsable des budgets et du développement de la recherche.

Le Président (M. Bergman) : ...demande d'être prudent avec le choix des mots.

M. Hébert : Quels mots que j'ai utilisés qui...

Le Président (M. Bergman) : «Trompe la commission».

M. Hébert : Pardon?

Le Président (M. Bergman) : «Trompe la commission».

M. Hébert : Non, non. Il se trompe de commission. Il ne trompe pas la commission. Alors, loin de moi d'accuser le député de Jean-Talon de tromper. Mais je pense que ce n'est pas cette commission-ci qui devrait répondre à cette question, là.

Néanmoins, écoutez, c'est un domaine que je connais bien, parce que, dans une autre vie, j'étais à la direction de certains fonds de recherche. Ce que le député de Jean-Talon appelle les coupures dans la recherche, en fait, c'est la fin d'un programme qui a été mis en place par le gouvernement libéral précédent, qui s'appelait la stratégie québécoise d'innovation et qui venait à terme au mois de mars 2013. Le gouvernement libéral n'avait pas prévu de suite à cette stratégie québécoise d'innovation, et donc ce budget de 10 millions venait à terme, et c'est ce qui explique que, n'étant pas reconduit, les chercheurs sont inquiets de la poursuite des financements qui étaient associés à cette stratégie québécoise de l'innovation. Il faut bien réaliser que cette stratégie avait une durée de vie limitée; elle était de cinq ans et ne devait pas servir à des actions pérennes pour le financement de la recherche. Dans un contexte comme celui-là, la non-reconduction, actuellement, de la stratégie québécoise de l'innovation, si les centres de recherche l'ont utilisée comme il fallait, c'est-à-dire dans des projets qui n'étaient pas des projets à long terme, ne devrait pas avoir les impacts que certains chercheurs semblent nous laisser soupçonner.

Pour avoir dirigé des centres de recherche pendant de très nombreuses années, je peux vous dire que la fluctuation des financements de recherche, c'est monnaie courante. Les programmes naissent et les programmes viennent à leur terme de façon régulière dans ce domaine, que ce soient les programmes fédéraux, que ce soient les fondations, que ce soient les programmes administrés par le Québec. Alors, il n'est pas inhabituel de voir ces fluctuations.

Je ne commenterai pas pour mon collègue le ministre de l'Éducation supérieure, des Sciences et de la Technologie en ce qui concerne le pont ou le financement transitoire, mais ce que je peux vous dire et ce qu'il m'a

affirmé, c'est qu'il y a des assises qui sont en train d'être organisées pour avril de façon à pouvoir définir la nouvelle politique de la recherche avec des investissements ciblés. Bien sûr, nous devrons faire le bilan de la stratégie québécoise d'innovation qui se termine cette année et voir comment on peut appuyer la recherche dans le futur pour faire en sorte que le Québec se démarque sur la scène canadienne, sur la scène internationale au niveau des investissements de recherche en santé.

La stratégie qui a été utilisée par mes collègues chercheurs a fait intervenir des soins aux patients, et c'est là que je pense qu'ils sont allés trop loin, parce que je pense que de faire croire que des patients souffriraient de cette terminaison de la stratégie québécoise d'innovation... je pense qu'on pousse un peu loin. Les patients qui sont déjà sous des protocoles de recherche continuent à être visés par ces protocoles de recherche, et, si jamais il y avait de telles ruptures de service, j'en appelle aux conseils d'administration et aux comités d'éthique des établissements pour faire en sorte qu'il n'y ait pas de rupture de service.

Vous savez, les 50 000 patients qui sont dans des essais cliniques, très peu de ces essais cliniques sont financés par le Fonds québécois de recherche en santé, M. le Président. Ce sont habituellement des essais cliniques qui sont financés par les fonds américains, par les fonds canadiens, ou par des fondations privées, ou encore des entreprises pharmaceutiques qui financent des essais cliniques. Alors, ces différents essais cliniques ne sont pas visés par le Fonds de recherche en santé du Québec et la stratégie québécoise d'innovation.

Il est donc faux de prétendre qu'il y a des patients qui pourraient être retirés de certains essais cliniques, et je pense que, si cela s'avérait, ce seraient des choix que font les directeurs de centre de recherche, des choix très discutables qui devraient être remis en question par les comités d'éthique et par les conseils d'administration des établissements qui ont la responsabilité de s'assurer que les activités de recherche dans les établissements sont menées de façon conforme aux protocoles de recherche élaborés et de façon conforme aux règles d'éthique auxquelles se sont soumis et doivent se soumettre les chercheurs québécois. Alors, pour moi, la situation de la recherche actuellement n'a pas d'impact à court terme sur les soins à donner aux patients.

Bien sûr, M. le Président, on pourrait évoquer que la recherche à long terme peut nous permettre de trouver de nouvelles solutions pour les problèmes de santé des Québécois. Mais ce sont des impacts qui vont avoir lieu à long terme, et ce n'est pas un problème de pont pendant quelques mois qui va affecter la performance des Québécois à la recherche. Et je pense qu'on dramatise lorsqu'on affirme que des patients pourraient en souffrir et lorsqu'on affirme qu'on pourrait avoir une fuite de cerveaux, M. le Président. Je pense que ça ne s'avère pas. Dans toutes les fluctuations de la recherche qu'on a vécues au pays, au cours des 35 dernières années, on n'a pas vu cet effet de fuite de cerveaux qui est liée à des fluctuations de la recherche. Je pense que ça ne s'avère pas, avec des données probantes.

• *(16 h 30)* •

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Est-ce que le ministre est d'accord que les gens de la recherche, ce sont des gens généralement très intelligents, relativement réservés, et que c'est rare qu'ils vont sortir dans les rues pour défendre des causes?

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

M. Hébert : Oui, mais je pense aussi que les chercheurs devraient réaliser qu'ils sont relativement privilégiés. Moi, je regarde les centres de recherche qui se...

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...principe au niveau des crédits, c'est, lorsque la question est relativement courte, on ne veut pas non plus être trop longs parce qu'on perd du temps à ce moment-là. Ça fait que j'aimerais ça avoir une réponse assez courte.

Le Président (M. Bergman) : Merci. M. le ministre.

M. Hébert : Il faut me laisser le temps de répondre, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Vas-y, et avec une réponse...

M. Hébert : O.K. Alors, moi, je voudrais dire qu'au-delà des prétentions des chercheurs je pense que les chercheurs sont traités de façon convenable au Québec. Regardons les installations dont profitent les chercheurs. On est en train de construire un tout nouveau centre de recherche au CHUM, même chose pour le CUSM, M. le Président, même chose pour Sainte-Justine, même chose à Sherbrooke, dans ma propre circonscription, où on construit un centre de recherche tout neuf et des installations qu'on va inaugurer très bientôt pour la recherche sur le cancer.

Pendant ce temps-là, M. le Président, on a encore des personnes âgées, dans les centres d'hébergement, qui vivent dans des environnements qui sont vétustes. Il faut bien réaliser qu'on fait des choix, des choix que je ne remets pas en question, mais des choix qui font qu'on fournit un environnement aux chercheurs, un environnement qui, à mon avis, est favorable à leur travail et à faire en sorte qu'ils puissent mettre en place des innovations dont va profiter le Québec.

Mme la première ministre a annoncé, lors de l'étude des crédits, qu'elle verrait à amoindrir l'effet de la fin du programme de stratégie québécoise d'innovation, et je laisserai à Mme la première ministre et au ministre aux Études supérieures, à la Recherche et à la Technologie le soin de faire ces annonces au moment opportun, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, je remercie le ministre de reconnaître qu'on est en train de construire des centres de recherche de très haute qualité. Et, pour être compétitifs au niveau mondial de la recherche, ça nous prend ces centres-là. Puis on a créé ce qu'on appelle un genre de grappe, un peu comme principe des grappes industrielles, où on va avoir plusieurs centres de recherche, qui vont attirer des chercheurs de partout dans le monde, mais qui permettent également à des Québécois qui travaillent actuellement à l'extérieur ou qui étudient à l'extérieur de revenir ici, au Québec. Ça, je pense que tout le monde, nous sommes tous d'accord avec ça.

La question, c'est… Un, la stratégie, c'est clair que c'est une stratégie qui aurait été prolongée, avec les mêmes montants. Moi, j'étais au coeur de ces décisions-là, puis les orientations étaient très claires qu'on continuerait à donner des fonds pour la recherche. La question, je la pose au ministre : Si la stratégie est discutée au mois d'avril, est-ce qu'il est d'accord qu'il va y avoir un espace, un écart entre le mois d'avril et le moment où les décisions vont être prises, et c'est un écart qui va être de plusieurs mois?

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

M. Hébert : Bien, comme je le disais, Mme la première ministre a annoncé, lors de l'étude de ses crédits, qu'elle verrait à amoindrir ce problème de pont entre la stratégie québécoise d'innovation et la prochaine politique de la recherche, et je lui laisserai le soin d'annoncer, avec le ministre de l'Éducation supérieure, de la Science et des Technologies, les mesures qui seront prises pour amoindrir ce passage.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Nous avons rencontré des représentants des centres de recherche, des gens de très haut niveau qui prennent à coeur la recherche au Québec. Ils nous assurent qu'au mois d'avril, compte tenu qu'il n'y a pas de décisions qui se prennent, compte tenu qu'il n'y a pas le pont de 10 millions, qu'il y a des gens qui vont tout simplement perdre leur emploi. Il y a des étudiants, des chercheurs qui vont devoir cesser de faire de la recherche, au Québec, sur des projets qui, actuellement, sont très utiles. Parce qu'il ne faut pas oublier que, pour 1 $ qui est investi dans le fonds, il y en a probablement 5 $ qui viennent de d'autres organismes ou encore des compagnies pharmaceutiques ou de d'autres fonds de recherche internationaux qui permettent d'avoir un effet levier.

Est-ce que le ministre a appris et est conscient qu'il y a des gens qui vont devoir cesser de travailler dans la recherche, au Québec, à partir du mois d'avril?

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

M. Hébert : M. le Président, la recherche est un milieu extrêmement compétitif, et chaque année — chaque année, M. le Président — il y a des étudiants qui ne voient pas leurs bourses renouvelées, il y a des assistants de recherche qui ne voient pas le projet sur lequel ils travaillent être reconnu par les comités de pairs et donc avoir un financement qui se continue. C'est la réalité de ce monde hautement compétitif où seuls les meilleurs, seuls ceux qui sont les plus innovants, seuls ceux qui sont à la fine pointe de la recherche scientifique survivent et sont capables de continuer à recevoir le support soit de l'État, soit des fondations, soit des entreprises privées, M. le Président. C'est la réalité de ce monde-là, un monde que j'ai connu pendant 30 ans. Et c'est la réalité de tous les jours de ce milieu que des fonds de recherche sont octroyés, d'autres ne sont pas renouvelés. Et ça a pour conséquence que certains ne peuvent pas continuer la carrière qu'ils avaient anticipée, malheureusement, parce que c'est un monde où la sélection naturelle est extrêmement féroce et où on ne garde que les meilleurs, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Est-ce que le ministre est en train de nous dire que les chercheurs et les directeurs de recherche sont des chiâleux?

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

M. Hébert : J'ai même répété à plusieurs reprises que je comprenais les frustrations et les inquiétudes des chercheurs. Je pense que là où les chercheurs sont justes dans leurs récriminations, c'est lorsqu'ils font valoir l'importance de la recherche et l'importance de financer la recherche, j'en conviens, M. le Président. Lorsque mes collègues utilisent des patients pour faire valoir leur point de vue, utilisent les menaces que des patients pourront perdre les soins qu'ils ont actuellement, je pense que, là, on pousse trop loin, M. le Président. Et jamais, même dans les pires conflits de travail du réseau de la santé et des services sociaux, on n'a pris en otages les patients dans des conflits ou des différends entre le gouvernement et les syndicats ou les associations professionnelles. Je pense que l'on ne doit pas aller jusque-là, M. le Président. C'est par respect pour les gens qui sont malades et qui vivent d'espoir, M. le Président, qu'on ne doit pas les utiliser à des fins de persuasion pour obtenir des décisions gouvernementales, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, je comprends que le ministre assume que les chercheurs ont amené les patients à sortir dans la rue. L'écho que moi, j'en ai eu : ce sont les patients eux-mêmes, qui sont indépendants

d'esprit, qui ont décidé de décrier la décision. Est-ce que le ministre peut s'imaginer que ça vient des patients et non pas des chercheurs, les sorties récentes?

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

M. Hébert : M. le Président, les sorties récentes font partie d'une stratégie bien orchestrée, financée d'ailleurs par les centres de recherche, pour être en mesure de créer un site Web et de créer un effet dans l'opinion publique, M. le Président. Et je pense que cette stratégie-là, pour moi, est allée trop loin. Parce qu'on a, comme je le disais tout à l'heure, utilisé des patients, utilisé des gens qui souffrent, utilisé des gens qui ont espoir dans des traitements pour faire valoir des points de vue. Et je pense, moi, qu'on a franchi une limite, au niveau de l'éthique, qui me préoccupe, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, je trouve ça triste, M. le Président, parce que, d'abord, le patient, c'est notre raison d'être. On fait de la recherche pour donner des meilleurs soins, et il y a 50 000 patients, actuellement, au Québec qui sont sous des essais cliniques et qui souvent font les essais cliniques dans le but d'améliorer la recherche et de trouver des nouveaux traitements. Et le message qui a été envoyé par ces mêmes patients au gouvernement et aux chercheurs : ils trouvent la situation désespérée. Est-ce que le ministre a rencontré des patients, ces gens-là qu'il dit aujourd'hui qu'ils ont été manipulés par des chercheurs? Encore que l'écho que nous avons, ce sont des patients qui, de façon très indépendante, ont décidé de manifester leur frustration et leur déception par rapport au gouvernement.

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

• *(16 h 40)* •

M. Hébert : M. le Président, comme je le disais tout à l'heure, les essais cliniques sont financés par des financements extrêmement conséquents qui ne sont pas dans la stratégie québécoise d'innovation, M. le Président, qui sont habituellement des fonds des Instituts de recherche en santé du Canada, ou du National Institute of Health aux États-Unis, ou encore des études multicentriques qui sont commanditées par l'industrie pharmaceutique. Ces essais cliniques ne sont donc pas touchés par le non-renouvellement de la stratégie québécoise d'innovation. Et, comme je le disais tout à l'heure, ce ne sont pas ces essais cliniques là qui vont être touchés, c'est des bourses pour des étudiants, c'est certains projets d'innovation qui étaient portés par la stratégie québécoise d'innovation, mais ce ne sont pas ces essais cliniques dans lesquels les patients sont impliqués, M. le Président. Et, s'il s'avérait que les stratégies des centres de recherche visent à couper ces fonds d'essais cliniques, je pense qu'il faudrait que les comités d'éthique de la recherche et les conseils d'administration des établissements puissent faire valoir leur responsabilité d'assurer que les soins aux patients sont maintenus, conformément aux protocoles de recherche qui ont été adoptés et qui sont suivis par les comités d'éthique des établissements.

Le Président (M. Bergman) : Maintenant, le bloc du gouvernement pour 21 minutes. Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Bonjour, M. le Président. Alors, ça me fait plaisir de vous saluer, de saluer M. le ministre, mes collègues de l'Assemblée nationale, membres de la commission, membres des groupes d'opposition, et je salue aussi, moi aussi, vraiment, les gens du ministère parce qu'on sait l'ampleur du travail que ça demande, là, de s'assurer que tout soit prêt pour cet exercice fondamentalement démocratique qui est l'étude des crédits du gouvernement.

M. le Président, le gouvernement a rendu public un rapport de la firme bien connue Secor-KPMG, qui portait sur les investissements en infrastructures. Ce rapport a mis en lumière certains détails qui m'apparaissent pour le moins préoccupants. On y parle de dépassements de coûts des projets, on y parle de l'absence de priorisation des projets et du rythme effréné, et même insoutenable, des investissements en immobilisations.

Secor-KPMG observe que des ministres ont pu faire de multiples annonces sans avoir obtenu l'autorisation du Conseil du trésor. À toutes fins pratiques, ça veut dire qu'il y a des ministres qui se sont promenés dans toutes les régions du Québec en annonçant des projets d'immobilisations et sans s'être assurés que ces projets-là ou ces promesses-là étaient fondés financièrement. Donc, on a vu des projets être ajoutés ou retirés au gré des pressions dans les régions.

Le rapport KPMG affirmait même qu'en tenant compte de l'ensemble des projets actuellement dans le Plan québécois d'infrastructures, qu'en tenant compte des dernières estimations des coûts et de ces fameux projets non inscrits, on devrait malheureusement faire des choix si on veut respecter les objectifs financiers et, surtout, la capacité de payer du gouvernement du Québec.

Je pense important d'avoir une idée claire de la situation. Le ministre, dans ses remarques préliminaires, nous a parlé de l'importance, pour le gouvernement, de la rigueur, de la gestion rigoureuse et transparente des fonds publics. Je pense que c'est ce que la population du Québec attend de son gouvernement. Je pense qu'elle est aussi tout à fait en droit d'attendre… de prétendre à cette rigueur dans la gestion de nos fonds.

Alors, M. le Président, j'aimerais que le ministre puisse nous entretenir des conséquences de la gestion des immobilisations qui a été dénoncée dans le rapport de KPMG et surtout des mesures correctives que le gouvernement devra certainement adopter.

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

M. Hébert : Merci beaucoup, Mme la députée de Sainte-Rose. Cette question, évidemment... C'est une situation déplorable que nous avons constatée à notre arrivée au ministère de la Santé et des Services sociaux. KPMG-Secor avait... a révélé non seulement des dépassements de coûts, mais a révélé également que la gestion du plan quinquennal d'immobilisations, ce qui est le plan du gouvernement pour les infrastructures, était déficiente sous l'administration, sous le régime libéral. KPMG a même souligné que certains ministres — et j'ai pu constater que c'était le cas en santé et services sociaux — retiraient des projets du plan quinquennal d'immobilisations pour en mettre d'autres à son bon gré, M. le Président.

Je vais sans doute rappeler de très bons souvenirs au député de Jean-Talon et vous donner l'exemple des projets qui ont été annoncés, mais qui n'ont pas été inscrits au plan quinquennal d'immobilisations par le régime libéral. Il y en a pour 2,3 milliards, M. le Président. Alors, je vais les rappeler, ça va rappeler des bons souvenirs d'annonces que le député de Jean-Talon a faites un peu partout au Québec : alors, le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent pour 13 millions de dollars; le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, un CHSLD, pour 20 millions; le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice, l'agrandissement de l'urgence, pour 9 millions; l'Hôpital Sainte-Croix, de Drummondville, pour 31 millions; le Centre d'hébergement de Cartierville, M. le Président, pour 13,8 millions; le Centre de santé de Chibougamau, un nouveau CHSLD, pour 10,6 millions; le Centre de santé d'Argenteuil, un CHSLD de 131 lits, M. le Président, 35 millions; le Centre d'hébergement de Rigaud, une annonce de sa collègue du PLQ, 7,8 millions, M. le Président; l'Hôpital St. Mary's, dans le comté de son collègue, le député d'Outremont, qui a été même retiré du plan quinquennal d'immobilisations, 38 millions; l'hôpital de Baie-Saint-Paul, un supplément qui n'a pas été inscrit au PQI, pour 125 millions; l'Hôpital de L'Enfant-Jésus, en sciences neurologiques, le comté de son collègue député de Jean-Lesage, 81 millions, qui a été retiré du PQI, celui-là aussi; l'hôpital de La Malbaie, 255 millions qui a été annoncé, M. le Président; l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, pour la traumatologie, qui a été retiré du PQI, dans le comté de Saint-Laurent, le chef de l'opposition officielle, 60 millions, M. le Président; l'Hôpital général juif, un projet pour le Pavillon K, 183 millions; le Centre universitaire de santé McGill pour l'hôpital de Lachine, dont on entend parler de ce temps-ci, 70 millions; l'Institut de cardiologie de Montréal, qui a été retiré du PQI, un projet de 100 millions, M. le Président; le Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles, un projet de 50 millions; l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, M. le Président, un projet qui est demandé par les ordres professionnels parce qu'il y a un problème réel en santé mentale, qui a été retiré du PQI, M. le Président, un projet de 85 millions.

Dans ma propre circonscription, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre femme-jeunesse-famille, 246 millions, M. le Président, annoncé au moins cinq fois au cours des six dernières années, M. le Président, mais qui n'était pas attaché au plan quinquennal d'immobilisations; le CSSS de Rouyn-Noranda, la radiothérapie qui a été annoncée, 42 millions, pas attaché; 146 lits à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur de Repentigny, M. le Président, un projet de 100 millions, pas attaché; le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, M. le Président, un projet qui a été retiré du PQI, qui était dans sa phase finale, 51,5 millions; les Nouvelles Casernes, ici, à Québec, M. le Président, annoncées, pas de financement, 17,3 millions; et finalement, l'hôpital de Lévis, la radiothérapie, un centre de cancérologie, 62,6 millions.

Il y en a pour 2,3 milliards, M. le Président, de projets qui ont été annoncés, surtout dans la dernière année, en campagne électorale d'ailleurs, et qui n'ont jamais été attachés au plan quinquennal d'immobilisations. C'est inacceptable, M. le Président. Nous gérons les fonds publics; il est important qu'on puisse faire en sorte que le plan quinquennal soit consolidé, que le plan quinquennal soit rigoureux, que le plan quinquennal soit discuté au Conseil des ministres, au plus haut niveau, pour ne pas que des ministres puissent, à leur bon gré et selon les influences, politiques ou autres, être capables d'enlever des projets, de rajouter d'autres projets de façon à tuer des espoirs, M. le Président, dans ces régions-là, qui ont vu, dans ces annonces, l'espoir d'avoir des infrastructures supplémentaires, qui ont vu, dans ces annonces, l'espoir d'avoir un meilleur accès au système de santé et qui se voient flouées, M. le Président, par des annonces qui n'avaient pas de substance au niveau des fonds publics qui étaient réservés, consentis pour les infrastructures.

Nous avons annoncé que nous aurions une gestion rigoureuse des infrastructures, d'une part, de façon à bien établir les budgets nécessaires pour qu'on n'ait pas de surprises, pour qu'on n'ait pas les sempiternels dépassements de coûts qu'on voit dans le réseau de la santé, dans les projets d'infrastructure au cours des dernières décennies, M. le Président. Et il est important qu'on puisse donner l'heure juste non seulement au niveau du gouvernement, non seulement au niveau de l'Assemblée nationale, mais pour toute la population, l'heure juste des projections d'infrastructure, de façon à ce que la population sache à quoi s'attendre, de façon à ce que la population puisse apprécier des annonces, des annonces qui sont associées à des budgets qui sont à la clé, M. le Président, pour faire en sorte qu'on puisse ajouter de la rigueur dans la gestion des finances publiques, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

• *(16 h 50)* •

Mme Gadoury-Hamelin : Oui, alors, bonjour, M. le Président, M. le ministre, M. le député de Jean-Talon, Mme la députée de Groulx, mes collègues de l'équipe ministérielle, l'équipe du ministère et du cabinet que... une partie des gens qu'on a vus hier pour les services sociaux. Alors, bonjour, merci d'être là, merci d'appuyer notre travail au quotidien.

Alors, vous avez parlé, M. le ministre, tout à l'heure, du dossier de l'hôpital Lachine parmi les mentions que vous avez faites des dossiers qui avaient été mis de côté ou soit en dépassements importants. Alors, effectivement, le dossier de l'hôpital Lachine a été un dossier qui fait parler de lui. Donc, en 2008-2009, l'hôpital Lachine, qui appartenait alors au CSSS Dorval-Lachine-LaSalle, était intégré au centre hospitalier de l'Université McGill. Il semblerait que l'intégration à ce centre hospitalier suscite des questionnements.

M. le ministre, pourriez-vous nous expliquer les raisons qui ont motivé votre demande à l'agence de Montréal de réfléchir à l'avenir de l'hôpital Lachine et nous expliquer un peu l'évolution de ce dossier?

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

M. Hébert : Merci beaucoup, Mme la députée. Le dossier de l'hôpital Lachine est un dossier un peu curieux. Je m'explique : il y a cinq ans a été prise la décision de rattacher cet hôpital au Centre universitaire de santé McGill pour toutes sortes de raisons, des bonnes et des mauvaises, étant donné qu'il y avait des problèmes au niveau du réseau local de Dorval-LaSalle-Lachine pour la vocation de cet hôpital-là et qu'il y avait des problèmes également de main-d'oeuvre médicale et de couverture, notamment des services d'urgence et de certains soins hospitaliers. Il y avait des problèmes également de qualité des soins.

Il est fort inhabituel qu'on confie à un établissement de soins tertiaires et quaternaires, un établissement de soins ultraspécialisés, la gestion d'un hôpital de proximité. Vous conviendrez, M. le Président, que ce n'est pas la vocation, la mission d'un centre universitaire de pouvoir gérer un hôpital de proximité. Mais, pour en arriver à une solution, pour préserver la nature de cet hôpital, cette décision a été prise, et il faut réaliser qu'elle a eu de bons côtés en termes de qualité des services, en termes de maintien des services. Je pense que le personnel et la direction du Centre universitaire de santé McGill ont, je pense, pris leurs responsabilités dans ce dossier.

Ce qui me préoccupe, moi, c'est l'avenir, c'est le futur, c'est le rôle de cet hôpital pour répondre aux besoins de santé et de services sociaux de la population non seulement de Dorval et Lachine, mais aussi de l'ensemble de l'Ouest-de-l'Île qui, comme vous le savez, a certains problèmes à avoir accès à des services de proximité, des services de deuxième ligne, surtout, des services hospitaliers.

Mon inquiétude s'est vue renforcée par un certain nombre d'événements. D'abord, des gens de l'hôpital Lachine sont venus me rencontrer : le Dr Saba, entre autres, au nom des médecins de l'hôpital de Lachine, M. Paul Brunet aussi, qui est un citoyen. Ils sont venus me rencontrer pour me faire part de leurs préoccupations par rapport à l'importance que le Centre universitaire de santé McGill accordait à l'hôpital de Lachine et ils voulaient que l'hôpital de Lachine puisse retrouver son autonomie, son conseil d'administration. Et, comme vous le savez, M. le Président, depuis la réforme de 2003, nous avons établi une nouvelle gouvernance dans le réseau de la santé et des services sociaux où les vocations hospitalières, les vocations de centres locaux de services communautaires et de centres d'hébergement sont intégrées dans des centres de santé et de services sociaux, et il n'était pas du tout de notre intention — et il est plutôt anachronique — de redonner à un hôpital une indépendance, alors que les quelques exceptions qui persistent dans le réseau montrent que cette indépendance est source de problèmes importants d'intégration et de services à la population.

Deuxième élément qui nous a inquiétés, c'est que les immobilisations qui étaient prévues à l'hôpital de Lachine — hein, il y en avait pour 70 millions, comme je le disais tout à l'heure — n'ont jamais été priorisées par le Centre universitaire de santé McGill. Évidemment, cet hôpital de mission universitaire va prioriser les projets qu'elle a actuellement au site Glen, et également certains projets qu'elle envisage au niveau du Montréal Neurological Institute, et du réaménagement du site du Montreal General, et également du Royal Victoria, M. le Président. C'est sûr que l'hôpital Lachine, dans ce contexte-là, n'est pas en tête des priorités des infrastructures du Centre universitaire de santé McGill.

Troisième élément qui nous a inquiétés, c'est de voir l'intention du Centre universitaire de santé McGill de développer à l'hôpital Lachine des services surspécialisés, notamment en chirurgie bariatrique et dans d'autres disciplines. Et là ça nous questionne, M. le Président. On a là un hôpital qui devrait desservir des usagers de cette région, de Dorval, Lachine et de l'Ouest-de-l'Île, et qui va être une annexe au Centre universitaire de santé McGill pour des services spécialisés. Il y a là une contradiction entre un hôpital de proximité et une vocation universitaire tertiaire ou même quaternaire, M. le Président.

Autre élément qui nous a inquiétés, c'est la décision, en janvier, du Centre universitaire de santé McGill de couper des lits, de fermer les lits à l'hôpital de Lachine. Et je vous rappelle que c'était en janvier, en pleine crise de la grippe, M. le Président, où les urgences débordaient, et là on annonce : On va fermer des lits à l'hôpital de Lachine. Alors, vous comprenez que, comme ministre de la Santé, là, je trouve un petit peu curieuses ces décisions qui s'accumulent, et c'est dans ce contexte que j'ai demandé à l'agence de réfléchir à la gouvernance de l'hôpital Lachine dans la perspective d'être capables de donner à la population de Dorval, de Lachine et de l'Ouest-de-l'Île accès à des services de proximité, des services d'urgence, des services hospitaliers de soins secondaires et de voir à ce que l'hôpital de Lachine puisse contribuer à cet accès-là, et de réfléchir : Est-ce que la décision qui a été prise il y a cinq ans, pour toutes sortes de raisons que je ne remets pas en question, est-ce que cette décision-là tient encore la route? Est-ce que c'est la meilleure décision pour que la population de l'Ouest-de-l'Île de Montréal puisse avoir accès à des services de proximité de qualité, M. le Président?

Et j'ai donc demandé à l'agence de faire cet exercice. Et, pour le faire, ils ont demandé à Richard Lemieux, qui a déjà été directeur d'établissement dans le réseau... Le dernier établissement qu'il a dirigé, c'est l'hôpital de Chicoutimi, donc il connaît tant la vocation universitaire que les services de proximité. Et M. Lemieux a été un des précurseurs où il a préféré que son hôpital universitaire soit intégré dans un centre de santé et de services sociaux au moment où la plupart des autres hôpitaux universitaires préféraient garder leur indépendance. Alors, M. Lemieux, lui, a opté pour une stratégie différente qui a porté fruit, M. le Président, et l'hôpital de Chicoutimi, je pense, est un bon modèle d'intégration des soins dans la communauté.

Alors, M. Lemieux a commencé son travail de rencontrer l'ensemble des acteurs, de voir la situation et d'avoir la perspective de faire en sorte que cette infrastructure qu'est l'hôpital de Lachine, un hôpital centenaire, M. le Président, puisse continuer à jouer un rôle important, un rôle actif pour donner accès aux gens de Dorval, de Lachine et de l'Ouest-de-l'Île à des services hospitaliers de qualité.

M. Lemieux doit me rendre rapport au cours des prochaines semaines, et, pour moi… Est-ce qu'il faut changer la gouvernance ou encore est-ce qu'il faut avoir une stratégie pour mieux arrimer le Centre universitaire de santé McGill et le CSSS Dorval-LaSalle-Lachine dans la perspective de la contribution de cet hôpital à la dispensation de services

hospitaliers et de deuxième ligne pour cette population? Alors, c'est dans ce contexte-là qu'on a entrepris cette démarche pour assurer des soins de qualité à cette population.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Ceci met fin à ce bloc.
Et maintenant, pour l'opposition officielle, un bloc de 20 minutes. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Vu qu'on est dans les immobilisations, je pense que ça va être intéressant d'en discuter un peu.

D'abord, le ministre va nous expliquer comment on peut faire des projets, exemple, la construction de l'hôpital de Baie-Saint-Paul, l'hôpital de La Malbaie, sans donner au moins l'indication que ça va se faire, en sachant pertinemment qu'à un moment donné on va devoir mettre l'argent dans le PQI et qu'au début des travaux... il est trop tôt pour être capables d'annoncer le montant et également savoir à quel moment qu'on allait commencer à construire et qu'on allait commencer à débourser.

J'aimerais ça que le ministre nous explique c'est quoi, les différentes étapes lorsqu'on décide de faire un projet, et puis je vais lui demander d'en expliquer deux : celui de Baie-Saint-Paul, où il y avait une situation urgente, où il fallait annoncer rapidement la reconstruction d'un hôpital qui, par la suite, lors des évaluations, ont démontré que c'était à un coût d'environ 400 millions de dollars, et, en même temps, il faut penser à consolider l'hôpital de La Malbaie. Et j'aimerais ça aujourd'hui que le ministre, de la façon dont il parle, qu'il nous dise que l'hôpital de La Malbaie ne se fera pas, parce qu'il dit qu'il n'a pas d'argent. Deuxièmement, j'aimerais entendre de la part du ministre si, oui ou non, il y a une intention de faire de la radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue ou c'est un projet qui, aujourd'hui, nous dit ne se fera pas parce qu'on n'est pas capables d'avoir de vision à long terme.

Lorsqu'on est allés faire l'annonce de la radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue, c'était l'intention de l'installer d'ici six à sept ans, il y avait des travaux à faire, et on ne peut pas faire les travaux tant que l'annonce n'est pas faite. Et il n'y avait pas d'argent à réserver au PQI tout simplement parce que c'était encore à l'état projet et ça a été bien décrit comme ça.

Ce que je viens de vous décrire comme exemple, c'est la majorité des projets que le ministre a parlé, et j'aimerais aujourd'hui qu'il nous dise vraiment c'est quoi, son intention par rapport à la radiothérapie et à l'hôpital de La Malbaie.

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

• *(17 heures)* •

M. Hébert : M. le Président, lorsqu'on annonce des projets comme ça, il faut s'assurer que les finances de l'État peuvent soutenir la construction, peuvent soutenir les coûts de construction. Il faut s'assurer, lorsqu'on inscrit au PQI, que les évaluations des coûts sont faites de façon rigoureuse et nous permettent d'avoir une idée très précise des montants qui devront être réservés par l'État pour être capable de réaliser ces travaux. Ça n'a pas été le cas pour l'hôpital de Baie-Saint-Paul, M. le Président. Les estimés qui étaient inscrits au PQI étaient largement inférieurs à ce que ça coûte pour construire cet hôpital de Baie-Saint-Paul.

La même chose lorsqu'on annonce... Les 2,3 milliards, on annonce ça en grande pompe. Puis je vais vous donner l'exemple du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. On l'a annoncé, M. le Président. On l'a annoncé même dans la dernière campagne électorale, M. le Président, alors que ce n'était pas au plan quinquennal d'immobilisations, alors qu'il n'y avait aucune provision pour les six prochaines années qu'il y ait de l'argent dans le plan quinquennal d'immobilisations.

Nous sommes en train, M. le Président, de faire un exercice rigoureux. D'abord, j'ai mis en place une grille de priorisation. J'ai demandé... Ça n'existait pas. J'ai demandé qu'on fasse des critères pour prioriser les différents projets, ce qu'on a fait à l'intérieur du ministère : une première grille qui considère l'urgence clinique, M. le Président; l'historique de ce projet, M. le Président; et également les considérations de vétusté ou, comme dans Baie-Saint-Paul, des considérations sismiques. Deuxièmement, j'ai demandé, dans chacune des agences, dans chacune des régions, qu'on priorise les projets selon l'urgence de procéder et selon le consensus de la région. Alors, ces deux exercices de priorités, M. le Président, nous permettent d'ordonnancer les projets.

Le deuxième exercice, M. le Président, c'est regarder quels sont les investissements qui sont disponibles dans le budget de l'État. Mon collègue le ministre des Finances a annoncé, dans son budget, des investissements totaux, et il faut faire la répartition entre ce qui va à l'Éducation, ce qui va aux Transports, aux Affaires municipales et ce qui revient à la Santé. Et, ayant ce budget d'investissement, bien, nous pourrons ordonnancer les projets, non seulement pour les cinq, mais les 10 prochaines années parce qu'il y en a pour les 10 prochaines années dans ce qui a déjà été annoncé, M. le Président, quand on considère surtout que la grande majorité du financement d'immobilisations, la grande majorité pour les trois prochaines années, va aller aux projets majeurs sur l'île de Montréal : le CHUM, le CUSM, Sainte-Justine, le Jewish General Hospital. C'est là qu'ils vont, M. le Président. La grande majorité des fonds d'immobilisations sont affectés, sont déjà réservés, sont déjà engagés pour ces projets majeurs, de sorte que l'espace disponible est restreint.

Et nous allons considérer l'hôpital de Baie-Saint-Paul, l'hôpital de La Malbaie et l'ensemble des autres projets qui sont dans cette liste annoncée et non provisionnée, mais aussi dans une autre liste qui comporte des projets qui n'avaient pas été annoncés, Dieu merci, mais qui sont nécessaires également et qui ont fait l'objet de certaines priorités. Donc, l'ensemble de cette liste va être ordonnancée de façon à qu'on puisse être en mesure d'informer les gens, en toute transparence, de la date à laquelle ils peuvent espérer que leur projet soit financé et soit réalisé.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, si je comprends bien le ministre, aucun établissement au Québec ne devrait travailler sur des projets d'amélioration de leurs infrastructures pour les 10, 15 prochaines années. Est-ce que le ministre est conscient qu'il y a des projets qui se réalisent aujourd'hui, ont pris 10 à 15 ans, et qu'il ne fallait pas les inscrire au PQI lorsqu'on en a eu l'idée, lorsqu'on a laissé savoir que le projet allait se faire et qu'on devait continuer à travailler? Est-ce qu'il va demeurer dans une vision court terme avec une approche uniquement financière et non pas d'approche de soins?

Ce que le ministre vient de nous dire aujourd'hui : le CHUS doit oublier son agrandissement de 245 millions qui, en passant, a été refait parce qu'ils ont décidé de combiner deux projets. Ça veut dire également que tous les projets qui sont planifiés pour les sept à 10 prochaines années sont mis en suspens, alors qu'il y a des travaux qui doivent se faire à chaque année pour qu'on en arrive à la fin de le mettre dans le PQI puis qu'ils se réalisent.

Ce que le ministre, par son discours, nous dit aujourd'hui, et je veux qu'il nous le confirme : Tous les travaux pour la radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue sont arrêtés aujourd'hui même, et les trois députés de l'Abitibi-Témiscamingue vont devoir répondre à leurs populations que la population devra continuer d'aller se faire traiter à Gatineau ou à Montréal.

Est-ce que le ministre, oui ou non... Et on ne veut pas de grand discours à la rhétorique puis à la sophiste, là, on veut avoir la réponse. Oui ou non, est-ce que les travaux pour l'Abitibi-Témiscamingue en radiothérapie cessent à partir d'aujourd'hui parce qu'il n'y pas d'argents qui sont provisionnés aujourd'hui mais qui auraient dû être provisionnés dans quelques années? Oui ou non?

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

M. Hébert : M. le Président, ce que je reproche au député de Jean-Talon...

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...je veux savoir la réponse, j'ai posé la question. C'est oui ou non?

Le Président (M. Bergman) : La parole est au ministre...

M. Hébert : ...que vous soyez responsable des actes que vous avez commis, hein? C'est vos crédits, là, qu'on est en train de juger, monsieur...

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...on avait une vision à long terme.

M. Hébert : Le problème...

Le Président (M. Bergman) : S'il vous plaît, collègues! S'il vous plaît!

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : S'il vous plaît, collègues! La parole est au ministre. M. le ministre.

M. Hébert : Le problème, M. le Président, ce n'est pas qu'on suscite des projets. Ce n'est pas le problème. Le problème, c'est qu'on l'annonce, M. le Président, et on fait croire au monde que l'argent est disponible pour être capable de réaliser ce projet-là. C'est là qu'il est, le problème, M. le Président. On annonce des projets alors qu'ils sont encore à l'état de projet. Et il faut bien réaliser qu'il faut toujours avoir une amélioration continue de nos infrastructures, M. le Président, mais il faut se garder de faire des annonces pour lesquelles on n'a pas encore de provision au niveau budgétaire, et c'est ça qui est ce que reproche KPMG-Secor. Ce n'est pas moi qui reproche ça, là, ce n'est pas juste moi, là, KPMG-Secor qui reproche ça au gouvernement précédent, d'avoir fait des annonces, d'avoir fait des manipulations à l'intérieur du plan quinquennal d'immobilisations, qui font en sorte que des projets se voient relégués au second rang.

Comment est-ce qu'on peut regarder ses collègues? Le député d'Outremont, pour lequel on a retiré le projet de St. Mary's, je suis sûr qu'il ne l'a même pas su. Le député de Jean-Talon, L'Enfant-Jésus, il ne l'a pas su non plus, que son projet avait été retiré. L'Hôpital du Sacré-Coeur, le député de Saint-Laurent, son chef actuel, il ne l'a pas su, que son projet avait été retiré. Comment est-ce que la députée de Trois-Rivières réagit lorsqu'on retire son projet du PQI pour le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières? C'est ce genre de manipulation, M. le Président, qu'on ne doit plus avoir dans le réseau de la santé, et c'est là qu'on va mettre de la rigueur.

Il reste des projets un peu partout au Québec. Ils sont encore à l'état de projet. On va continuer à les faire avancer, mais on ne les annoncera pas, tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas l'argent pour les réaliser, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, M. le Président, je suis déçu de voir que le ministre ne connaît pas ses dossiers. Vraiment, là, c'est décevant. Comment peuvent-ils travailler sur un dossier s'il n'y a pas déjà une annonce, à un moment donné, qui disait que le dossier va se faire dans le temps? Et il n'y a pas d'argent à réserver. C'est comme ça que ça fonctionne, on n'a pas d'argent à réserver pour une intention.

Et j'inviterais le ministre à aller lire le communiqué. La radiothérapie qu'il y a eu en Abitibi-Témiscamingue, ils ont fait des travaux, d'ailleurs en collaboration avec les députés qui, à l'époque... le député d'Abitibi-Ouest, qui, lui, était d'accord qu'on installe la radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue. Et ça a été fait de façon rigoureuse.

Le rapport KPMG, ce qu'il dit, le rapport KPMG, c'est qu'il y avait des annonces qui allaient être faites à un moment donné et puis il y a de l'argent qui allait être réservé.

Juste pour poser une question au ministre… Cette année, ils ont une enveloppe d'environ 300 à 400 millions de dollars qui permet de compléter le projet du St. Mary's, l'urgence d'Alma, qui permet de compléter également le centre hospitalier de Trois-Rivières qui était très haut dans les priorités. Est-ce que le ministre va utiliser l'enveloppe de cette année pour compléter les projets qui sont essentiels pour le Québec?

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

M. Hébert : M. le Président, il les a enlevés, ces projets-là. Il me dit : Les argents étaient réservés. M. le Président, les argents n'étaient pas réservés au plan quinquennal d'immobilisations, même pour l'année actuelle, dans les projets qu'il mentionne, M. le Président.

L'hôpital d'Alma est un bel exemple. On a réservé le budget pour le stationnement souterrain, M. le Président, un stationnement souterrain à Alma, puis le projet qui va au-dessus, là, ce n'était pas attaché, M. le Président. Alors, moi, il faut que je fasse les efforts pour aller chercher l'argent pour attacher ce projet-là de façon à ce qu'on n'ait pas un beau stationnement à Alma, mais qu'on ait surtout ce qui est le plus important, qu'on ait des services médicaux, des services d'urgence à la population, M. le Président. C'est ça qu'on veut faire. C'est ça, de la rigueur.

Et je constate que le député de Jean-Talon n'a même pas d'autocritique par rapport à la situation dans laquelle il a mis le Québec et il a mis le réseau de la santé et des services sociaux. Il ne réalise même pas qu'il y a un problème. Alors, on part de loin, M. le Président.

Nous, on réalise qu'il y a un problème. Nous, on réalise qu'il faut être rigoureux dans la gestion des fonds publics. Nous, on réalise qu'il faut être capable d'assurer la population que des projets vont être financés, vont se réaliser avant de les annoncer, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

• *(17 h 10)* •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, M. le Président, le ministre est un médecin qui est en train de tuer son patient. C'est très clair qu'à chaque année il y a une enveloppe de 300, 400 millions de dollars qu'on peut dédier aux projets à continuer. Et, pour réussir à commencer à faire une pelletée de terre de ces projets, il fallait commencer par les annoncer puis donner les orientations.

Un exemple : Est-ce que le ministre aurait attendu encore pour le projet d'Alma, encore un deux à trois ans avant de commencer, alors qu'actuellement le stationnement est terminé? C'est un autre montant de 10 à 12 millions qu'il faut remettre cette année à partir des enveloppes qui sont déjà budgétées par le gouvernement.

Ce que je vois, c'est que le ministre n'est pas capable de prendre de décision. Et ce que je vois également pour le réseau de la santé, et c'est triste, il n'y a plus de projets qui vont se faire. Et je ramène encore le ministre à la même question : Est-ce qu'aujourd'hui il nous dit que l'Abitibi-Témiscamingue n'aura pas de radiothérapie? Parce que, si on ne donne pas l'intention qu'il y en ait un jour, ils ne peuvent pas commencer à faire des travaux pour qu'un jour il y en ait. Est-ce que le ministre, et je répète la question, nous dit, nous confirme qu'il cesse tout investissement dans le but d'avoir de la radiothérapie en Abitibi-Témiscamingue? Oui ou non? Et ne pas tourner autour du pot, s'il vous plaît, M. le ministre.

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

M. Hébert : Je vais répondre de façon très précise. Le député de Jean-Talon, il veut m'amener à faire ce qu'il a fait, lui : annoncer des projets sans avoir l'assurance que ces projets ont le budget nécessaire.

Moi, ce que je dis au député de Jean-Talon, c'est que je vais attendre qu'ils soient au PQI, là. On va prendre les décisions quand on va avoir l'enveloppe pour la santé, quand on va avoir mis les projets prioritaires sur l'enveloppe qu'on a, et, lorsque ça sera disponible, je vais l'annoncer, mais pas avant.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : J'annonce à la population de l'Abitibi-Témiscamingue que tous les travaux qui devaient se faire pour les deux à trois prochaines années dans le but d'avoir de la radiothérapie dans sept ans sont cessés. Donc, dans trois ans, quand ils vont se décider à refaire les travaux, ce ne sera pas dans sept ans que vous allez avoir le droit d'aller vous faire soigner en Abitibi-Témiscamingue, à Rouyn-Noranda. Vous allez continuer d'aller à Gatineau, et ça va prendre un délai encore de trois ans. C'est ce que nous appelons une vision à très court terme par un ministre qui, surtout, est orienté financier et non pas orientation soins aux patients. C'est notre conclusion, M. le Président.

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

M. Hébert : M. le Président, il fait encore des annonces, M. le député de Jean-Talon. Il n'a pas comme réalisé qu'il n'était plus ministre de la Santé. Il ne peut pas annoncer qu'il n'y aura pas de projet, il ne peut pas annoncer qu'il y en a un. Il en a annoncé plein de projets.

Moi, ce que je vous dis, c'est qu'avant de faire l'annonce, là, on va attendre de savoir est-ce que c'est attaché au plan quinquennal d'immobilisations. Je ne dis pas qu'il n'y aura pas de projet, je ne dis pas qu'il va y en avoir. Je

dis qu'il est prématuré, à ce stade-ci, de pouvoir faire des annonces et je vais attendre d'avoir le budget nécessaire pour le réaliser avant de faire des annonces. C'est ce que j'ai dit à Saint-Jérôme, c'est ce que j'ai dit dans les Laurentides, c'est ce que j'ai dit dans Lanaudière : que je ne ferais pas d'annonce tant et aussi longtemps que je n'aurais pas l'argent à mettre sur la table pour réaliser le projet, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, ma conclusion, M. le Président, c'est un réseau qui va stagner. Il n'y a aucune grande orientation pour les prochaines années, et ce que le ministre n'a pas encore compris, c'est qu'avant de pouvoir réaliser un projet, il y a beaucoup de travaux préliminaires avant, et le ministre ne pourra pas faire ces travaux préliminaires là parce que les gens ne savent pas si le projet, un jour, va se réaliser. Et, au niveau orientations, c'est bien important parce que ça met le réseau dans une situation difficile. L'hôpital de Saint-Jérôme, les 130 lits dans le coin de Lanaudière, le député du secteur se lève à chaque année pour nous demander qu'est-ce qu'on va faire du projet. Aujourd'hui, le ministre nous confirme que les 130 lits de la région de Lanaudière ne verront pas le jour avant plusieurs années. Est-ce que j'ai raison, M. le ministre?

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

M. Hébert : Vous n'avez pas raison, M. le député de Jean-Talon. Je vous explique que je ne fais pas ce genre d'annonce, ni d'un bord, ni de l'autre aujourd'hui, avant d'avoir les budgets, M. le Président, qui sont consolidés et pour lesquels je peux assurer la population qu'il y a un délai de construction qui est fixé dans le temps et avec un budget qui est bien réservé.

Alors, c'est... Je pense qu'en trois mois, M. le Président, j'ai compris, moi, ce que KPMG veut faire : améliorer le processus. En cinq ans, le député de Jean-Talon, il n'a jamais compris comment ça marchait puis, on le voit aujourd'hui, il ne comprend pas encore comment ça marche. Il ne comprend pas qu'on ne peut pas, de façon rigoureuse, de façon responsable, annoncer des projets sans qu'on les ait provisionnés au plan quinquennal d'immobilisations.

Et, quand on parle de vision d'avenir, M. le Président, moi, je vais vous dire, on va avoir un plan décennal d'immobilisations. Ça, c'est une vision d'avenir, M. le Président. On va être capables de projeter dans le temps les immobilisations qui vont être nécessaires, et surtout, une fois qu'on aura passé les grands travaux de Montréal, il va nous rester de l'oxygène, à ce moment-là, M. le Président, il va nous rester de l'argent pour qu'on puisse investir ailleurs au Québec, dans les régions qui en ont bien besoin, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon, il vous reste trois minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, écoutez, M. le Président, je pense que le ministre n'a pas compris que ce n'est pas un ministre de processus, puis il n'est pas le ministre des Finances. Il est le ministre de la Santé et des Services sociaux et il doit donner des services. Et aujourd'hui, on a des établissements que c'est très vétuste, et, si vous ne vous donnez pas l'orientation en leur disant que le projet va aller de l'avant à un moment donné, il est clair que les gens ne peuvent pas travailler, et il va y avoir un décalage.

Ce que le ministre nous dit aujourd'hui de façon assez claire, c'est qu'il y a plusieurs établissements qui s'attendaient à des projets, au cours des prochains cinq à 10 ans, qu'ils vont devoir décaler. Un exemple, le ministre, tantôt, a dit qu'on avait fait l'annonce de la radiothérapie à Lévis. Ce que nous avons dit, c'est qu'il y a eu un projet qui a été fait et que nous allons le soutenir. Est-ce qu'il dit également aujourd'hui que Maisonneuve-Rosemont ne doit plus travailler sur son plan d'amélioration qui, on le sait, va prendre de 10 à 20 ans? Est-ce que le ministre confirme au réseau de la santé aujourd'hui que tous travaux doivent cesser parce qu'ils n'ont pas l'autorisation du ministère ou du Conseil du trésor pour faire le moindre travail et engager le moindre argent?

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, il reste...

M. Hébert : Voyez-vous, M. le Président, il est là, le problème. C'est que, dans les annonces, la petite partie de phrase que le député de Jean-Talon a dite tout à l'heure, «dans 10 ou 20 ans», elle n'était pas dans les annonces, M. le Président. Et on a donc laissé entendre aux gens qui, de toute bonne foi, croient en leur projet, que ce projet-là allait se réaliser au cours des prochaines années. Il est là, le problème, M. le Président.

Alors, je le répète, M. le Président, il y aura toujours des projets dans le réseau de la santé et services sociaux. Les agences, les établissements travaillent sur des projets, mais, avant de faire des annonces ministérielles, on va attendre d'avoir le budget, on va attendre d'avoir les moyens, comme Québécois, d'être capables de financer ces projets-là. Et on ne laissera pas accroire aux gens qu'il y a des projets qui vont se réaliser à court terme, alors que c'est des projets qui vont plutôt être réalisés dans une séquence que nous établirons, M. le Président, et qui sera transparente.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Ceci met fin à ce bloc. Là, le bloc du gouvernement pour 25 minutes, M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Merci. M. le Président, M. le ministre, chers collègues de l'opposition, cher personnel du ministère et du personnel politique, bonjour. Ça fait plaisir.

Alors, M. le Président, comme beaucoup de Québécois, je suis très préoccupé par la santé mentale, préoccupé à tel point qu'en 2002, quand j'ai pris ma retraite, j'ai mis sur pied une petite fondation qui s'appelle Espoir-Jeunesse-Argenteuil. Pourquoi cette fondation? C'est qu'à la dernière année de mon travail comme directeur d'école, avec mon équipe, j'avais procédé à l'intégration d'un enfant de cinq ans à la maternelle, enfant qui souffrait de problèmes de santé mentale et qui était suivi en clinique pédopsy dans ma région. Donc, avec l'équipe qu'on m'avait fournie, on a procédé à l'intégration et, à la fin de l'année, on a constaté qu'on avait remporté un certain succès. Sauf qu'à l'analyse du projet on s'était aperçus qu'il y avait des zones grises, des zones où la maman monoparentale ou l'enfant n'avaient pas accès à certains services. Donc, la fondation, la particularité, c'est qu'on intervient là où il n'y a pas de service disponible. Et je peux vous dire qu'après 10 ans d'existence ma fondation, actuellement, ne réussit pas à combler toutes les demandes que nous recevons au niveau des besoins des enfants à besoins non comblés. Donc, je suis très conscient, à ce niveau-là, de la problématique de la santé mentale.

Depuis ma retraite en 2002, je me suis impliqué beaucoup au niveau des aînés, dans un comité, chez nous, qui s'appelle Parole aux aîné-e-s, dont le but est de briser la solitude des aînés. Et là aussi, encore, on a pu constater vraiment beaucoup de détresse et d'anxiété chez les aînés qui sont préoccupés par... parce que souvent, en santé mentale, quand on veut regarder la situation, on a tendance à regarder des maladies chroniques, des maladies sévères, alors que, pour nos aînés, souvent, des cas sont causés par l'anxiété, fragilisent ces gens-là. Alors, anxiété que j'ai constatée beaucoup chez mes jeunes à l'école et au niveau de la fondation, anxiété causée par la pauvreté dans les zones défavorisées.

• *(17 h 20)* •

On sait très bien, tous, que, depuis quelques années, à cause de notre situation sociale, bien, les pauvres se sont appauvris et les riches se sont enrichis. Donc, ces enfants-là sont fragilisés par l'état de pauvreté des familles, situation familiale aussi où on a beaucoup de situations avec des mamans monoparentales, quelques pères également, beaucoup de situations de séparation. Donc, ces enfants-là vivent des situations anxiogènes importantes. Et nos aînés, par ricochet, sont mis à contribution pour s'occuper de leurs enfants, de leurs petits-enfants. Et on a constaté également de nombreux cas d'abus envers les aînés. Alors, tout ça fait en sorte qu'il y a une portion très importante de nos jeunes et de nos aînés qui sont fragilisés et à risque.

On sait aussi qu'il y a un Québécois sur six qui est appelé, peut être touché à n'importe quel moment. Et ça peut nous arriver à n'importe qui de nous, ça peut nous toucher, moi et tout le monde qui est ici, là. Personne ici n'est en dehors du risque d'être touché par la problématique de la santé mentale.

Alors, j'étais heureux d'entendre le ministre, au tout début, quand il a... la première priorité qu'il a énoncée était sur, justement, la santé mentale. Alors, ma question, comme je sais que le ministre de la Santé est très... tient à coeur et est très préoccupé, j'aimerais l'entendre élaborer, l'entendre parler de sa vision sur la situation de la santé mentale au Québec.

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

M. Hébert : M. le Président, je voudrais remercier le député d'Argenteuil de sa préoccupation par rapport à la santé mentale, une préoccupation que je partage, M. le Président.

On a tous, dans notre entourage, chez nos proches, des gens qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, et les personnes qui souffrent de santé mentale s'accompagnent de d'autres personnes qui souffrent autour d'elles : des familles, des amis, pour des problèmes qui n'ont pas la même résonance dans la population. Avoir d'autres problèmes de santé, ça n'a pas la même perception que d'avoir un problème de santé mentale. Il y a encore beaucoup de stigmatisation, au Québec et ailleurs, par rapport à la maladie mentale.

On a eu, au Québec, l'intention de prioriser la santé mentale, et il y a eu la mise en place d'un plan d'action 2005-2010 de santé mentale, plan d'action qui avait plusieurs objectifs extrêmement louables pour améliorer la situation de la santé mentale.

Deux ans plus tard, j'ai demandé, à mon arrivée, de voir le bilan de ce plan d'action de santé mentale. Il était presque complété. Et, lorsque j'ai lu ce document, ce bilan de santé mentale, j'ai été extrêmement déçu, M. le Président, du plan d'action en santé mentale, déçu de voir que les cibles qu'on s'était données n'ont pas été atteintes pour la très grande majorité des actions et des stratégies, sauf peut-être pour les soins de deuxième et troisième ligne où ces cibles-là ont été réalisées, mais de voir que pour toutes les autres cibles, notamment la première ligne, l'articulation avec la première ligne, on était loin des cibles qui avaient été établies par le plan d'action de santé mentale et surtout qu'il y avait une énorme variabilité selon les régions du Québec.

Les guichets d'accès à la santé mentale sont un bel exemple. C'est un élément qui est extrêmement important d'avoir un guichet d'accès aux problèmes de santé mentale pour les patients et leur famille, et leur mise en place est incomplète dans la plupart des régions du Québec. L'offre de service n'est pas optimale dans plus de la moitié des centres jeunesse, l'offre de service pour les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale. On sait à quel point la prise en charge des problèmes de santé mentale chez les jeunes est extrêmement importante pour conditionner le reste du parcours de soins de ces jeunes, et, dans la moitié des centres jeunesse, par exemple, il n'y a pas une mise en place optimale des programmes de santé mentale.

Les soins intensifs dans le milieu. Le suivi intensif dans le milieu, c'est la stratégie pour faire en sorte que les gens avec des troubles graves de santé mentale puissent être bien suivis dans leur milieu de vie, de façon à ce qu'on n'ait pas recours à l'hôpital, qu'on n'ait pas recours à la salle d'urgence ou aux hôpitaux psychiatriques pour réparer les pots cassés, M. le Président. Bien, il y a des régions où il n'y a pas encore de service de suivi intensif dans le milieu, l'Abitibi-Témiscamingue, par exemple, Lanaudière ou la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Il y en a où ces suivis intensifs

dans le milieu sont en dessous de 60 % d'implantation, et pas dans les moindres régions : la région de Montréal, région de Laval, Laurentides, Montérégie, l'Outaouais, où il n'y a pas d'implantation de ce suivi intensif dans le milieu. Alors, on ne s'étonne pas qu'il y ait des malades qui font de l'itinérance, qu'il y ait des malades qui se retrouvent à l'urgence pour des séjours prolongés, qu'il y ait des malades qui nécessitent d'être hospitalisés avec une intervention extrêmement lourde, qu'on aurait pu éviter par un suivi intensif dans le milieu ou un suivi d'intensité variable lorsque le problème se résorbe.

Le soutien au logement : on n'a pas atteint les cibles dans le plan d'action de santé mentale. L'intégration au travail : très peu d'avancement par rapport aux objectifs extrêmement intéressants du plan d'action de santé mentale. Les services de santé mentale dans les comorbidités, les patients qui ont d'autres problèmes de santé : seulement le tiers des régions offrent de tels services. Et les services de première ligne en santé mentale — c'est vraiment la base, là, la première ligne — il y a seulement trois régions qui ont atteint les cibles. En Mauricie, c'est seulement 45 % des cibles qui sont atteintes; en Montérégie, 40 %; et à Montréal, où se retrouve la majorité des problèmes, seulement 65 %.

Là, on se dit : Où est le problème, M. le Président? On avait un plan d'action, on avait des cibles, on avait des stratégies. Qu'est-il arrivé? Et on a une réponse en regardant quel est le financement qu'on a accordé à ce plan d'action de santé mentale. On a accordé un financement, et les membres de l'opposition ont ces tableaux dans leurs réponses, en 2004-2005, on a mis 17 millions; en 2005-2006, 27 — ça, c'était une bonne année; en 2006-2007, on a mis 10 millions; en 2007-2008, 15; et, en 2008-2009, 10 millions; rien depuis... en 2009-2010 ou en 2010-2011. En tout, 75 millions sur six ans. Ah! On se dit : C'est un montant extrêmement intéressant. Sauf que, quand on regarde l'augmentation du budget de santé mentale par rapport à l'augmentation des programmes de santé en général, en fait, la santé mentale en a eu moins que le reste des programmes de santé. La proportion des dépenses en santé mentale par rapport aux dépenses totales est passée de 6,1 % et est descendue en bas de 6 % à la fin du plan d'action de santé mentale. Alors, pas étonnant qu'on n'ait pas été capables de réaliser le plan d'action de santé mentale, M. le Président.

Il faut donc être en mesure de pouvoir vraiment avoir un plan d'action, analyser l'implantation qui s'est faite — c'est réalisé, ça — et définir un nouveau plan de santé mentale. Mais, à ce moment-là, il va falloir avoir les bottines qui suivent les babines et prévoir au budget les financements qui vont permettre de réaliser, de compléter, une fois pour toutes, notre réseau de santé mentale, de façon à ce que les gens qui ont des problèmes de santé mentale puissent avoir d'abord accès à des services de première ligne, avoir accès à des services auprès de leurs médecins de famille, dans les groupes de médecins de famille, où on va pouvoir doter ces groupes de médecins de famille d'intervenants psychosociaux. C'est eux qui voient 80 % des problèmes de santé mentale, M. le Président.

Alors, il faut les outiller, les médecins de famille, pour qu'ils puissent s'acquitter de cette tâche-là de façon efficace et ensuite, pour les gens qui ont des problèmes plus importants, être capables de référer à la deuxième ligne et à la troisième ligne, donc d'avoir des psychiatres répondants, ce qui est extrêmement important, pour outiller le médecin de famille et d'avoir des équipes, dans les centres de santé et de services sociaux, qui puissent prendre en charge les patients qui ont des problèmes plus importants de santé mentale, du moins de façon transitoire, et de façon continue pour les gens qui ont des problèmes graves de santé mentale.

Il faut donc que le suivi intensif dans le milieu puisse vraiment être déployé sur tout le territoire québécois, de façon à ce que les urgences ne soient pas là pour palier à l'absence de ces suivis intensifs dans le milieu, de façon à ce que les hôpitaux, les services des départements de psychiatrie ne soient pas là pour palier l'absence des suivis intensifs dans le milieu et de façon à ce que les malades puissent continuer à être suivis dans leur milieu et ne pas se tourner vers la dépendance, vers l'itinérance ou vers les établissements de santé ou les établissements correctionnels dans bien des cas, M. le Président.

Il faut être capable d'offrir aux malades de santé mentale des logements adéquats avec l'encadrement adéquat. Il faut être capable de les intégrer au travail. Il faut être capable de pouvoir offrir aux jeunes, dans les centres jeunesse, l'accès à des services de santé mentale. Il faut être en mesure, M. le Président, de pouvoir offrir une gamme de services en santé mentale pour qu'on puisse faire de la santé mentale un problème de santé où les solutions sont accessibles, les solutions sont disponibles, les solutions sont financées et pour faire en sorte qu'on puisse stabiliser ces gens-là et leur permettre d'être mieux intégrés dans la société. C'est ça, le plan d'action en santé mentale pour lequel nous allons travailler. Et ce plan d'action doit également s'accompagner de stratégies pour lutter encore plus contre la stigmatisation dont les gens avec des problèmes de santé mentale sont souvent encore l'objet, malheureusement.

Et il faut agir en prévention, et c'est là qu'il doit y avoir une articulation entre le plan d'action de santé mentale et la politique de prévention sur les aspects préventifs en termes de santé mentale. Et cette articulation-là est absolument nécessaire si on veut être capables de travailler, de pousser ou de tirer tous dans le même sens pour prévenir des problèmes de santé mentale, qui, bien souvent, nécessitent beaucoup de ressources lorsqu'on n'a pas eu la sagesse et les moyens de pouvoir les prévenir à la source, M. le Président.

• *(17 h 30)* •

Le Président (M. Bergman) : Merci. Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Oui. Alors, M. le Président, j'aimerais vous raconter ce qui s'est passé dans le comté de Sainte-Rose, à Laval, le 1er février dernier et j'aurai une question au ministre par la suite.

Alors, le 1er février, vers 18 h 30, est arrivée une situation qui aurait pu se terminer en tragédie et qui heureusement, ultimement, s'est bien terminée. Il y a la Villa Ste-Rose, un centre d'hébergement pour personnes âgées, qui a été rasée par le feu. Alors, l'incendie s'est déclaré vers 18 heures, 18 h 30.

Et vraiment il y a un petit miracle, là, je pense, qui s'est produit à Sainte-Rose puisque, quand est venu le temps de faire le décompte officiel, le policier est arrivé et m'a dit : Nous avons le décompte, 79 sur 79. Alors, aucun résident ne manquait à l'appel, personne de blessé. Et, en fait, on a réussi à évacuer 79 personnes très âgées… parce que la particularité

de la Villa Ste-Rose, c'est que ce sont des personnes avec une moyenne d'âge quand même assez élevée, on parle de majoritairement 85, 90 ans, plusieurs d'entre elles en perte d'autonomie, difficulté à se mobiliser. Donc, on a réussi à évacuer la Villa Ste-Rose en sept minutes. Tout le monde était sain et sauf dans des autobus de la ville.

Je fais une petite parenthèse pour souligner que j'ai été, quand je suis arrivée sur les lieux, à la fois bouleversée de voir ces personnes âgées nu-pieds, nu-bas, en pantoufles, angoissées, inquiètes, tremblantes de froid, de peur; en même temps, aussi touchée par toute cette solidarité que j'ai vue se mettre en branle rapidement, tous les services d'urgence. Je parle des policiers, des pompiers mais, bien sûr, des services sociaux d'urgence aussi, et des bénévoles, et des familles qui sont arrivées, et des voisins qui sont sortis pour donner des couvertures, et tout ça. Enfin, bref, cette situation-là a été quand même assez bouleversante.

Mais, vous savez, un miracle, tout miraculeux qu'il soit, ne tombe pas nécessairement du ciel. Alors, ce qui s'est passé, c'est qu'on avait sur place du personnel qui était formé et qui — excusez-moi l'expression, là — n'avait pas et n'a pas eu les deux pieds dans la même bottine, donc des préposés, des infirmières, du personnel qui étaient là et qui rapidement ont, avec l'aide des pompiers quand ils sont arrivés, réussi à évacuer la villa.

Après avoir discuté avec le propriétaire de la villa et son associé, enfin, un des deux m'a pratiquement dit : C'est grâce à mon associé si tout le monde a eu la vie sauve ici, parce que c'est quelqu'un d'extrêmement rigoureux, qui nous a sans cesse incités à faire des exercices de feu et qui avait comme très grande préoccupation la formation du personnel.

Alors, heureusement, le cas de la Villa Ste-Rose s'est bien terminé, mais je vous avoue que ça a suscité un questionnement. La Villa Ste-Rose n'est pas le seul centre d'hébergement pour personnes très âgées, et j'aimerais savoir la vision du ministre, en fait, qu'est-ce que le ministre peut nous dire par rapport aux mesures d'urgence et surtout quels sont les mécanismes de contrôle mis en place par le gouvernement pour pouvoir s'assurer que la formation qui est requise, dans les centres pour personnes âgées, auprès du personnel est bel et bien déployée de la bonne façon. Et, en fait, quelle est l'assurance qu'on peut donner aux familles, aux citoyens que, si une situation comme celle-là se reproduit, il y aura encore 80 sur 80 ou 79 sur 79 qui seront sauvés?

Le Président (M. Bergman) : Très touchant. M. le ministre.

M. Hébert : M. le Président, je remercie la députée de Sainte-Rose de ce témoignage et de cette préoccupation.

Je dois vous avouer que ce soir-là, lorsque j'ai été informé tout de suite de l'incendie à la Villa Ste-Rose, qui est une résidence privée d'hébergement, soit dit en passant, j'ai été très préoccupé et rassuré, dans les quelques minutes qui ont suivi, d'apprendre que tout le monde était sain et sauf. Je pense que c'est un autre incident qui nous rappelle que nous devons être particulièrement prudents dans ce type de milieu, notamment, qui héberge des personnes âgées, mais des personnes âgées également en perte d'autonomie, M. le Président, qui n'ont pas la même capacité que les personnes plus jeunes et les personnes parfaitement autonomes de pouvoir être évacuées rapidement à un établissement qui est victime d'un incendie.

Alors, je tiens à d'abord rassurer la députée de Sainte-Rose au niveau du réseau public d'hébergement. Ces normes de sécurité incendie ont été établies il y a plusieurs années dans tous les établissements d'hébergement publics et privés conventionnés, de sorte que ces établissements-là répondent à des normes, en termes de gicleurs, en termes de formation du personnel, en termes d'évacuation des patients pour répondre aux hauts standards de sécurité, pour s'assurer qu'il n'y ait personne, même dans les établissements d'hébergement qui accueillent des individus grabataires, qu'il n'y ait personne qui soit à risque d'être victime dans une catastrophe comme celle-là.

Là où il n'y avait pas de couverture, c'est les résidences privées d'hébergement. Et le projet de loi n° 16, qui a été adopté l'an dernier à l'Assemblée nationale, prévoit des normes, des règles pour les résidences privées sur la formation du personnel, la présence de personnel de façon continue, sur des normes quant au dossier médical, mais également des normes et critères en ce qui concerne les incendies, les normes par rapport aux gicleurs, par rapport aux alarmes d'incendie, par rapport aux exercices d'incendie pour le personnel et par rapport à la formation du personnel.

Les règlements de ce projet de loi ne sont pas encore adoptés, ils le seront dans les prochains jours, M. le Président, mais ces règlements-là viendront camper les différents critères et les normes, les standards pour s'assurer que ce qui a été fait à Sainte-Rose par les propriétaires, avant même qu'il y ait le projet de loi n° 16 ou le règlement sur le projet de loi n° 16, soit la norme dans toutes les résidences privées pour personnes âgées.

Bien sûr, ça crée du mécontentement chez certains propriétaires de ces résidences privées là, qui voient là des contraintes supplémentaires qui sont mises par l'État pour leur exercice de libre marché, mais je pense qu'il faut protéger les personnes âgées, surtout les personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent dans ces résidences-là. Il faut les protéger de façon à ce qu'un drame qui n'a pas eu lieu à la Villa Sainte-Rose ne puisse pas avoir lieu dans d'autres résidences.

Et, moi-même, dans mon comté, M. le Président, j'ai deux résidences privées qui ne sont pas conformes aux normes d'incendie, qui ne sont pas conformes à la présence de gicleurs et qui ont raté l'exercice de feu qui avait été fait par le service des incendies de la ville de Sherbrooke, et l'agence, je pense, a retiré la certification. Bon, bien sûr, on conteste au Tribunal administratif, mais je pense qu'il était du devoir de l'agence de s'assurer que ces normes de sécurité incendie soient respectées de façon à ce qu'on ne se retrouve pas devant une catastrophe, M. le Président. Et, pour avoir visité ces deux résidences, je peux vous dire que j'avais des inquiétudes importantes par rapport à la façon dont on pourrait sortir des personnes âgées, surtout en perte d'autonomie. Heureusement, le centre de santé et services sociaux, l'Institut universitaire de gériatrie, a été capable de reloger, de relocaliser la majorité avant qu'il y ait un recours au Tribunal administratif, la majorité des personnes en perte d'autonomie de ces résidences-là, de façon à ce qu'on puisse assurer la sécurité des gens en perte d'autonomie, du moins.

Mais je suis préoccupé, M. le Président. Je suis préoccupé par ces recours-là où certains propriétaires ne voient pas l'utilité de se conformer à ces normes-là, ne voient vraiment pas le problème qui peut arriver lorsqu'une

catastrophe peut… puisse se produire et qu'on puisse se préoccuper de la sécurité des personnes âgées. Et je pense que les règlements du projet de loi n° 16 vont être un pas dans la bonne direction pour s'assurer au moins qu'au niveau de la sécurité incendie on puisse répondre à des standards. Mais il faudra aller plus loin en termes de l'alimentation, en termes de la formation des préposés à une juste intervention. Et je pense que c'est un premier pas, un premier pas dans la bonne direction pour s'assurer que nos résidences pour personnes âgées puissent être sécuritaires et puissent donner des services de qualité.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose, il vous reste deux minutes pour ce bloc.

Mme Proulx : On va le rajouter au prochain bloc.

Le Président (M. Bergman) : Parfait. Alors, la deuxième opposition a un bloc de 13 minutes. Mme la députée de Groulx.

• *(17 h 40)* •

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Alors, je voudrais d'abord mentionner qu'en termes d'annonces je suis tout à fait d'accord avec le ministre actuel, qu'avant de faire quelque annonce que ce soit, on doit s'assurer d'avoir d'abord le financement au PQI. C'est un minimum.

Par contre, du même coup, je voudrais rappeler au ministre actuel qu'en campagne électorale le Parti québécois avait lui-même annoncé l'abolition de la taxe santé, et, à ce jour, je pense qu'on n'en verra pas la couleur. Alors, avant de faire la morale, je pense qu'il faudrait regarder dans notre propre jardin.

Bref, une annonce qui est bel et bien réelle, c'est qu'on a annoncé, à l'automne dernier, une coupure de 50 millions au niveau des chirurgies. Alors, aujourd'hui, on apprend que, durant la période du 1er avril au 1er décembre 2012, il y a eu 736 chirurgies de moins qui ont été pratiquées par rapport à l'année précédente et que le délai des chirurgies, au niveau du genou, a augmenté à 16 semaines.

Alors, j'aimerais aujourd'hui qu'on m'explique… premièrement, qu'on me donne la ventilation de ces 50 millions là et qu'on m'assure, comme l'avait fait le ministre à l'automne dernier, qu'il n'y aurait pas d'impact sur les services aux patients. Alors, quand on regarde les chiffres d'aujourd'hui, on est inquiets.

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

M. Hébert : M. le Président, me permettez-vous de prendre quelques minutes? Parce que les chiffres qui ont été révélés par *La Presse* tout à l'heure, je pense qu'ils ne sont pas exacts, et je voudrais avoir les chiffres exacts pour pouvoir bien informer la députée de Groulx. Alors, si vous permettez...

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'on peut aller à une autre question et retourner à cette question, Mme la députée de Groulx?

Mme Daneault : Ou on peut ajourner, le temps qu'il trouve les réponses. Je ne sais pas...

Le Président (M. Bergman) : On va prendre le temps sur le côté du gouvernement. On suspend. Le temps va aller sur le côté du gouvernement. Ça va, Mme la députée de Sainte-Rose?

Alors, je suspends pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 17 h 42)

(Reprise à 17 h 45)

Le Président (M. Bergman) : ...le gouvernement sur le dernier bloc. On continue. M. le ministre.

M. Hébert : M. le Président, ce pourquoi on se perd en conjonctures de ce côté-ci, c'est : on ne sait pas d'où viennent les chiffres qui ont été rapportés par *La Presse*. Les chiffres que nous, nous avons sur les périodes 1 à 9, qui sont encore disponibles, là, c'est... les neuf périodes qui sont disponibles, à ce moment-ci, sur les volumes de chirurgie, alors les chiffres que j'ai, puis je vais les donner : en 2012, 1 à 9 — donc, c'est 2011-2012 — il y a eu 335 317 chirurgies qui ont été réalisées dans le réseau; et, à la même période équivalente l'année précédente, donc 2010-2011, 306 579. Alors, comme vous pouvez voir, ce n'est pas une réduction du nombre de chirurgies, c'est une augmentation de 28 738 chirurgies, de cette année, période 1 à 9, par rapport à l'année passée, pour l'ensemble des chirurgies.

Là où la journaliste a raison, c'est lorsqu'elle dit : Le temps d'attente a augmenté de façon légère par rapport aux autres années. Mais, comme vous le savez, le temps d'attente résulte de deux facteurs : la demande et le nombre de chirurgies réalisées, la production. Alors, quand il y a plus de demandes que de production, il y a un délai d'attente qui s'accentue. Alors, ce qu'on observe au cours de l'année, c'est qu'il y a eu une augmentation de la demande malgré une augmentation de la production de 28 738 chirurgies.

Et pour ceux qui voudraient invoquer la décision que nous avons prise de retirer 25 % des frais administratifs sur les chirurgies supplémentaires qui étaient payés en double, je vous explique, il faut que ce soit bien clair. Le paiement

des services chirurgicaux au Québec se fait avec une enveloppe globale. Donc, dans l'enveloppe globale qui est attribuée à chacun des établissements, il y a l'ensemble des sommes pour couvrir la chirurgie, y compris les services de soutien et les services administratifs.

Depuis plusieurs années, comme incitatif à faire de plus en plus de chirurgies, on donne un bonus en plus pour les chirurgies qui sont effectuées en sus du nombre de chirurgies qui avaient été réalisées en 2002. C'est la base, 2002. Donc, les établissements qui font plus de chirurgies qu'en 2002, on leur donne un montant par chirurgie supplémentaire. Ce montant-là a été établi en calculant aussi des frais administratifs et des frais de soutien, qui sont déjà payés, par ailleurs, dans le budget global.

Ce que nous avons annoncé, c'est que ces frais administratifs et ces frais de soutien qui sont payés en plus, qui sont payés deux fois, on ne les paiera plus deux fois. Alors, il reste un incitatif qui est extrêmement important à réaliser des chirurgies et qui couvre le coût des chirurgies, mais cet incitatif-là est dégrevé d'un montant qu'on payait deux fois et pour lequel on a rétabli la situation, dans une perspective de gestion responsable et de gestion rigoureuse.

Alors, cette annonce-là a été faite...

Mme Daneault : M. le Président, peut-être demander, parce que mon temps est restreint… Ça, vous aviez déjà répondu à cette question-là, mais ça représente quel montant? Puis la ventilation du 50 millions, là, moi, je ne l'ai pas. C'est ce que je demande.

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

M. Hébert : Je vais répondre à votre première question, puis, après ça, je répondrai à la deuxième, si vous permettez.

Mme Daneault : Bien, la première question, vous avez répondu, les chiffres sont différents. J'aimerais juste avoir la source de vos chiffres, puis on ira vérifier la source des chiffres de *La Presse*. Ça, ça va pour ma première question. La deuxième était la ventilation du 50 millions. Quand vous parlez des montants administratifs, ça représente combien, concrètement?

M. Hébert : Ça représente 25 %, grosso modo, du coût pour chacune des chirurgies, et je pourrai vous donner...

Mme Daneault : Du 50 millions.

M. Hébert : 50 millions, ça représente 25 % du coût supplémentaire des chirurgies, à partir d'une projection sur le nombre qu'on estime que les établissements vont faire d'ici le 31 mars.

Mme Daneault : Alors, il y a 25 % qui est administratif. Qu'est-ce qu'on fait du 75 % supplémentaire du 50 millions? Quelle est la ventilation? Où on va couper?

Le Président (M. Bergman) : M. le...

M. Hébert : On ne coupe pas.

Mme Daneault : Bien, 75 %, là... Vous venez d'admettre qu'il y a 25 % du 50 millions qui représente des frais administratifs...

M. Hébert : Non, non, non! Ce n'est pas 25 % du 50 millions, là. Non, non, non. Le 50 millions représente le 25 % qui est coupé.

Mme Daneault : Donc, ce qu'on comprend, c'est que le 50 millions, ce ne sont que des frais administratifs?

M. Hébert : Tout à fait.

Mme Daneault : Il n'y a aucun service qui va être coupé et aucune chirurgie.

• *(17 h 50)* •

M. Hébert : Il reste 150 millions qui est donné pour que l'établissement fasse des chirurgies supplémentaires. Donc, l'incitatif à faire des chirurgies supplémentaires demeure. Et cette annonce-là, elle a été faite à la période 8, et on a, comme je vous le disais tout à l'heure, les chiffres pour la période 9. Alors, s'il y aurait eu un impact sur la production, on l'aurait vu à la période 9. Or, ce qu'on observe à la période 9, c'est 200 chirurgies de plus qui ont été réalisées à la période 9.

Alors, les établissements ont bien compris que, s'ils voulaient avoir du budget supplémentaire, ils devaient faire plus de chirurgies. C'est encore payant de faire des chirurgies supplémentaires, sauf qu'on arrête de financer en double les frais administratifs et les frais de soutien.

Alors, il y a eu 35 chirurgies de la hanche de plus qui ont été faites, à la période 9, cette année, par rapport à l'année passée. Il y a eu 163 chirurgies d'un jour de plus, 39 chirurgies avec hospitalisation, six chirurgies bariatriques, donc 200 chirurgies supplémentaires à la période 9, cette année, par rapport à la période 9 de l'année passée, parce qu'il

faut comparer les périodes les unes avec les autres. Comme vous le savez, la production chirurgicale varie selon les périodes. Évidemment, pendant l'été et pendant la période des fêtes, il y a une réduction de la production chirurgicale.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Par contre, on parle d'un délai augmenté que vous attribuez au nombre de demandes qui est supplémentaire. Quels sont les chiffres exacts, s'il vous plaît?

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

M. Hébert : O.K. Bien, je vais vous les... Alors, il y a une augmentation dans le délai des 0-3 mois surtout. Alors, il y avait 55 231 de zéro à trois mois en 2011-2012, donc mois d'août... C'est quoi? Attends un petit peu, là, excusez-moi.

Une voix : …

M. Hébert : O.K. Alors, la situation… Je vais comparer la situation en août et la situation en décembre, O.K.? Les 0-3 mois… C'est surtout les 0-3 mois qui ont augmenté.

Mme Daneault : On ne peut pas...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Il faut comparer les mêmes périodes, là, sinon ce n'est pas comparable. C'est sûr qu'au mois d'août on est dans les vacances, il y a... vous le savez comme moi, là, dans les hôpitaux.

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

M. Hébert : ...ce qui était rapporté par *La Presse*, c'est l'augmentation des délais d'attente. Alors, c'est ça qui était rapporté par *La Presse*. J'essaie de vous expliquer le raisonnement de Mme Champagne, là, ce qui n'est pas toujours facile à suivre. Comme vous le voyez, les chiffres qu'elle a utilisés, on ne réussit pas à les reconstituer, même en discutant avec elle. Alors, c'est un petit peu compliqué, là. Moi, je vous donne les vrais chiffres. Vous voudriez comparer, période pour période, au niveau du délai d'attente…

Mme Daneault : C'est sûr.

M. Hébert : Je vais vous sortir ça. Je vais demander à mes gens de me sortir ça, mais on avait, dans le cahier... Il y avait ces données-là dans le cahier, là, mais je vais essayer de vous les sortir.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, est-ce qu'on veut suspendre?

M. Hébert : Et je peux vous les transmettre, là, si vous voulez.

Mme Daneault : On peut suspendre, le temps d'avoir la réponse.

Le Président (M. Bergman) : Je suspends sur le temps du gouvernement?

M. Hébert : Je suis bien d'accord.

Le Président (M. Bergman) : On suspend.

(Suspension de la séance à 17 h 52)

(Reprise à 17 h 54)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, M. le ministre.

M. Hébert : Dans les questions, vous l'avez à la page... Alors, la question n° 29 de l'opposition officielle était ces données de durée d'attente. Vous les avez dans le cahier que vous avez, mais il ne nous avait pas été demandé de les comparer à la période comparative de l'année précédente. On va vous fournir ces données-là au cours de… demain pour... il faut aller les chercher dans nos données, mais vous les avez, là, pour la durée d'attente pour la période qui se termine le 6 janvier 2013.

Je voudrais aussi vous indiquer, Mme la députée de Groulx...

Mme Daneault : ...garder mon temps pour ce soir.

Le Président (M. Bergman) : Alors, Mme la députée de Groulx, vous avez...

M. Hébert : Mais je voudrais juste vous indiquer que j'ai...

Le Président (M. Bergman) : ...vous avez deux minutes.

Mme Daneault : J'ai ma réponse, c'est correct. Je voudrais juste préserver mon temps pour ce soir.

Le Président (M. Bergman) : Parfait.

M. Hébert : Ça va.

Le Président (M. Bergman) : Vous avez deux minutes maintenant. Vous avez deux minutes.

Mme Daneault : Je préserve mon temps pour ce soir.

Le Président (M. Bergman) : O.K. Merci. Alors, M. le député indépendant, M. le député de Mercier, vous avez un bloc de 20 minutes.

M. Khadir : Merci, M. le Président. Mes salutations à tous mes collègues, à l'équipe du ministère de la Santé qui accompagne M. le ministre. Je ne sais pas si ça se produit souvent que tous les intervenants soient des médecins, mais, en tout cas, on a le loisir de se parler entre collègues. Essayons donc d'y comprendre quelque chose.

M. le ministre a, le 16 août dernier... Je pense que tout le monde a déjà vu les statistiques depuis bon nombre d'années. Moi, je suis médecin à l'hôpital Le Gardeur, dans le sud de Lanaudière. Le sud de Lanaudière, à cause du boum démographique, connaît un problème, je dirais, d'insuffisance de ses ressources en lits, en nombre de médecins par habitant. C'est un problème qu'on essaie de corriger d'année en année, mais il y a du rattrapage à faire. Alors, reconnaissant ce problème, M. le ministre, qui était alors candidat, en compagnie des autres candidats de son parti, le 16 août dernier, reconnaissait, en conférence de presse, que Lanaudière est défavorisée, qu'il y a un manque à gagner à la hauteur de 42 millions de dollars, que la situation était inéquitable et inacceptable, et elle sera corrigée dès le premier mandat.

Ensuite, pour commenter les divers scénarios offerts par le CSSS pour l'augmentation du nombre de lits à l'hôpital Le Gardeur, M. le ministre reconnaissait que, pour l'ajout des 155 lits de soins de courte durée à l'hôpital Le Gardeur, il allait s'engager à traiter ce dossier en priorité après les élections. Moi, je suis tout à fait convaincu de la sincérité du ministre au moment où il a pris ces engagements. Je reconnais aussi qu'il a des difficultés maintenant, étant donné l'engagement de son gouvernement avec cette obsession du déficit zéro que nous ne partageons pas, surtout quand ça se fait sur le dos des citoyens plutôt qu'en demandant aux grandes entreprises, aux institutions financières, aux citoyens plus fortunés de faire leur juste part. Mais ça, c'est un autre débat. Je comprends que le gouvernement a de la difficulté à rencontrer cette promesse du ministre, sans nier la nécessité pour Lanaudière d'avoir ces lits-là.

Ce qui m'amène à la question épineuse, toujours épineuse du coût des médicaments. Je voudrais attirer votre attention à la page 103 de l'étude des crédits, à des questions... en fait, les réponses aux questions particulières de l'opposition, à la page 103. M. le Président, je vois la colonne, les coûts pour la RAMQ pour l'assurance médicaments, donc ce que la RAMQ paie pour les médicaments utilisés par les Québécois qui sont couverts par le régime public. C'est 2 227 000 000 $ pour les huit mois que ce tableau couvre. Si on l'extrapole, c'est 3,33 milliards sur une année, ce qui correspond à peu près à ce qu'on a connu depuis quelques années. C'est stable, aux alentours de 3,3 à 3,4 milliards que la RAMQ débourse pour le coût des médicaments.

Je rappelle au ministre qu'il y a une clause qui nous lie aux compagnies pharmaceutiques depuis tout le travail qui a été fait par le gouvernement libéral pour accorder beaucoup de soutien à l'industrie pharmaceutique en retour soi-disant de jobs, et tout ça. Le seul avantage que les contribuables québécois devaient avoir était garanti par la clause-remorque qui stipulait que le Québec doit jouir des réductions accordées par les compagnies pharmaceutiques brevetées, devait jouir des mêmes rabais octroyés aux autres provinces.

Or, on a appris en mars 2010... Je ne sais pas si le ministre, à l'époque, se trouvait au Québec ou pas, mais j'ai posé la question au ministre de l'époque, qui était le député de Jean-Talon, qui est ici avec nous, pour attirer son attention sur les révélations du *Globe and Mail*, qui nous apprenait que les 50 compagnies pharmaceutiques représentées par Rx & D avaient conclu une entente secrète, les «product listing agreements», qui étaient encore légion, puis je pense que, là, commencent un petit peu à perdre de l'intérêt parce que l'attention du public a été attirée. Mais le gouvernement ontarien, qui dépense encore plus que nous, a obtenu des rabais dont on ignore l'ampleur.

• *(18 heures)* •

Mais je vais vous donner une indication qui nous vient du ministre... en fait, de McGuinty lui-même, de l'ancien premier ministre ontarien, qui, lorsqu'en 2010, donc quatre ans après l'entente secrète avec Rx & D... a été questionné sur ce qu'on demandait aux génériques qui se trouvent en Ontario, d'accord, pour protester contre la réduction de 25 % demandée aux génériques ontariens, il a répliqué : Écoutez, contentez-vous de ça parce qu'on a demandé plus de réduction pour les médicaments brevetés. Autrement dit, on peut, si on se fie à M. McGuinty, au premier ministre ontarien, prédire que la baisse du coût pour l'Ontario, dans cette entente secrète, est au minimum 25 %. D'accord? Au minimum 25 %. Si on l'applique au coût occasionné par les médicaments que le Québec paie, les contribuables paient actuellement, ça

veut dire une réduction, si on l'applique, si on pouvait obtenir cette clause-remorque, enfin, ça serait à peu près 1 milliard de dollars, de 850 millions à 1 milliard de dollars, ce qui permettrait au ministre de rencontrer immédiatement, sans avoir besoin de soumettre encore, là, une demande au Conseil du trésor, là… Il a une marge de manoeuvre s'il y a une action énergique de prise pour faire appliquer véritablement ce qui nous revient de plein droit : l'application de la clause-remorque. Et moi, je pense qu'aux vues de la loi ça devrait être rétroactif depuis 2006. Imaginez, 1 milliard de dollars par année depuis 2006, là, ça fait 6 milliards au moins qu'on a le droit d'aller chercher si on prend le moyen légitime, normal, pour n'importe qui qui passe un contrat, de se faire respecter.

Alors, je demande au ministre s'il y a une intention de la part du gouvernement de faire appliquer la clause-remorque pour qu'on bénéficie de ce qui nous revient de plein droit, ce qui permettrait de rencontrer les demandes d'Alma, les demandes de Lanaudière, les demandes d'augmentation de financement pour plein d'hôpitaux, pour avoir plus de chirurgies, puis on ne serait pas pris dans cet étau dans lequel vous êtes pris actuellement et qui fait en sorte que vous n'êtes pas capable de rencontrer vos promesses.

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

M. Hébert : Il y a plusieurs choses dans ce que le député de Mercier a posé comme question. Je voudrais commencer, avant de venir sur les médicaments, par un certain nombre de points dans le préambule de sa question.

Il est clair que la couronne autour de Montréal est désavantagée sur le plan des sommes dans tous les programmes, ou à peu près, de la santé et des services sociaux, étant donné l'essor démographique de cette région-là. C'est une région qui est en déficit relatif de services de santé et de services sociaux. Seulement pour les lits d'hôpitaux — et vous faites bien de le souligner — il y a un estimé, là, qui est un besoin de 146 lits... on ne s'obstinera pas sur six à huit lits, là, de différence, mais 146 lits à l'hôpital Le Gardeur de Repentigny. Et, dans la perspective, surtout, de la construction des grands hôpitaux universitaires, il est important de pouvoir transférer, transférer un certain nombre de ressources vers les régions d'origine des patients, c'est-à-dire vers la Montérégie, vers Laval, vers Lanaudière, vers les Laurentides.

Alors, c'est une opération que nous avons remise en route, parce qu'elle s'était arrêtée au cours des dernières années, alors nous avons remis en route un comité, un groupe de travail qui examine le transfert du 514 vers le 450 — pour prendre un vocabulaire que tout le monde comprenne — des activités hospitalières générées par la future configuration du CHUM et du CUSM, et je pense que c'est extrêmement important pour les citoyens de ces régions de pouvoir avoir accès, à proximité, à des services médicaux. Mais c'est vrai aussi pour l'ensemble des autres services. Quand on regarde les services de centre jeunesse, déficience intellectuelle, déficience physique, même santé publique, il y a un problème de déficit relatif et que nous allons, par toutes sortes de stratégies... j'en ai donné une pour le 514, 450, mais il y en a d'autres : les investissements majeurs qu'on va faire en soins à domicile, on va corriger les inéquités, du moins dans le secteur des soins à domicile pour les personnes âgées. Alors, on va utiliser ces budgets de développement additionnels pour être en mesure de corriger les inéquités actuelles dans le réseau.

Au niveau du coût des médicaments, évidemment c'est une préoccupation importante, hein? Il y a trois grands blocs : il y a le coût des programmes, il y a les médecins et il y a le coût des médicaments. On sait que, pour les médecins, il y a déjà des ententes qui ont été signées et avec lesquelles on doit vivre, mais, au niveau des médicaments, je pense qu'on doit avoir une stratégie pour faire en sorte qu'on puisse contrôler le coût des médicaments.

Le Québec avait fait des... avait prodigué aux compagnies de médicaments brevetés des avantages importants au cours des 10 dernières années en étendant la protection par les brevets à 15 ans, donc c'était la règle des 15 ans, et vous avez vu, dans le budget, que nous avons aboli cette règle des 15 ans et qui fait en sorte qu'on peut, une fois le brevet terminé, tout de suite avoir une solution de rechange, qui est le médicament générique. Et, dans la considération des médicaments génériques, évidemment, l'Ontario, qui a diminué le coût de ses médicaments génériques, bien, on bénéficie, en vertu de la règle du plus bas prix, de cette stratégie ontarienne pour avoir le meilleur prix pour les médicaments génériques, et ça, je pense que c'est une bonne nouvelle.

M. Khadir : …

M. Hébert : Ce à quoi vous faites référence, c'est les médicaments brevetés, surtout les médicaments innovants. L'Ontario et la Colombie-Britannique sont deux provinces qui concluent des accords avec certaines compagnies pharmaceutiques sur le prix payé par le régime public. Et je vous rappelle qu'ils ont un régime très partiel d'assurance médicaments, il ne couvre qu'une partie, c'est-à-dire les gens qui n'ont pas les moyens de payer leurs médicaments ou les personnes âgées, alors qu'au Québec on a un régime universel. Bien sûr qu'il est mixte, public et privé, mais universel, qui couvre l'ensemble de la population, et je vais y revenir parce que c'est important en termes d'équité.

M. Khadir : ...rapport de force, de négociation, moins grand que nous, mais ils obtiennent quand même des réductions qu'on n'est pas capables d'appliquer.

M. Hébert : Ils obtiennent des réductions en faisant des ententes d'inscription avec les compagnies, surtout pour les médicaments innovants. Ils vont convenir avec les compagnies d'un prix plus bas, mais ces ententes-là sont confidentielles, et c'est là le problème. C'est la confidentialité de ça qui fait en sorte que ces règles de confidentialité, le caractère caché, secret nous empêche d'avoir accès au prix qui est payé pour pouvoir bénéficier du plus bas prix. Et, vous voyez, la difficulté de signer ces ententes confidentielles nous prive…

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, pour cette…

M. Hébert : … — bien, il faut que j'explique, M. le Président, là — nous prive d'avoir le plus bas prix, et ça… Et il y a un autre problème… Et là vous me dites : Pourquoi on n'en signerait pas, nous autres aussi, des ententes, hein? On fait le secret, on va le faire nous autres aussi.

Moi, j'ai un problème de ces ententes confidentielles. Lorsque, surtout, on gère des fonds publics, je pense qu'il est important qu'on puisse faire en sorte que ces ententes-là soient transparentes. Et deuxièmement on a un régime mixte. Si je signe des ententes pour les gens qui sont au régime public, la grande majorité… la majorité, pas la grande, mais plus de 50 % des citoyens du Québec sont assurés au privé, et, eux autres, ils ne bénéficieront pas de cette entente privée là. Ils ne bénéficieront pas, à moins qu'on mette ça dans les ententes, mais les compagnies pharmaceutiques... et les assureurs privés n'ont aucun avantage parce qu'eux autres ils refilent la facture aux cotisants. Alors, eux autres, là, ça ne les dérange pas de payer deux fois le prix ou trois fois le prix pour les médicaments, ils refilent la facture aux cotisants. Alors, ce problème d'équité là, là, est un problème important pour moi.

Alors, moi, j'ai deux problèmes : la transparence puis l'équité. On est en train de regarder, là, au ministère comment on peut faire en sorte qu'on ait des ententes avec les compagnies pharmaceutiques, mais qu'on puisse sauvegarder nos principes de transparence et puis d'équité. On essaie d'avoir des voies de passage. Comme le député de Mercier le sait sans doute, le Québec a un processus extrêmement rigoureux d'inscription des nouveaux médicaments. Il faut que l'évaluation soit faite par l'INESSS, et l'INESSS regarde l'efficacité du médicament, mais regarde aussi le coût-bénéfice, et c'est là que les ententes d'inscription viennent jouer dans le coût-bénéfice, c'est-à-dire qu'en diminuant le coût des médicaments, c'est sûr que c'est plus facile pour les compagnies pharmaceutiques de démontrer qu'ils sont efficaces pour le coût réduit qu'on a négocié.

Alors, ces ententes d'inscription pourraient être possibles, mais on a des problèmes légaux là-dedans. Alors, il faut probablement changer la loi ou changer les règlements pour pouvoir faire des ententes d'inscription. Mais vous voyez que moi, j'ai des problèmes avec ces ententes d'inscription en termes de transparence puis en termes d'équité. J'ai un problème fondamental avec ça, puis, tant qu'on ne m'aura pas démontré qu'on est capables d'avoir une stratégie qui assure la transparence pour l'ensemble des contribuables québécois et l'ensemble des autres provinces canadiennes aussi et qu'on assure l'équité avec les citoyens québécois qui sont assurés au privé, moi, j'ai une petite gêne à aller de l'avant.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Mercier, il vous reste 7 min 30 s... 6 min 30 s.

M. Khadir : Oui, très bien. Je rappelle au ministre que la piste que je lui fournis, l'admission du premier ministre ontarien, vaut quelque chose. Je pense qu'il faut tabler là-dessus et je crois qu'il serait opportun… parce qu'au moment où l'ancien ministre de la Santé a été questionné là-dessus, M. McGuinty n'avait pas fait cette admission pour nous donner une idée de la réduction obtenue des compagnies brevetées innovantes.

On a une admission. Moi, je pense, c'est valable en cour. Les compagnies représentées par Rx & D ont signé une entente avec le gouvernement québécois. Si on est dans un régime de droit, cette entente doit valoir quelque chose. Ils ont signé une entente secrète, ils ont demandé que l'entente soit maintenue secrète tout en sachant qu'ils avaient une entente signée avec le gouvernement du Québec pour donner des réductions. Je soumets humblement que voilà une piste, mais il faut avoir cette volonté politique d'obtenir nos droits, de se faire respecter, donc il faut les poursuivre. À tout le moins, il faut dire : Écoutez, vous devez nous rendre des comptes. Actuellement, je ne vois pas cette volonté-là et je m'en désole.

• (18 h 10) •

Il y a une autre question que je voudrais vous poser sur les... Je sais que M. le ministre de la Santé a longtemps été un défenseur du caractère public du système de la santé, un opposant à la privatisation graduelle de notre système. On a participé ensemble à des panels, à l'époque où il n'était pas encore ministre, à des initiatives citoyennes pour défendre l'idée que le système de santé était mieux géré sous un régime public plutôt que la privatisation de certaines de ces activités, qui est une pression qui s'exerce sur beaucoup de gouvernements. Il a été une des personnalités médicales les plus en vues dans cette bataille qu'on a menée contre la privatisation. Le Dr Paul Saba, Paul Lévesque, l'association des... la Coalition des médecins pour la justice sociale. Il sait à quoi je fais référence.

On sait l'expérience malheureuse des PPP en Grande-Bretagne. Un vaste bilan a été fait — paru dans le *New England* en 2007 — qui montre, si on prend juste les PPP pour la construction et pour le maintien, ça coûte 11 % plus cher. Après 14 ans d'expérience, c'est le bilan britannique. Puis on peut épiloguer longtemps, on a des expériences locales : l'îlot Voyageur, c'est un PPP, le pont de la 25 avec tous les problèmes que connaissent les usagers, c'est un PPP. Or, on apprend qu'au-delà... en plus du PPP CHUM et CUSM pour la construction. Il y a eu une volonté de la part des administrations d'aller en PPP même pour l'approvisionnement interne des hôpitaux en fournitures médicales, hein? Il y a un système d'approvisionnement; chaque hôpital a le sien, c'est géré par l'hôpital, public. Il y a eu cette idée, sous l'ancien gouvernement, de pousser — j'imagine, je ne sais pas quels lobbys ont agi là-dessus — pour faire en sorte que le CHUM, le nouveau CHUM puis le CUSM mettent ensemble un PPP puis offrent ça à une... en fait, ça va être une américaine. Il y a eu des irrégularités qui ont fait que, je crois, le ministre a mis un... a suspendu ce processus-là.

Mais peut-être il serait temps, M. le ministre… Pourquoi se gêner? Pourquoi vous qui êtes un défenseur du caractère public du système de la santé, qui voulez renforcer le système public, pourquoi même maintenir? Pourquoi ne pas corriger dès maintenant, là, ce mauvais pli qu'a pris notre système et la pression qui s'est exercée par toutes sortes de lobbys pour sa privatisation et nous rassurer de dire que dorénavant... Là, on s'est engagés, là, pour les PPU de la construction, puis on sait toute la controverse qui accompagne, en tout cas, le CUSM... puis on reviendra, même pour le CHUM, c'est très controversé, la manière dont ça a été octroyé, mais, au moins pour l'approvisionnement, là, qu'on cesse ça, qu'on cesse cette saignée.

Je vous donne un exemple — et je termine là-dessus : juste pour l'entretien du CHUM actuellement, là, le CHUM a payé 2 millions de plus à des sous-traitants pour effectuer le même travail qui, s'il avait été effectué par ses propres employés, coûtait moitié moins cher. Pourquoi? Parce que les plombiers et les électriciens sont payés, dans le privé, 60 $ de l'heure; dans le public, c'est 30 $ de l'heure. C'est sûr que tout le personnel s'en va au privé, qui offre ces contrats alléchants qui sont plus coûteux pour le système, et puis là nos hôpitaux n'ont plus de personnes à engager. Puis, quand on leur demande : Pourquoi vous octroyez ça, ces contrats-là au privé, ils disent : Parce que plus personne ne veut travailler à l'hôpital. Bien, c'est clair. Si vous offrez 30 $ puis eux offrent 60 $ avec des contrats qui coûtent deux fois plus cher, bien, on n'aura plus les moyens de gérer et de faire effectuer le travail à moindre coût dans le réseau public. Pourquoi continuer sur ce chemin-là?

Le Président (M. Bergman) : Il reste 1 min 30 s sur ce bloc, M. le ministre.

M. Hébert : Il reste combien?

Le Président (M. Bergman) : 1 min 30 s sur ce bloc, s'il vous plaît.

M. Hébert : Oh là là! Bon. Écoutez, je réaffirme — je ne suis pas un homme différent avant et après — ma volonté de préserver et de rétablir notre système de santé public et universel. Les PPP sont des expériences malheureuses, j'en conviens. On est pris avec des contrats, des contrats pour des grands hôpitaux, cinq centres d'hébergement qui sont en PPP. Il n'y en aura pas d'autres, mais on va respecter les contrats qu'on a signés, hein, de la même façon qu'on veut que les compagnies pharmaceutiques respectent leurs contrats. Et soyez assurés que, s'il y a des recours possibles, je serai le premier à faire en sorte qu'on puisse avoir des recours auprès des compagnies pharmaceutiques qui ne nous auront pas donné le plus bas prix négocié. Soyez assurés de ça.

Deuxièmement, pour l'approvisionnement, effectivement, j'ai bloqué le processus parce qu'il n'était pas convenu avec l'établissement que l'approvisionnement soit imparti à du privé. Il était convenu que l'entreposage… Et on conviendra que, pour entreposer, je pense que ça, c'est correct, mais l'approvisionnement, la décision, la gestion des stocks, là je pense que c'est une responsabilité de l'établissement alors on a bloqué ce processus-là. D'autant plus qu'il y avait des problèmes au niveau de l'appel d'offres, et je pense qu'on est intervenus pour bloquer ce processus-là.

Concernant l'entretien, ça, c'est une décision de l'établissement. Et je mets ça dans le même paquet que la main-d'oeuvre indépendante qui est utilisée par certains établissements pour être capables de pouvoir régler des problèmes de pénurie d'infirmières, notamment. Et on sait que la main-d'oeuvre indépendante, tôt ou tard, elle nous coûte plus cher, tôt ou tard, elle cause des problèmes dans le réseau. Et j'ai clairement indiqué aux établissements qu'on devait progressivement abandonner cette stratégie d'impartition dans le privé pour les professionnels.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Merci. Alors, le bloc du gouvernement d'à peu près 22 minutes. M. le député de Bonaventure.

M. Roy : Merci, M. le Président. M. le ministre, M. le Président, mes collègues députés, mesdames et messieurs du ministère, mes salutations. En passant, une anecdote : je demeure dans un village qui s'appelle Escuminac, et ça veut dire «Salutations» en basque. Mais je ne vous parlerai pas basque.

M. le Président, un des aspects très importants liés à la maximisation de l'efficience du système de santé et des services sociaux au Québec est, bien sûr, son informatisation. Informatisation, ça veut dire automatisation de l'accès à l'information. C'est un vaste chantier qui est complexe puis qui est multidimensionnel, qui touche autant des aspects techniques que des aspects éthiques, puis qui vient aussi transformer l'organisation du travail.

Je fais référence à un auteur qui dit la chose suivante : Toute introduction d'une nouvelle technologie dans une organisation implique souvent une mutation des rapports sociaux dans l'organisation du travail, et, pour ne pas le citer, Karl Marx, et là se termine la référence. Tout ça pour dire que l'introduction de la technologisation ou de la technologie à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, c'est un phénomène complexe. Donc, M. le Président, nous allons explorer, dans les échanges qui vont suivre, différents aspects liés à cette dite informatisation du réseau de la santé et des services sociaux. Ma question, qui va suivre sous peu, va s'adresser à un sous-ministre ou à un responsable d'organisme.

M. le Président, en juin dernier, l'Assemblée nationale a adopté à l'unanimité le projet de loi n° 59. Ce projet de loi vient baliser la transmission d'informations sur les patients dans le cadre du Dossier santé Québec, qu'on appelle le DSQ. Le projet de loi prévoit également la création de divers domaines pour l'opérationalisation du DSQ. Je pense, par exemple, au domaine médicaments. Et là ma question, M. le Président, c'est : Est-ce que l'on pourrait nous expliquer quels sont les domaines qui ont été créés par le projet de loi n° 59 et peut-on nous expliquer le rôle de chacun des domaines du DSQ et donner certains exemples de types d'informations qui seront ou seraient contenus dans les domaines?

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

M. Hébert : M. le Président, pour le Dossier santé Québec, je demanderais le consentement de la commission pour céder la parole à Mme Lise Verreault, qui est sous-ministre associé aux technologies de l'information, pour qu'elle puisse répondre à cette question de façon complète et informer la commission de l'état d'avancement du Dossier santé Québec.

Le Président (M. Bergman) : Est-ce qu'il y a consentement? Consentement? Consentement. Madame, s'il vous plaît, donnez votre nom et votre titre, s'il vous plaît.

Mme Verreault (Lise) : Lise Verreault, sous-ministre associée à la direction de l'informatisation du réseau et au Bureau de programme.

Alors, au niveau du DSQ, je vais faire, si vous permettez, un peu le bilan de la dernière année puis, par la suite, je répondrai peut-être plus précisément par rapport à la loi n° 59, qui est venue enchâsser toutes les règles concernant le partage de l'information, qui faisait suite aux CMO1 et CMO2 qui avaient été mis en place pour les projets pilotes au Québec.

Alors, tout d'abord, on sait que les médias, au cours des dernières semaines, ont soulevé un petit peu une partie de retards par rapport au branchement des pharmacies. Alors, on sait qu'il y a eu des moyens de pression qui ont été utilisés par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires. Ça a duré presque une année. Alors, effectivement, oui, ça a eu pour effet... ça a eu pour impact de retarder certains branchements au niveau des pharmacies parce qu'il y avait comme mot d'ordre de ne plus brancher les pharmacies. Ce matin, on a atteint la 201e pharmacie de branchée, alors c'est repris. Ça a été repris immédiatement après les fêtes. Les pharmaciens ont donné le O.K., après l'entente qui a été convenue avec le ministère, de recommencer les branchements, et on va être... En moyenne, je vous dirais, on atteint à peu près 40 à 50 pharmacies par mois.

On va augmenter les branchements des pharmacies dès que le consentement va être fait à l'ensemble des autres régions du Québec. On se rappellera qu'avec les projets de CMO2, CMO1 on avait seulement quatre régions où le consentement avait été fait et qui nous permettait d'aller brancher les pharmacies. Donc, dès que le consentement va être fait, puis on va le voir tout à l'heure au niveau du projet de loi n° 59, on va être capables, dès le printemps — parce qu'on envisage la période d'information, la grande campagne provinciale dès le printemps — de procéder à une accélération du branchement des pharmacies partout au Québec.

• *(18 h 20)* •

Les laboratoires maintenant. Alors, on a fait... On se rappellera qu'au niveau des laboratoires, c'est peut-être le domaine qui est un peu plus... le plus difficile à cause de toute la normalisation, la standardisation des examens. Alors, on est enclenchés, je vous dirais, d'une façon extraordinaire dans la région de Montréal. On sait que Montréal, c'est important dans le DSQ. Si on peut faire Montréal, on va pouvoir couvrir les autres régions périphériques, parce qu'il y a beaucoup de consommation qui se fait à Montréal. On est rendus à 14 laboratoires, présentement, qui alimentent le domaine du DSQ. On a fait le CHUM avant les fêtes, très peu de rejets. On est extrêmement satisfaits des résultats qu'on a obtenus. Le système est solide. Les réponses vont bien. On commence le CUSM et l'hôpital juif. Donc, on devrait atteindre, d'ici le mois de mars, 37 % de volume. On se rappellera qu'on avait fixé à 39 grands laboratoires le volume ou le nombre de laboratoires qui devaient être branchés d'ici le 31 décembre 2013. On est dans la cible, on respecte cet échéancier-là.

Au niveau de l'imagerie médicale, 100 % des PACS, partout au Québec, c'est numérisé. L'archivage se poursuit, on est à 93 %. L'étape où on est rendus, c'est d'essayer de développer le système qui va permettre l'interopérabilité dans nos grands entrepôts. On appelle ça des RID, dans le langage du DSQ. Alors, c'est quelque chose qui n'existe pas nulle part ailleurs, on va être les premiers à développer ce système-là, ce qui est un peu plus compliqué parce qu'on est en train d'innover là-dedans. Par contre, au niveau de l'imagerie, tout est PACSé. Les images peuvent quand même, à partir d'un établissement et d'un CSS ou d'une clinique médicale qui va être branchée au DSQ… va pouvoir circuler. Ce qu'il nous reste, c'est, entre les régions, à développer le système d'interopérabilité.

Immunisation. On sait que, dans le domaine de la santé publique, il y a un programme qui a été mis en place, qu'on appelle Panorama, qui va avoir différents volets du domaine. Le premier domaine était la gestion des produits immunisants; c'est terminé. Toutes les régions sont branchées. On utilise et on est sur le point de démarrer le programme qui va concerner toutes les activités de protection pour le volet immunisation dès cet automne... avril, pour avoir terminé au début de 2014. Donc, dans le domaine de la santé publique, on est aussi — excusez-moi l'expression — dans la cible, il n'y a pas de retard, et on est toujours aussi à l'intérieur des coûts, ce qui est important.

Télésanté, qui fait partie du DSQ, on est les premiers, quasiment, je vous dirais, au monde dans certains domaines, dont le domaine de la télépathologie. On score énormément là-dedans. On a mis des sites supplémentaires. Toutes nos cibles sont atteintes, puis les soldes qu'on a récupérés dans certains volets du DSQ ont été réinvestis pour continuer à développer dans d'autres régions du Québec les projets qu'on avait mis en sites pilotes dans les différentes régions. Je vous en ai déjà parlé, si vous avez des questions plus là-dessus, je reviendrai, mais on est très, très, je dirais, dans la cible.

Au niveau des DSI, c'est un peu plus long. C'est quand même... Ça prend des années à développer, à l'intérieur des établissements, le dossier clinique informatisé. On a des régions qui sont vraiment... En termes de déploiement, on a sept régions qui sont en train de l'implanter. On a quelques régions aussi qui vont démarrer des appels d'offres, qui se regroupent pour faire des appels d'offres pour essayer d'uniformiser le plus possible ces systèmes-là, pour éviter qu'on ait des systèmes tout disparates puis qui sont difficiles à brancher, parce qu'en informatique, la difficulté, c'est quand les systèmes ne se parlent pas. Alors, on a donné des orientations là-dessus. Les agences, avec les établissements, sont en train de revoir un peu leurs plans d'affaires et de procéder pour essayer d'uniformiser le plus possible, pour simplifier.

On a également fait l'annonce, en novembre dernier, du programme d'adoption des DME. On se rappellera que l'annonce qui avait été faite, voilà quelques années… que le déploiement du DSQ allait se faire par l'entremise des DCI et des DME. Le programme est parti. C'est un programme de 15,4 millions sur quatre ans pour un total de 60 millions. On a une entente de signée avec la FMOQ. On a mis en place un comité paritaire pour s'assurer qu'on ne sera pas les seuls à essayer de mobiliser les médecins pour ces branchements de ces cliniques-là. À partir de ce matin, le nombre exact était 201 cliniques qui ont déjà fait leur demande d'adhésion. Donc, c'est parti. On vise 5 200 cliniciens pour environ 1 900 cliniques. Et, également, ce qu'on est en train de faire, on est en train de faire l'harmonisation du programme

GMF, parce qu'on avait un programme GMF qui supportait déjà l'informatisation dans les cliniques. On est en train d'uniformiser pour avoir un seul programme, essayer de développer aussi avec eux les mêmes outils.

On a mis en place, pour réaliser ce programme de DME là, un processus d'homologation justement pour éviter que toutes sortes de systèmes se déploient dans le réseau et ces systèmes-là ne soient pas interfaçables ou n'assurent pas la sécurité que la population s'attend que le ministère de la Santé mette en place avec les ententes qu'on a prises avec les fédérations. On sait qu'on touche beaucoup le secteur privé, ce sont des fournisseurs privés, donc on a élaboré des règles et des normes spécifiques pour s'assurer que la confidentialité, la sécurité, l'hébergement de ces données-là allaient être protégés.

Le Président (M. Bergman) : Merci.

Mme Verreault (Lise) : Et — j'irais rapidement — aussi nos ententes avec Infoway, les budgets sont respectés. On a pour 421 millions, en date, je vous dirais, d'aujourd'hui, d'engagés au niveau des coûts pour l'implantation du DSQ. Il n'y a pas de dépassement. On avait renégocié, l'année passée, 19 ententes. On a présentement huit ententes qui viennent de venir à échéance le 31 décembre, qui vont être renégociées et qui devraient normalement nous permettre d'obtenir les remboursements prévus.

Je vous dirais qu'au niveau des remboursements, en 2010-2011, on était à 12 millions de remboursements; en 2011-2012, on a atteint 34 millions de remboursements par Infoway, ce qui est 180 % de plus que ce qu'on avait l'année précédente; et, cette année, on a déjà 14,4 millions de remboursés, avec des demandes qui sont déjà adressées, puis on est en attente des réponses d'Infoway. Donc, on va chercher l'argent qu'on devait aller chercher dans le dossier DSQ. On se rappellera que c'est 563 millions, dont 303 millions viennent du fédéral par des ententes d'Infoway.

RAMQ aussi, qui est un partenaire extrêmement important, on est en phase de transfert de toute l'exploitation de l'opération du DSQ. C'est ce qui avait été prévu. On a une collaboration qui est vraiment exceptionnelle de la RAMQ. Ils sont en train de développer leur expertise, je dirais, clinique et technologique au niveau de ces dossiers-là, et graduellement les dossiers vont se transférer au niveau de la RAMQ. On a vu passer aussi des centres de traitement pour l'hébergement, des centres d'hébergement qui sont présentement réservés pour accueillir l'hébergement des banques de données des domaines qui ont à être développés.

Ça m'amène au 59. Rapidement, 59, on se rappellera que c'est la loi sur le partage, qui va permettre justement de pouvoir partager, entre les établissements, entre les cliniques médicales, avec les pharmacies, l'information qui est prévue dans la loi; pas toutes les informations, les informations qui sont prévues dans les domaines médicaments, laboratoires, on a le domaine immunisation, l'imagerie. On a ajouté des domaines : allergies et intolérances et le sommaire d'hospitalisation. Ce sont deux domaines qui ne sont pas développés, mais qu'on va devoir développer, et ça, c'est suite aux consultations qu'on a faites au niveau du projet de loi n° 59.

Toute la clientèle visée par 59 a été élargie. Au départ, c'étaient seulement les clientèles assurées, celles de la carte d'assurance maladie. On s'est vite rendu compte que les enfants de moins de six mois, les immigrants et autres, ils reçoivent des services ici, au Québec. Il faut qu'ils aient un DSQ. Alors, on va tendre, dans les prochaines semaines, les prochains mois, à travailler des systèmes pour s'assurer que toute personne qui reçoit des services au Québec puisse avoir son DSQ.

Également, le modèle de refus, le consentement a été modifié légèrement. Le consentement va se faire pour l'ensemble des domaines et non pas pour des domaines individuels ou particuliers. Également, le refus. Suite aux consultations qu'on a faites, on nous a demandé la possibilité de pouvoir avoir un refus à une date antérieure suite à des résultats d'examen, peut-être, que les personnes ne veulent pas qu'ils soient partagés. Donc, c'est des éléments, dans notre projet de loi, qui vont être ajustés au cours des prochains mois.

Également, tout ce qui touche la loi n° 41, qui est venue donner des pouvoirs importants au niveau des pharmaciens, la possibilité de faire des prescriptions, de prescrire des analyses de laboratoire, de prolonger des ordonnances, de modifier des choses, nos systèmes informatiques vont devoir être ajustés.

Également, tout ce qui va toucher l'utilisation secondaire de certaines données. Alors, il y a eu une permission qui a été accordée au ministre et aux directeurs de santé publique et de certains organismes de recherche de pouvoir utiliser certaines données, dénominalisées, tout le temps, pour faire de la recherche.

Alors, si je reviens rapidement, il y a un règlement, qui est présentement affiché dans la *Gazette officielle*, qui va édicter trois étapes, des étapes d'implantation des différents articles. Comme je disais tout à l'heure, il y a des systèmes informatiques, comme celui des médicaments, qui vont devoir être ajustés au niveau de la loi n° 41, les accès également. Donc, il y a certains éléments qui vont être en vigueur immédiatement après la publication pour s'assurer que le DSQ ne sera pas retardé, que le déploiement ne sera pas retardé, et on a prévu, d'ici 2014, l'implantation ou l'application de l'ensemble des articles de la loi n° 59.

Alors, je ne sais pas si, M. le Président, j'ai répondu à votre question.

Le Président (M. Bergman) : Merci, Mme Verreault. M. le député de Bonaventure.

• *(18 h 30)* •

M. Roy : Oui. Merci. Merci, Mme la sous-ministre. Écoutez, qui dit concentration de l'information dit maximisation de l'efficience et de l'accès à l'information, mais dit aussi vulnérabilité. On peut aussi réfléchir sur le fait que de grandes bases de données, c'est important pour, bon, maximiser une structure, mais, en même temps, si des gens peuvent avoir accès à cette base de données là, on a une problématique de... je dirais, de renseignements personnels. Et là, bon, je sais que, dans le projet de loi n° 59, il y a des choses qui ont été prévues à ce niveau-là, mais j'aimerais que vous nous rassuriez sur les mesures qui ont été adoptées par le projet de loi pour protéger les renseignements personnels.

Le Président (M. Bergman) : Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : Alors, vous allez avoir des registres pour les identifiants, qui vont être gérés par la RAMQ, où on ne sera pas capable de reconnaître les intervenants qui font des demandes et également le client, l'usager de qui on fait la demande. Alors, il va y avoir un numéro d'identifiant unique qui va être donné pour chaque usager recevant des services au Québec, que seuls les systèmes de la RAMQ peuvent traiter, qu'il n'y a pas aucune personne qui est capable de voir.

Également, tout ce qui touche la traçabilité, alors, en tout temps, un usager va pouvoir demander qui a eu accès à son dossier. On va être capable de retracer qui a eu accès, alors que présentement on est dans des systèmes papier, des dossiers papier. Beaucoup de personnel peuvent regarder dans votre dossier, il n'y a personne qui est capable de le voir, alors qu'avec l'informatique on va avoir une traçabilité.

On va être capable également de donner à l'usager les renseignements qui sont contenus dans son dossier. Tout ce qui touche l'hébergement, tout ce qui touche l'accès va être encadré par des règles d'accès extrêmement rigides avec la gestion opérationnelle, des ententes spécifiques avec les plus hauts dirigeants des organisations et une imputabilité.

Également, il y a des pénalités s'il n'y a pas de respect, autant par rapport aux fournisseurs, quand on fait l'homologation puis on a des exigences, que les cliniques médicales qui vont faire affaire avec des fournisseurs privés, que notre réseau, nos intervenants, s'il y a un non-respect.

Je vous dirais également qu'on travaille aussi avec des hackers. On se fait hacker pour être sûrs que nos systèmes, ils sont quand même solides. Il n'y a rien qui est safe à 100 %, on le voit dans les journaux, mais je peux vous dire qu'on a des gens extrêmement expérimentés, au niveau de la SOGIQUE, qui testent nos produits. On fait affaire avec le CRIM aussi, on fait affaire avec des organismes externes qui viennent tester nos systèmes.

Une voix : ...

Mme Verreault (Lise) : Et les centres de recherche, oui.

Une voix : ...

Mme Verreault (Lise) : O.K. Informatique, O.K.? Le CRIM, oui, oui, c'est un centre de recherche.

Une voix : Ce n'est pas le crime organisé.

Mme Verreault (Lise) : Non, non, ce n'est pas le crime. Excusez, excusez.

Le Président (M. Bergman) : Merci Mme Verreault. M. le député de...

Mme Verreault (Lise) : Alors, régulièrement, on provoque, ou on fait provoquer, ou on essaie d'avoir des gens qui font de l'intrusion dans nos systèmes pour s'assurer qu'on a les bonnes pratiques puis qu'on a les outils de sécurité mis en place.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson, il vous reste 3 min 30 s.

M. Roy : J'avais peut-être une autre question. Est-ce que je peux y aller, M. le Président?

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Bonaventure, si vous voulez, pendant votre bloc.

M. Roy : Une question d'ordre plus technique. Advenant l'effondrement des serveurs, est-ce que vous avez des copies de sécurité? Avez-vous un mécanisme de sauvegarde?

Le Président (M. Bergman) : Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : Il est évident que la RAMQ, qui va conserver presque la grande majorité de nos banques, a déjà une expertise au niveau de toutes les banques de données. On a des centres d'hébergement avec de la redondance, on a des centres distants. Alors, c'est évident qu'on a des back-up, puis ce n'est pas un à côté de l'autre. Il y a des distances importantes, qu'il y ait un séisme, qu'il y ait un tremblement de terre, qu'il y ait n'importe quoi. Je pense qu'ils ont une expérience reconnue mondialement pour l'hébergement des données.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson, pour une courte période de trois minutes.

Mme Gadoury-Hamelin : Bien, moi, écoutez, Mme Verreault, vous avez tellement bien élaboré la question initiale et vous avez touché à toutes les questions que j'avais pour vous concernant le Dossier santé Québec, la partie médicaments, la partie laboratoire. À ma connaissance, à moins que vous ayez des choses à ajouter, vous avez semblé couvrir...

La question qu'il me resterait en suspens dans ma tête, ça serait plus les échéanciers. Est-ce que vous prévoyez que tout ça... Au niveau de la mise en place finale, est-ce que vous avez déjà un calendrier d'échéance?

Le Président (M. Bergman) : Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : Si ça serait juste de moi, ça serait fait. On fait affaire avec des fournisseurs privés, hein?

Le Président (M. Bergman) : Il reste deux minutes.

Mme Verreault (Lise) : On fait affaire avec des fournisseurs privés, alors on a un défi, qui est quand même important, de s'assurer que les contrats qui ont été convenus avec les fournisseurs soient respectés, tant en termes de délais que de coûts. Je vous dirais qu'on a resserré la ceinture beaucoup. Juste au niveau des effectifs DSQ, on est partis de 75 employés voilà un an et demi, on est rendus à 39. Alors, on essaie d'utiliser les gens du réseau, on essaie de s'assurer que l'expertise va rester dans le réseau, ne sera pas juste au niveau de fournisseurs. Alors, je pense qu'il y a un travail important.

Avec l'arrivée de la SOGIQUE aussi... Alors, on a intégré, au cours des dernières semaines, 1er janvier officiellement, les 236 employés de SOGIQUE et qui sont mis dès à présent à contribution dans le dossier du DSQ. Alors, on a élargi un petit peu notre spectre de professionnels dans ce dossier-là pour s'assurer qu'on va quand même limiter les coûts puis on va être capables d'avoir des ressources en quantité suffisante, pour les années à venir, dans ce dossier-là.

Les échéanciers, pour moi, c'était 2016 par rapport au déploiement du DSQ. Le DCI, ça va se donner entre cinq et... sept à huit ans par rapport à la capacité des établissements, mais on s'aperçoit qu'il y a des regroupements. Ça fait qu'on évolue beaucoup plus rapidement dans certains volets que ce qu'on pensait. Ça va bien, le DSQ, ça va même très bien. C'est reparti, et je vous dirais que les commentaires qu'on a des cliniciens, présentement, qui sont branchés au DSQ sont extrêmement positifs.

Le Président (M. Bergman) : Alors, merci. Alors, pour le dernier bloc de l'opposition officielle, pour 21 minutes, M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président, et, compte tenu que Mme Verreault est là, on devrait continuer sur l'informatisation du réseau. Mme Verreault, vous pouvez rester à votre place. On va terminer le bloc.

Écoutez, je pense que Mme Verreault a très bien expliqué... exprimé spontanément, c'est un dossier qui est complexe. C'est un dossier qui est extrêmement difficile, mais je pense qu'on est en mesure de constater que c'est un dossier qui va bien. Et je voudrais débuter en félicitant Mme Verreault et toute son équipe pour le travail qui a été fait au cours des dernières années parce qu'il y a eu une vision d'ensemble que vous avez mise en place. Mais, juste avoir la vision, ce n'est pas suffisant; il faut être capable de la réaliser, et vous l'avez fait de main de maître.

Ce qu'on voit également, c'est la complexité et... que j'ai toujours dit : Ce n'est pas deux petits fils qu'on connecte ensemble, c'est de mettre en place un réseau extrêmement complexe. Et moi, je veux vous témoigner que je travaille actuellement avec un dossier complètement électronique, et ça change la vie de pratique des cliniciens, mais ça change surtout la qualité de la pratique pour le patient. On a un accès rapide à nos données, tout est là, c'est complet, beaucoup plus sécuritaire et puis également il n'y a plus de données qui se perdent. Moi, je pense que c'est un élément extrêmement important.

Ma question, puis le ministre peut collaborer à la réponse, c'est : Il y en a qui voulaient, qui disaient qu'on aurait dû faire l'informatisation de partout puis, un jour, regarder pour une informatisation globale, alors que le Québec a fait le choix de se donner une stratégie globale dans laquelle le DSQ joue un rôle central, et, par la suite, on parle d'interopérabilité. Selon vous, d'avoir fait la stratégie inverse, comme moi, j'ai vu dans certains pays où ils ne sont plus capables de connecter, qu'est-ce que cela aurait donné comme résultat?

Le Président (M. Bergman) : Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : On est en avance au niveau de l'interopérabilité. On entend souvent les médias ou les gens, je dirais, en périphérie du réseau de la santé dire : On n'a pas commencé par le bon bout, on aurait dû informatiser les cliniques médicales et puis, après ça, monter dans des domaines comme le DSQ. Et le DSQ, ce n'est pas un dossier comme un dossier de médecin, ce sont des banques de données où on va avoir un système qui va nous permettre de partager ces informations-là. On va desservir beaucoup plus rapidement l'ensemble du Québec. Ça a été long à démarrer, par contre, parce que c'est quelque chose qui n'existait pas. Je pense qu'on a pris le bon chemin. On n'a peut-être pas eu la technologie ou l'expertise au départ. Je pense qu'il faut reconnaître que... il y avait beaucoup de consultants autour de ça. On n'avait jamais fait ça au Québec. Puis le réseau de la santé, bien, ce n'est pas sa mission première, hein, d'informatiser. Donc, c'est sûr qu'il a fallu faire affaire avec des gens de l'externe, et là je pense qu'on est vraiment bien enlignés.

Les autres provinces qui nous regardent — parce que je siège à Infoway — ce qu'on a fait au niveau du médicament, avec la RAMQ, là, c'est extraordinaire, là, ils n'ont pas ça dans les autres provinces, là. D'avoir les pharmacies branchées avec une banque centrale, parce qu'on a l'assurance maladie, au Québec, on a les banques de données, c'est extraordinaire. Tout le monde veut savoir comment on fait ça. Alors, je pense que le fait d'utiliser des actifs qu'on avait déjà comme la RAMQ au départ, le PACS qu'on a fait… Le déploiement des PACS partout au Québec, celui qui a eu cette idée-là, c'était parfait aussi. Là, ce qu'il reste à faire, c'est comment on amène un système qui permet l'interopérabilité nationale, et c'est ça qu'on est en train d'inventer.

Par contre, 90 % à peu près des résultats des examens qu'un médecin a besoin, c'est local. C'est beaucoup son CSSS, avec son GMF, ses cliniques médicales. Peut-être Montréal, où vous êtes proches des gens qui consomment

sur l'île, ça, c'est différent, mais, dans les autres régions du Québec, la majorité des domaines qui sont régionalisés maintenant satisfont les besoins des cliniciens en grande partie. Montréal est différente parce que sa population se promène. Dans le 450, là, ça se promène, et je pense que c'est plus là qu'il faut qu'on ait rapidement l'interopérabilité. Mais on voit, avec l'imagerie, à Montréal, ça va très bien, O.K.?

Il y a d'autres secteurs où on avait utilisé, on avait fait l'acquisition de PACS qui ne sont pas pareils comme le RID. Là, on s'aperçoit qu'on a un problème au niveau des fournisseurs, parce que les systèmes, bien, ils protègent tous leurs codes. Et là tu veux faire parler les systèmes, bien là ça prend une autre interface. Tu sais, on est un peu, des fois, à la merci, là, de ce que les fournisseurs peuvent nous donner. Mais je pense que l'orientation... puis je ne suis pas spécialiste en informatique, je veux mettre ma limite là-dedans, mais moi, je pense qu'on a fait le bon choix quand j'écoute tous les collègues des autres provinces regarder ce qu'on est en train de faire. Par contre, on a pris la gratte large, on a pris tous, quasiment, les domaines. Alors, je pense que, quand ça va être livré, ça va être numéro un.

• *(18 h 40)* •

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

M. Hébert : Complément de réponse. En fait, dans l'informatisation, quand on regarde ce qui se fait ailleurs, il y a trois stratégies. Il y a la stratégie du mur-à-mur, donc un seul système. Et il n'y a pas de pays qui ont adopté cette stratégie-là, mais il y a, aux États-Unis, par exemple, Kaiser Permanente et d'autres mutuelles qui ont ces espèces de systèmes, là, parfaitement intégrés, fermés. Le problème avec ça, c'est que, quand on a à gérer un pays, on n'est pas capables de pouvoir avoir des interactions avec d'autres acteurs du réseau de la santé. C'est un système qui est refermé sur lui-même et qui ne permet pas l'intégration des services comme c'est nécessaire dans le monde dans lequel on vit.

À l'opposé, il y a les pays qui ont laissé le libre marché. La France est un bel exemple. On a laissé les fournisseurs, le libre marché, et là on se retrouve... Bien sûr, les Français sont plus branchés que les Québécois, mais ils ne se parlent pas. Alors, chaque clinique a son fournisseur, et ces cliniques-là n'ont pas de communication avec ni les pharmacies, ni les laboratoires, ni les établissements de santé, ni les laboratoires d'imagerie. Alors, il y a un système qui est la tour de Babel. En fait, il n'y a pas de système, mais on a laissé le libre marché.

Au Québec, je pense qu'on a choisi une voie peut-être un peu difficile, parce que ce n'est pas une voie complètement intégrée, mais une voie où on a privilégié l'interopérabilité, c'est-à-dire que, quand on met des systèmes en place, on exige chez les fournisseurs qu'il y ait un certain nombre de standards à respecter puis un certain nombre de critères pour que les systèmes puissent se parler entre eux. Et je pense que c'est la voie d'avenir, et il y a plusieurs provinces canadiennes et pays qui regardent ce qu'on fait au Québec, parce que je pense que c'est un système porteur.

C'est complexe. On a voulu prendre plusieurs domaines, mais ça n'arrête pas là, parce qu'il y a eu une commande dans le... chez Mme Verreault de pouvoir ajouter un domaine dans la perspective des soins aux personnes âgées et de l'intégration des services. Il y a tout le domaine du réseau de services intégrés aux personnes âgées que j'ai demandé d'ajouter comme domaine, donc septième domaine qui va être visé de façon à ce qu'on puisse vraiment se servir de l'informatique pour intégrer les services aux personnes âgées et faire en sorte que les établissements, les services, les organisations puissent se parler ensemble. Alors, c'est une nouvelle commande qui a été donnée à la sous-ministre.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Écoutez, je suis content d'entendre et Mme Verreault et le ministre confirmer la perception que moi, j'avais vers quoi on s'en allait et je suis content de voir que le ministre reconnaît que, dans les trois façons, la seule qui fait qu'on ne recommence pas éternellement, c'est celle-là de l'interopérabilité et des systèmes ouverts, parce que les gens qui nous faisaient la... qui préconisaient d'avoir un système fermé, un seul fournisseur, ils sont toujours pris avec le même fournisseur, alors que nous autres, on a une certaine compétition, et ça permet de développer des nouveaux services. Et également, vu que c'est un système ouvert, ça permet de rajouter sur une fondation qui est très, très, très solide.

L'autre élément que j'aimerais qu'on clarifie — puis je pense qu'à un moment donné il va falloir arrêter d'en parler — et, dans votre document, il en était fait mention : le montant, vous l'avez dit tantôt, est autour de 563 millions, et le coût du DSQ qui était budgété et prévu était à l'intérieur du 563 millions. Pouvez-vous nous expliquer pourquoi on parle toujours de 1,4 milliard, alors qu'on a toujours dit que le montant pour le DSQ était de 563 millions, et il était respecté, et les autres tels que le DCI et le DME étaient des dossiers différents qui n'étaient pas inclus dans le Dossier santé Québec?

Et, là-dessus, peut-être j'aimerais avoir l'opinion de... Je sais que le ministre a donné la même opinion l'autre fois, mais j'aimerais ça peut-être, pour nos auditeurs, là... parce qu'il s'est dit tellement de faussetés, il y a tellement de choses qui ont été mal interprétées. J'ai relu le rapport du Vérificateur général, et ce n'est pas clair du tout, et je pense que... Une fois pour toutes, clarifions ça, puis mettons ça en arrière de nous autres, puis arrêtons de faire une petite guéguerre puis de faire de la politicaillerie sur ce dossier. Allez-y, Mme Verreault.

Le Président (M. Bergman) : Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : 563 millions, là, c'était vraiment pour le déploiement du DSQ à l'époque, quand l'entente s'est signée avec Infoway : 303 millions qui étaient financés par le fédéral puis 260 qui étaient financés par le gouvernement du Québec. C'était pour le déploiement du DSQ avec le visualiseur. C'est important, cette précision-là, parce qu'au départ le plan du DSQ, c'était ça.

En cours de route se sont ajoutés les frais connexes. Frais connexes. Quand on a fait la... le PACSage... je n'aime pas le terme «PACSage», là, mais l'informatisation des... la numérisation des images, il a fallu investir dans les établissements. Ça, ça fait partie d'une enveloppe de 225 millions qu'on appelait les frais connexes. Mettre à niveau les SIL, les systèmes d'information des laboratoires, parce que ce n'était pas tout informatisé, alors il y avait des investissements requis pour les établissements avant qu'on commence à brancher le DSQ. Tout ça est dans l'enveloppe du 225 millions.

Ensuite de ça, ce qui a été mis dans le chiffre qui a été véhiculé, de 1,6 milliard pour toute l'informatisation, ça été les DCI. On a fait des estimés, puis l'AQESSS — pas l'AHQ — l'AQESSS, à l'époque, avait identifié que, pour la mise en place des DCI dans les établissements, il fallait prévoir environ 400 millions, O.K.? Ça venait s'ajouter aux 563 millions du départ.

Également, les DME, le programme DME qu'on vient de vous parler, alors il y a 100 millions qui étaient prévus, qui étaient identifiés dans le 1,6 avant que l'entente se signe. Là, on est à 15,4, pour quatre ans, 60 millions, mais renouvelable après, par la suite. Donc, il va encore y avoir des dépenses à ce niveau-là.

Également, pour le fonctionnement de l'ensemble... parce que les coûts de fonctionnement, au départ, dans le 563 millions, n'étaient pas comme identifiés. C'était dans le fonctionnement du réseau, parce que ce qui avait été prévu, c'est : si on informatise, bien, il va y avoir moins de tests, de reprises d'examens, il va y avoir moins d'erreurs, une optimisation du temps du médecin. Alors, il y avait comme un estimé d'économies, alors ce qui amenait un 340 millions. Tout ça fait 1,6 milliard, 1 628 000 000 $ pour l'informatisation de ce grand, je dirais, plan là. Mais ce n'est pas seulement le DSQ. Donc, c'est autant la numérisation, c'est autant des frais connexes pour les laboratoires que pour les frais de fonctionnement.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste pour terminer le dossier. Les gens ont mélangé différents dossiers qui, de toute façon, allaient se faire. C'est comme si aujourd'hui on disait : On va informatiser les pharmacies, c'était dans le DSQ, alors que c'était complètement indépendant. Puis je pense...

Je ne sais pas si le ministre peut faire un commentaire là-dessus — parce que c'est quand même les notes de son ministère, là, qui sont là-dedans — parce que je pense que, pour la population du Québec, l'informatisation a eu une mauvaise presse, alors qu'on est probablement dans les plus avancés au monde, puis ça, je tiens à le dire. On est allés visiter ailleurs, puis le ministre est allé visiter aussi ailleurs. Tu sais, il nous parle toujours du système de la France, mais ils ne se parleront jamais, en France.

L'expérience qu'on a vue en France... Mme Verreault, vous avez eu l'occasion de visiter la France, ils ne se parleront probablement jamais, à moins de rebâtir un réseau comme on a bâti au Québec, qui va leur prendre possiblement un autre 15 à 20 ans. Je ne sais pas si le ministre veut commenter là-dessus.

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

M. Hébert : Bien, le commentaire que j'aurais... Merci, madame, de ces précisions, je pense que c'était clair.

Effectivement, le DSQ est revenu sur les rails, et je pense qu'il y a eu un effort considérable qui a été fait par Mme Verreault et son équipe pour faire en sorte de reprendre ça.

En fait, le ministère avait vécu un peu ce qui avait été vécu dans d'autres secteurs. Il y avait eu une perte d'expertise, et on n'était pas capables de bien suivre l'évolution du DSQ avec une expertise à l'interne du ministère. Et je pense que ça a été retrouvé au cours des dernières années et je pense que là, maintenant, il y a une expertise à l'interne, surtout avec l'intégration de la SOGIQUE qui nous permet vraiment d'avoir la compétence pour suivre l'évolution du DSQ, être capables d'apprécier le travail qui est fait par des fournisseurs privés, être capables de contrôler également les coûts et de contrôler les initiatives qui, trop souvent, se mettent en place dans le réseau et qui ne sont pas nécessairement alignées sur les orientations globales du ministère.

Alors, il y a eu des efforts importants. Je pense que ça porte fruit, je pense qu'on voit maintenant ce que ça va avoir l'air, le DSQ. On voit que, d'ici quelques années, on va avoir un système interopérable, efficace, qui va nous permettre d'avoir des économies dans l'administration et dans la dispensation des services.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste une question, M. le Président. Il nous reste combien de temps pour ce bloc?

Le Président (M. Bergman) : Il reste huit minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parce que, M. le Président, je vois l'heure, est-ce qu'on pourrait le reporter à ce soir, le huit minutes?

Le Président (M. Bergman) : On doit le prendre dès maintenant, car, ce soir, on a un bloc de deux heures, alors…

M. Bolduc (Jean-Talon) : O.K. Dans ce cas-là, M. le Président, j'irais sur peut-être un autre sujet qu'on a effleuré il y a quelques minutes. Ça serait sur… Merci, Mme Verreault, et félicitations encore à votre équipe. Puis je

voulais aussi féliciter la Régie d'assurance maladie du Québec qui fait un travail extraordinaire de collaboration avec le ministère. D'ailleurs, on est allés chercher cette expertise-là qui est reconnue au niveau mondial.

M. le Président, j'aurais aimé rediscuter juste sur un point, qui est la chirurgie et le 50 millions que le ministre a annoncé qu'il coupait au niveau des frais administratifs. D'abord, est-ce que le ministre reconnaît que 50 millions, fait sur une période de trois mois, c'est à peu près l'équivalent d'un 200 millions de dollars annualisé pour un établissement? Je suis d'accord que c'est une seule fois, mais que c'est vraiment ça.

• *(18 h 50)* •

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

M. Hébert : Alors, le 50 millions est basé sur un estimé annuel, là. Il ne faut pas dramatiser non plus, là. Donc, c'est une économie de 50 millions qui va se répercuter dans les années futures aussi, là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Est-ce que le ministre peut nous dire aujourd'hui si, dans le 50 millions qu'on a demandé de couper dans les établissements, il y a un seul poste administratif, comme il dit, qui était en double, qui a été coupé?

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

M. Hébert : ...administratif qui était en double, qui a été coupé? On finançait les établissements...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, le ministre a dit qu'il y avait du dédoublement, et il faut voir que... Les établissements qui recevaient ce 50 millions, lorsqu'ils recevaient ce 50 millions de dollars là, c'étaient des services qui étaient donnés à quelque part. À ma connaissance, dans les blocs opératoires, dans les gens qui donnaient des rendez-vous, il n'y a personne qui travaillait en double. Donc, je ne pense pas qu'il va y avoir de poste de coupé à ces niveaux-là.

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

M. Hébert : Il n'y a rien qui vous dit, et vous le savez très bien, que cet argent-là qui était payé en double était affecté à la chirurgie. On n'a pas une façon comme ça de budgétiser et de suivre le prix de revient de nos établissements, pas encore, du moins. Et ce que je peux vous dire, c'est que, lorsqu'on a rencontré l'AQESSS et qu'on leur a fait la démonstration du double financement, du calcul, ils ont été d'accord avec nous. Ils ont reconnu, les gens de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux... Au début, ils disaient : Non, ce n'est pas vrai qu'on est payés en double, mais, une fois que les gens du ministère leur ont fait la démonstration, ils ont été bien obligés de reconnaître qu'effectivement ils étaient financés en double pour des services de soutien et des services administratifs.

Ce que faisaient les établissements avec la somme, je n'en sais rien, mais je pense qu'il faut arrêter une pratique qui ne doit pas avoir cours. Lorsqu'on finance à l'activité — il y a des gens qui voudraient qu'on s'en aille vers le financement à l'activité — il faudra bien réaliser que le financement à l'activité, il va falloir calculer le juste prix du financement à l'activité, et ça, ça nécessite de calculer un prix de revient. Alors, on l'a fait pour des chirurgies, là, on l'a fait avec une erreur de 25 % où on finançait trop, deux fois les services administratifs. Je pense qu'il faut corriger, d'abord, cette erreur-là, corriger l'erreur et, deuxièmement, faire en sorte que, si on va plus loin dans des financements d'activités, bien, qu'on ne puisse pas répéter cette erreur-là et qu'on établit le juste tarif pour l'acte qu'on finance.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : D'ailleurs, je ne sais pas quand vous avez rencontré l'AQESSS, moi, je les ai rencontrés il y a quelques jours, et, pour eux autres, c'est clair, c'est un 50 millions de coupé directement dans la base budgétaire de l'établissement. C'est certain que, si vous dites que vous l'enlevez du côté de la chirurgie, bien, cet argent-là était déjà disponible dans l'établissement pour d'autres services, le raisonnement… parce que le ministre l'a apporté comme ça, il a dit : Le raisonnement… Il a dit : Bien, ce n'est pas compliqué, on paie en double, en supposant comme s'il y avait de la double administration qui se ferait. Alors, on peut s'entendre, le ministre et moi, qu'il n'y a pas de double administration, qu'il n'y a pas deux personnes qui faisaient le travail d'une personne, n'est-ce pas, M. le ministre?

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

M. Hébert : Alors, effectivement, c'est 50 millions qui n'est pas disponible pour les établissements, mais 50 millions qu'on avait fournis en trop. Alors, il y a un effort qui est demandé, comme il y a un effort dans les agences, autour de 30 millions, qui est demandé également pour être capables d'atteindre la cible budgétaire que vous aviez établie, que le gouvernement libéral précédent avait établie pour 2012-2013, je vous le rappelle. On garde la même cible budgétaire, exactement la même, sauf que nous, nous voulons l'atteindre. Et la façon de l'atteindre, ça a été d'abolir la règle des 15 ans, de diminuer le coût des médicaments, de diminuer le financement des agences de 30 millions et de diminuer les établissements de 50 millions par l'abolition d'une double facturation des services administratifs pour atteindre la cible budgétaire que vous aviez établie, je vous le rappelle.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Le ministre, dans son discours, a clairement dit qu'il n'y avait pas deux personnes qui faisaient de l'administration, et le 50 millions va devoir être récupéré ailleurs dans l'établissement. Oublions tout le discours qui entoure, là, la finalité, l'établissement ou les établissements se retrouvent avec 50 millions de dollars de moins, que, selon vous, c'est leur problème, où ils vont aller le chercher, mais vous reconnaissez que ce 50 millions là ne sera certainement pas coupé dans les frais administratifs en chirurgie.

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

M. Hébert : Ce 50 millions là ne sera pas tout coupé dans les frais administratifs en chirurgie, mais va être pris dans les frais administratifs en général. Il y a encore, à mon avis, beaucoup d'optimisation à faire dans nos processus, au niveau des établissements et au niveau des agences, pour diminuer les frais administratifs, pour diminuer les frais de soutien. Et c'est cet exercice-là qui est fait par les établissements actuellement, et les échos que j'en ai, c'est que ça va bien et qu'on va les atteindre dans la grande majorité des cas, ces cibles budgétaires qui sont, je vous le rappelle, M. le député de Jean-Talon, les cibles budgétaires que vous aviez vous-mêmes à respecter et que nous allons respecter.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bien, je pense qu'on se rapproche de la vérité, M. le Président, parce que ce que le ministre disait, qu'on a entendu souvent, à plusieurs reprises, c'est qu'il y a 50 millions qui seraient coupés dans les frais administratifs de dédoublement en chirurgie. Aujourd'hui, il nous confirme qu'il n'y a jamais eu...

Une voix : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Non, c'était vraiment clair, puis les éditorialistes interprétaient ça comme ça également, c'était qu'on payait en double, donc ça se fait en double, donc il y a un 50 millions qui va être facilement récupéré, alors qu'actuellement, pour avoir rencontré les mêmes gens de l'AQESSS, qui je ne pense pas ont un double discours... disent que le 50 millions est difficile à trouver dans les établissements, et c'est un 50 millions qui va se trouver ailleurs que dans les frais administratifs de chirurgie et probablement ailleurs que dans les frais administratifs, n'est-ce pas, M. le ministre?

Le Président (M. Bergman) : Alors, compte tenu de l'heure, je m'excuse, la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30. Nous reprendrons nos travaux dans cette même salle à 19 h 30. Merci.

(Suspension de la séance à 18 h 56)

(Reprise à 19 h 36)

Le Président (M. Bergman) : À l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires du volet Santé relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2013-2014.

Puisque nous avons débuté nos travaux à 19 h 36 et qu'une période de deux heures doit être consacrée à l'étude de ce volet ce soir, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit jusqu'à 21 h 36? Consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Bergman) : Consentement. Avant de poursuivre nos travaux, je vous informe du temps approximatif qu'il reste à chaque groupe parlementaire pour l'étude de ce programme : gouvernement, environ 3 h 7 min; opposition officielle, environ 3 h 8 min; et deuxième opposition, environ 45 minutes.

Lors de la suspension de nos travaux cet après-midi, M. le ministre avait la parole. Je vous invite donc à poursuivre votre intervention, s'il y a consentement de poursuivre. C'est sur le temps du gouvernement certainement. Alors, M. le ministre, pour répondre à la question qui a été demandée à vous, de M. le député de Jean-Talon. M. le ministre.

M. Hébert : O.K. Bien, la question était sur le 50 millions qui est, en fait, un financement en double. Permettez-moi, M. le Président, de détailler un peu qu'est-ce qui est inclus dans ce financement en double, là, qui était attribué à chacune des chirurgies.

Alors, il y avait des éléments de formation du personnel infirmier qui est déjà faite — alors, quand on fait des chirurgies de plus, la formation est déjà faite — la sécurité transfusionnelle et produits sanguins, le déplacement des usagers, le transport externe des usagers, l'administration des soins, l'enseignement, l'administration générale de l'établissement, l'administration des services techniques de l'établissement, l'informatique, la réception, les archives, les télécommunications, l'alimentation, la buanderie, la lingerie, l'hygiène et la salubrité, la gestion des déchets biomédicaux, le fonctionnement

des installations, la sécurité, l'entretien et la réparation des installations, l'entretien et la réparation des équipements médicaux et d'autres activités de coûts indirects. Alors, tout ça, là, était financé, même si c'est financé déjà dans le budget global. Alors, c'est ça qu'on a retiré du financement, et donc les établissements vont devoir faire l'exercice de comprimer ces dépenses dans leur budget régulier parce qu'ils n'ont pas ce financement supplémentaire.

C'est sûr qu'on a fait des exceptions. Par exemple, lorsqu'un établissement doit ouvrir de nouveaux blocs opératoires, il y a un certain nombre de ces dépenses-là qui ont cours, qui, effectivement, doivent être tenues en compte, et on a tenu en compte ces dépenses-là pour des établissements qui ont, au cours de l'année qui vient de s'écouler, ouvert de nouveaux blocs opératoires, de nouvelles salles d'opération. Alors, c'est, pour répondre à la question du député de Jean-Talon, là, la façon dont les établissements doivent comprimer leurs dépenses dans ces secteurs d'activité.

Le Président (M. Bergman) : Merci. M. le député de Bonaventure.

M. Roy : Merci, M. le Président. J'aurais une dernière question pour la sous-ministre, qui est liée à l'informatisation du réseau de la santé et des services, Mme Verreault.

• *(19 h 40)* •

Le Président (M. Bergman) : Alors, Mme Verreault, vous rapprocher au micro. Mme Verreault. Alors, M. le député de Bonaventure.

M. Roy : Merci beaucoup. Mme Verreault, donc, bon, le projet de loi prévoit que tous les Québécois vont participer au DSQ. Par contre, si des individus font part d'un refus d'être... à tout le moins de faire partie du DSQ, comment peuvent-ils le faire et quelles sont les procédures qui peuvent permettre aux gens de se retirer de cette base de données là qui, pour certains individus, ne les intéresse pas peut-être d'être inclus?

Le Président (M. Bergman) : Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : Alors, ils peuvent le faire par la poste, par téléphone ou par système informatique s'ils sont reliés par Internet. Alors, on a pris des ententes avec Services Québec, avec RAMQ alors pour accepter, suivre les refus, enregistrer les refus. Il y a un accusé de réception qui est fait. La personne, elle peut refuser pour un délai déterminé. Elle peut réactiver son autorisation pour que le partage d'information se poursuive. Donc, c'est en fonction du désir de l'usager, mais c'est pour l'ensemble des domaines.

Alors, je veux juste reprendre, alors on a mis en place... Quand on fait notre campagne d'information au Québec, on indique aux gens de quelle façon ils peuvent le faire. On a une ligne, on a de la publicité qui se fait également, on a un feuillet qui est distribué. On a bonifié également à partir des commentaires qu'on a reçus à la commission. Quand on a fait l'étude du projet de loi n° 59, il y a plusieurs commentaires qui nous avaient été émis pour bonifier la façon dont l'information allait se rendre au client. Donc, on va travailler également avec des groupes, des organismes, des fois, de défense de droits ou qui sont proches des clientèles un peu plus vulnérables pour s'assurer que ces gens-là comprennent bien qu'ils ont le droit de refuser et de quelle façon ils peuvent procéder à l'émission de ce refus-là.

Le Président (M. Bergman) : Alors, M. le député de Bonaventure.

M. Roy : Étant donné, bon, l'étendue du déploiement de, bon, la stratégie, est-ce qu'il y a... on voit émerger un pourcentage important de gens qui refusent de faire partie en termes statistiques ou, à tout le moins, est-ce que vous voyez quand même des gens qui refusent de faire partie du DSQ?

Le Président (M. Bergman) : Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : À date, je vous dirais, pour les quatre régions qu'on a faites, c'est 0,08 %. Donc, c'est moins de 1 %, le taux de refus présentement qui est enregistré au Québec, puis je vous dirais que c'est 50-50 hommes, femmes, là. C'est réparti assez équitablement et c'est dans une catégorie d'âge entre 40 et 65 ans.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Alors, M. le Président, la semaine dernière, lors d'une étude de crédits, le porte-parole de l'opposition officielle en matière d'affaires intergouvernementales a rendu publiques des lettres concernant le groupe de travail sur l'innovation en santé. Alors, tout le monde a compris, je crois, que le député de Châteauguay a peut-être essayé de se faire un peu de capital politique avec ce dossier, mais c'est de bonne guerre. Toutefois, je suis certaine, moi, que la décision de notre gouvernement se justifie amplement et certainement pour d'autres raisons que celles avancées par le député de Châteauguay.

Alors, M. le Président, j'aimerais bien que l'on nous explique… alors ma question s'adresse soit au ministre ou à toute autre personne, là, responsable de ce dossier-là qui pourrait me répondre. J'aimerais qu'on nous explique les raisons de ce repositionnement du Québec au sein du groupe de travail sur l'innovation?

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

M. Hébert : M. le Président, effectivement, nous avons informé les deux coprésidents de ces groupes de travail qui ont été mis en place par les premiers ministres de la position du gouvernement au niveau des groupes de travail sur l'innovation en santé. En fait, notre position est que les thèmes qui ont été retenus comme prioritaires par ces groupes de travail en fait sont des thèmes où la position du Québec, dans ces groupes de travail là, est très bien définie et où il n'y a pas vraiment de valeur ajoutée à la participation du Québec dans ces groupes de travail.

Je vous donne quelques exemples. L'un de ces groupes de travail vise les pratiques de groupe en première ligne. Or, le Québec, comme vous le savez, a choisi, depuis plus de 10 ans, de s'orienter sur les groupes de médecins de famille qui sont un modèle reconnu. D'ailleurs, il y a eu quelques études qui ont bien montré que c'était un modèle robuste, sur lequel d'ailleurs s'inspirent différentes autres provinces et différents autres pays, notamment l'Ontario avec ses «Family Group Units». Et donc on n'avait pas d'intérêt à participer à une réflexion des autres provinces canadiennes sur un modèle de soins qui est bien établi, qui a montré son efficacité et qu'on est en train d'implanter au Québec.

Deuxième élément : ces groupes de travail ont des travaux sur les guides de pratique clinique, et ces travaux-là font intervenir des associations fédérales canadiennes qui regroupent des professionnels de la santé, comme l'Association médicale canadienne ou l'Association des infirmiers et infirmières du Canada. Or, au Québec, on a une façon différente de travailler les guides de pratique clinique. On les travaille à partir de la base, en utilisant nos professionnels, et ces guides de pratique clinique sont donc issus de la base pour être ensuite généralisés à l'ensemble du Québec. Donc, encore là, tant dans la façon d'élaborer les guides de pratique clinique que dans les partenaires qui sont impliqués, il y a une discordance entre l'approche canadienne et l'approche québécoise.

L'autre élément, c'est comment est-ce qu'on peut faire face à la pénurie de ressources humaines. Parce qu'il faut comprendre que, dans les autres provinces canadiennes, le phénomène qu'on vit, nous, au Québec, depuis plus de 10 ans, qui est les pénuries de ressources humaines, que ce soit en médecine ou en sciences infirmières, bien, c'est maintenant le cas dans les autres provinces canadiennes qui vivent, comme nous l'avons vécu il y a une dizaine d'années, un effet de génération où les nouvelles générations travaillent moins, consacrent plus de leur temps à leur vie personnelle et à leur vie familiale. Et cet équilibre-là, qui est maintenant monnaie courante au Québec, commence à être un phénomène de société dans les autres provinces canadiennes.

Or, nous, nous avons adopté, au cours des dernières années, différentes stratégies pour être capables de répondre à ces problèmes de pénurie et nous n'avons donc pas à participer à des stratégies Web ou à des stratégies de valorisation des professions ou d'augmentation des admissions dans les programmes de formation. Alors, c'est des choses qui sont absolument non opérantes pour le Québec. Alors, nous, nous avons clairement indiqué que nous ne participerions pas à ces groupes de travail. Et d'ailleurs mon prédécesseur avait indiqué exactement la même chose, et l'attitude que j'ai est en continuité avec l'attitude qu'avait le ministère de la Santé et des Services sociaux dans ce dossier-là.

Tout ce que j'ai fait, moi, c'est de rendre publique notre stratégie, donc de dire ce qu'on faisait. Et, bon, on m'a accusé d'hypocrisie, mais je pense que l'hypocrisie, c'est de ne pas dire ce qu'on fait et moi, je dis ce que nous faisons, c'est-à-dire que ces groupes de travaux là ne contribuent pas à pouvoir bonifier le service de santé et services sociaux du Québec. Et donc on ne mettra pas de l'énergie, on ne mettra pas de l'argent, on ne mettra pas des ressources humaines à travailler dans ces groupes de travail là.

Ce qui ne nous empêche pas d'être présents. Ce n'est pas la chaise vide, nous avons été présents. Et j'ai été, à Halifax, à la dernière conférence des ministres de la Santé et, à Halifax aussi, à la conférence des ministres responsables des Aînés, et nous avons représenté le Québec. Nous avons fait part aux autres ministres de la Santé et des Aînés des orientations du Québec et nous avons participé aux discussions. Nous avons été en mesure de voir les enjeux, les stratégies que les autres provinces allaient mettre en place et de pouvoir s'en inspirer, le cas échéant.

Et j'irais même plus loin. J'ai moi-même, en collaboration avec le ministre de la Santé de l'Alberta, lancé l'idée que nous devrions tenir une conférence conjointe des ministres de la Santé et des ministres des Aînés sur les soins à domicile, et c'est une position qui a été adoptée à l'unanimité par les deux conférences des ministres provinciaux de la Santé et des Aînés. Et cette conférence-là, spéciale, va se tenir les 15 et 16 mars prochain à Toronto. Et on m'a demandé… C'est moi qui l'organise avec le ministre de la Santé de l'Alberta, et on m'a même demandé de présenter aux autres ministres notre approche sur l'assurance autonomie, qui intéresse beaucoup les autres provinces canadiennes. Alors, on aura donc l'occasion tant de montrer notre politique sur l'assurance autonomie que de montrer les progrès que le Québec a faits au niveau de l'intégration des services aux personnes âgées et la priorisation des soins à domicile qui est un corollaire de ces deux autres stratégies.

Alors, non seulement on occupe la chaise, mais on a une position qui fait qu'on peut bénéficier de ce forum pour faire valoir les différentes stratégies mises en place par le Québec et également profiter des innovations qui sont développées dans les autres provinces canadiennes. Alors, pour nous, c'est ne pas participer inutilement à des groupes de travail. D'ailleurs, le premier ministre de la Saskatchewan a dit que nous étions une nuisance dans ces groupes de travail là. Alors, je respecte son opinion, ce qui nous conforte dans notre position de ne pas participer à ces groupes, mais nous allons continuer à être présents lors des conférences des ministres provinciaux de la Santé et des Aînés.

• *(19 h 50)* •

Le Président (M. Bergman) : Merci. M. le député d'Argenteuil, pour un bloc de quatre minutes.

M. Richer : M. le Président, depuis quelques années, les services préhospitaliers d'urgence dans la région de l'Outaouais font régulièrement la manchette. Les acteurs impliqués, ils font valoir publiquement que les services sont insuffisants. Une entente avec la ville d'Ottawa permettait même, au cours de ces dernières années, de recourir aux services préhospitaliers d'Ottawa pour pallier au manque de ressources en Outaouais.

Chez moi, dans ma petite ville, il n'y a pas d'entente avec la ville voisine, la province voisine, mais, avec les problèmes majeurs que nous avons vécus, que nous vivons toujours au CSSS d'Argenteuil, cela a occasionné des déplacements importants entre Lachute et l'hôpital de Hawkesbury, déplacements qui existaient déjà pour les gens qui s'impatientaient un petit peu à l'urgence, mais qui étaient beaucoup moins importants. Alors, cette réalité fait que je comprends très bien le problème de l'Outaouais.

L'année dernière, la ville d'Ottawa a fait savoir qu'elle ne souhaitait plus renouveler cette entente d'offrir des services de dépannage aux Québécois dans l'Outaouais. Alors, M. le ministre, j'aimerais bien savoir comment les services préhospitaliers d'urgence pourront-ils être offerts en quantité suffisante en Outaouais, dans le contexte où cette entente avec Ottawa n'est plus en vigueur.

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

M. Hébert : Merci, M. le député d'Argenteuil. Je me suis rendu en Outaouais pour constater par moi-même un certain nombre de difficultés qui sont vécues dans cette région du Québec qui consomme beaucoup de services en Ontario, et c'est un des problèmes. Mais l'autre problème qui était vécu là-bas, c'était, comme le soulignait avec justesse le député d'Argenteuil, le fait que, dans certaines périodes, il y avait des services ambulanciers qui étaient utilisés de la ville d'Ottawa pour, en période de pointe, être capables de venir épauler les services ambulanciers en Outaouais.

Lorsqu'on examine la performance des services préhospitaliers en Outaouais, on s'aperçoit que, par rapport aux autres régions du Québec, il y a une performance qui est moindre, et, pour moi, ça voulait dire qu'avant d'augmenter la couverture des services préhospitaliers en Outaouais il fallait s'assurer que les processus... qu'on ne pouvait pas avoir des gains d'efficacité en améliorant les processus dans cette région-là du Québec, parce qu'on avait des indicateurs qui nous montraient que la performance n'était pas comparable aux autres régions du Québec.

Cela dit, il y a une situation d'urgence qu'il fallait régler, et nous avons donc autorisé la région d'Ottawa à utiliser une ressource ambulancière supplémentaire tant et aussi longtemps que la lumière ne serait pas faite sur le besoin réel de services préhospitaliers en Outaouais. Et, de façon à faire la lumière, j'ai demandé à un groupe de travail composé de trois personnes chevronnées, tant du ministère que des gens habitués avec les services préhospitaliers, d'aller analyser la situation des services en Outaouais et de me faire rapport pour revoir est-ce qu'il faut ajouter des ressources ou est-ce qu'on peut améliorer la performance des ressources déjà en place de façon à être capable de répondre aux besoins de la population.

Et, dans l'intervalle, j'ai autorisé, comme je l'ai dit, une ressource ambulancière supplémentaire pour qu'on n'ait pas besoin de faire appel à Ottawa pour répondre à des situations de pointe, et, jusqu'à maintenant, cette ressource a été capable de répondre aux besoins de la population d'Ottawa. Et j'attends, d'ici quelques semaines, le rapport du groupe de travail qui nous permettra d'avoir une position pour le futur, de façon à assurer aux citoyens de cette région la sécurité dans les interventions préhospitalières et également l'accès à des services de qualité.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. M. le député de Jean-Talon, pour un bloc de 25 minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Les prochaines minutes, j'aimerais ça qu'on parle des aînés, mais beaucoup aussi de la caisse autonomie, et puis on attend toujours de voir un peu comment le ministre va le présenter. Ça peut être un projet intéressant, puis j'aurais peut-être aimé ça qu'il nous explique un peu comment il voit la caisse autonomie, entre autres au niveau de l'organisation, au niveau de l'évaluation et également au niveau du financement. Parce que ce que j'ai compris de la caisse d'autonomie pour les personnes aînées et les personnes, également, qui auraient besoin de d'autres types de services, c'est que ça devra se faire à partir de la même enveloppe budgétaire qu'actuellement. Donc, la mise en place d'un système comme ça va probablement demander à ce qu'on en enlève en quelque part pour qu'on rajoute à un autre endroit, qui peut être un choix correct et logique. Ça fait que j'aurais peut-être aimé ça avoir un peu d'information de la part du ministre.

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

M. Hébert : Comme je le disais dans mes notes introductives, si on veut être en mesure de pouvoir libérer des lits d'hôpitaux et diminuer la pression sur les CHSLD, il faut être en mesure d'améliorer nos soins à domicile aux personnes âgées.

Lorsqu'on regarde la proportion du produit intérieur brut qui est consacrée par le Québec aux soins à long terme, donc incluant le domicile et l'hébergement, on consacre à peu près 1,2 % du produit intérieur brut, au Québec, pour les soins à long terme. Et, la démographie étant ce qu'elle est, on est capables de prédire qu'en 2050 il va falloir consacrer, pour exactement les mêmes services à une population vieillissante... et on sait que la proportion du produit intérieur brut va atteindre, à ce moment-là, au moins 3,4 % du produit intérieur brut, ce qui est une augmentation considérable. Ce que l'OCDE nous dit, c'est que, si on fait un virage vers les soins à domicile, on est capables de ramener ça à 2,4 % du produit intérieur brut, ce qui veut dire qu'on sauverait 1 % du produit intérieur brut. Ça veut dire, en dollars de 2011, plus de 3 milliards de dollars que n'auront pas à payer nos enfants et nos petits-enfants pour notre perte d'autonomie. Et, en termes d'équité intergénérationnelle, il est absolument important de pouvoir faire ce virage que l'OCDE nous invite à faire vers les soins à domicile.

Lorsqu'on regarde la situation du Québec, le budget des soins à long terme, le Québec consacre à peine 14 % du budget des soins à long terme aux soins à domicile. Le reste est occupé par l'hébergement. Lorsqu'on se compare, on

est les champions toutes catégories mais du peu d'investissement dans les soins à domicile. Il y a des pays, comme les Pays-Bas, qui sont autour de 33 %, la France est à 40 % et le Danemark, à 73 % du budget qui est consacré aux soins à domicile.

Donc, il y a du chemin à faire pour être en mesure de faire ce virage vers les soins à domicile et, bien sûr, il faut investir davantage dans les soins à domicile. C'est ce que nous avons fait avec le budget que nous avons annoncé pour 2013-2014, où on va injecter 110 millions qui vont s'ajouter aux 500 millions déjà consacrés au soutien à domicile, donc une augmentation de plus de 22 % pour bonifier l'offre de soins à domicile.

Mais d'investir dans les soins à domicile, ce n'est pas suffisant. Il faut changer la façon dont on considère les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Et la plupart des pays occidentaux et asiatiques ont développé ce qu'on appelle des assurances de soins à long terme ou ce que je préfère appeler une assurance autonomie, c'est-à-dire d'ajouter un autre pan dans la protection sociale de notre société pour couvrir, après l'emploi, après la retraite, après les accidents de travail, après la santé, le nouveau risque qu'est la perte d'autonomie, qui est le risque inhérent à toute société vieillissante.

Alors, ces assurances autonomie font en sorte qu'on assure une couverture des services requis, nécessaires en cas de perte d'autonomie. Alors, une assurance autonomie, en fait, permet de pouvoir assurer que le public, la solidarité collective, si vous me permettez ce pléonasme, la solidarité couvre ce nouveau risque. Il y a eu toutes sortes d'études, d'analyses pour examiner la place du privé dans cet aspect de la solidarité, pour finalement conclure — et une étude canadienne qui a été publiée il y a quelques mois en venait à la même conclusion — qu'il n'y a pas vraiment de marché important pour le privé, parce que c'est un risque qui est trop important et trop imprévisible pour qu'il puisse y avoir un marché privé dans ce régime d'assurance. Et d'ailleurs les quelques assurances privées qui sont offertes dans ce marché ne couvrent qu'une perte d'autonomie très importante et pour une période de temps très limitée, avec un montant forfaitaire, donc c'est vraiment assez marginal. Donc, c'est, comme dans tous les pays du monde qui ont vécu ces défis, du domaine de la couverture publique.

• *(20 heures)* •

Alors, qu'est-ce que c'est qu'une assurance autonomie? Une assurance autonomie, c'est donc d'évaluer les besoins d'une personne en perte d'autonomie. Cette évaluation-là permet de conditionner une allocation, et cette allocation-là permet à la personne de recevoir des services, de choisir la façon dont elle souhaite recevoir des services. Et cette allocation nous permet d'effectuer un virage majeur au niveau du paradigme des services à la personne. C'est-à-dire qu'actuellement au Québec, lorsque les gens sont en perte d'autonomie, ils doivent déménager vers la structure, vers la ressource qui correspond à leurs besoins. C'est ainsi qu'on voit des personnes qui vivent dans leur logement, qui vont déménager vers une ressource intermédiaire, ensuite vers un CHSLD, et donc on va déménager vers la ressource qui correspond à nos besoins.

Ce qu'a fait le Danemark il y a 20 ans et ce que nous invite à faire l'assurance autonomie, c'est de renverser le processus et c'est de dire : La personne a choisi de vivre dans son logement, et on va adapter les services pour répondre à sa perte d'autonomie. Et ce changement de paradigme là qui va être rendu possible avec l'assurance autonomie, parce qu'une fois qu'on donne à la personne une allocation et qu'on lui dit : Où est-ce que vous voulez la recevoir?, les personnes, dans la grande majorité des cas, vont vouloir la recevoir à la maison plutôt que d'aller dans des structures, dans des établissements et surtout dans des structures de type CHLSD. Et c'est comme ça que s'est opéré le virage dans les autres pays qui ont mis en place ce type de structure.

Alors, on a des atouts au Québec, on ne part pas de rien. Lorsqu'on compare les différentes assurances autonomie, on s'aperçoit qu'au Québec on a un premier atout qui est une évaluation standardisée des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est une évaluation que je connais bien pour l'avoir développée il y a 25 ans, qui s'appelle le système de mesure d'autonomie fonctionnelle et qui est une évaluation, donc, extrêmement standardisée, qui est implantée au Québec, partout, dans tout le réseau de la santé depuis plusieurs années et qui permet, dans le cadre de ce qu'on appelle l'outil d'évaluation multiclientèle, d'avoir un portrait très précis des besoins des personnes.

On a un deuxième atout qui est un système de gestion qu'on a mis au point à partir de cette évaluation de l'autonomie. Sur les milliards de probabilités de perte d'autonomie différentes, on peut les regrouper en 14 profils types qui commandent des ressources et du personnel, des services qui sont homogènes, et ces 14 profils ISO-SMAF peuvent donc être associés à un coût pour dispenser les services. Donc, on a un outil d'évaluation, on a un outil de gestion qui nous permet de déterminer une allocation. Et on a un troisième atout qui est les gestionnaires de cas, qui, dans notre réseau de la santé, sont en train d'être implantés dans le cadre du réseau intégré de services.

Alors, le gestionnaire de cas, c'est un clinicien, contrairement à ce que son nom indique, qui évalue, au moyen de l'outil d'évaluation multiclientèle, les besoins de la personne et qui va déterminer un plan de services. Alors, on a déjà les gestionnaires de cas et on doit compléter leur implantation au cours de la prochaine année. Mais ces gestionnaires de cas là sont déjà prêts à non seulement faire l'évaluation, mais aussi gérer l'allocation qui va être attribuée à la personne, de façon à pouvoir courter, donc être le courtier de services, pour que la personne reçoive le bon service au bon moment par la bonne organisation.

Alors, on a déjà ces atouts-là. Et le Japon, qui a implanté une assurance autonomie il y a presque 10 ans maintenant, a également implanté en même temps son réseau intégré de services. Ils ont fait une grande réforme et ils ont donc confié aux gestionnaires de cas, comme nous allons le faire, la responsabilité de l'évaluation, de la gestion de l'allocation d'autonomie et, ce qu'on pourra compléter, du suivi de la qualité de la prestation de services. Alors, ça pourra être une tâche qui soit ajoutée aux gestionnaires de cas.

Donc, ce que nous allons faire en termes d'organisation, c'est de compléter le réseau intégré de services. On est à 60 %, ou à peu près, d'implantation du réseau intégré dans toutes les régions du Québec. On souhaite compléter l'implantation du réseau intégré de façon à ce que les gestionnaires de cas soient déjà en place au moment de l'implantation

de l'assurance autonomie. On a déjà un outil, on a déjà un outil de gestion. Il nous reste à déterminer les allocations selon le milieu de vie des personnes.

Alors, c'est, grosso modo, la façon dont va fonctionner l'assurance autonomie. On publiera très bientôt, d'ici deux mois, un livre blanc qui va expliquer ça en détail, et ce livre blanc là nous permettra d'aller consulter les citoyens du Québec sur cette assurance autonomie, de façon à ce qu'on puisse avoir un projet de loi à l'automne prochain et une entrée en vigueur de l'assurance autonomie en avril 2014.

Alors, maintenant, pour répondre à la deuxième partie de la question du député de Jean-Talon, comment va être financée cette assurance autonomie, vous savez, à travers le monde, les financements sont très disparates, hein? Il y a des cotisations qui sont utilisées dans certains pays; dans certains pays, c'est un impôt sur le revenu. Il y a même des gens qui mettent des redevances sur l'électricité, le Luxembourg entre autres, pour financer l'assurance autonomie.

Dans notre contexte québécois, ce que nous proposerons, c'est un transfert des sommes qui sont déjà dévolues aux soins de longue durée dans cette caisse d'assurance autonomie. C'est important d'avoir une caisse séparée pour être en mesure de bien s'assurer que les sommes qui sont dévolues à l'assurance autonomie y sont consacrées, effectivement. Et l'avantage d'une caisse aussi, c'est qu'elle nous permet de capitaliser, ce qui pourrait être une solution extrêmement intéressante pour prévoir le vieillissement de la population et prévoir les besoins qui vont être croissants dans l'avenir.

Alors, j'espère qu'on sera en mesure de pouvoir capitaliser cette caisse-là. Je suis réaliste par contre : il n'y a aucun pays à travers le monde qui a réussi ce tour de force de pouvoir capitaliser leur caisse d'assurance autonomie, mais je pense qu'il y a là un enjeu extrêmement intéressant.

Alors, on transférerait les sommes qui y sont actuellement consacrées, plus ce que nous prévoyons ajouter aux soins aux personnes âgées. On a 100 millions cette année, mais notre parti s'est engagé à ajouter 500 millions, au cours d'un premier mandat, pour les personnes âgées et les soins à domicile. Alors, cette contribution additionnelle va s'ajouter aux budgets actuellement dévolus aux soins de longue durée pour constituer une caisse qui sera gérée par un organisme public. Et, plutôt que de développer une nouvelle bureaucratie, on examinera l'hypothèse de confier l'administration de cette caisse à un organisme déjà existant, et je pense que la Régie de l'assurance maladie pourrait être une option intéressante.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Le montant total dédié aux personnes aînées, si on calcule les 40 000 places en CHSLD, les 15 000 ou 17 000 places en ressources intermédiaires, le nombre de personnes qui demeurent à domicile, le montant est d'environ combien? 3 ou 4 milliards?

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

M. Hébert : 3,2 milliards si...

Une voix : 3,7.

M. Hébert : 3,7? O.K. 3,7 milliards.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Parce que la façon dont le ministre a expliqué, c'est très bureaucratique. Je ne suis pas certain qu'il y a beaucoup de monde qui puisse comprendre les termes bureaucratiques, mais je comprends qu'avec le livre blanc on va prendre le temps de l'expliquer.

Donc, on prendrait le 3,2 milliards, et moi, je comprends, puis c'est une orientation qui est là depuis plusieurs années, on veut garder les gens le plus longtemps possible à domicile. Mais la façon dont le ministre s'exprime, c'est comme si on serait capable de garder tout le monde à domicile.

Est-ce que le ministre a évalué... parce que j'imagine que, si vous avez un ISO-SMAF avec un profil de 13 ou 14... Est-ce que le ministre pense qu'on est capable de garder cette clientèle à domicile?

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

M. Hébert : Alors, la réponse est non, évidemment. Il y aura toujours des besoins de centres d'hébergement et de soins de longue durée pour des gens pour qui il n'y a pas d'autre option. Ce que nous comptons faire, c'est de donner une autre option aux gens : de rester dans leur milieu de vie. Et, quand on parle du domicile, pour moi, c'est au sens large. C'est-à-dire que quelqu'un qui habite dans une résidence privée d'hébergement par exemple, c'est son milieu de vie, c'est son domicile. On devrait être capable de lui fournir les services dont elle a besoin, financés par l'État, là où elle a choisi d'habiter. Et là ça nous permet d'arrêter un système à deux vitesses qui est installé actuellement au Québec, où les gens qui ont les moyens sont capables d'aller dans des résidences privées d'hébergement et de payer leurs services, alors que les gens qui n'en ont pas les moyens sont obligés de se satisfaire des pauvres services de soutien à domicile qu'on est capables de leur offrir ou encore d'avoir l'admission en institution d'hébergement comme seule option.

Alors, l'assurance autonomie va nous permettre de ne pas avoir ces deux poids, deux mesures dans notre système et de faire en sorte que les gens qui ont choisi de vivre dans des résidences privées... Et là ils choisiront des résidences privées de haut niveau, de bas niveau, mais, là où les gens choisissent de vivre, ça, c'est leur choix personnel. Moi, ce qui est important, c'est que l'État puisse assurer une couverture, un financement public au service... à l'autonomie que

ces gens-là vont requérir lorsqu'ils perdront de l'autonomie. Et c'est là que l'allocation d'autonomie va pouvoir être utilisée pour que la personne puisse avoir des services, puisse vieillir sur place, si vous me permettez cet anglicisme, et vieillir dans le lieu d'hébergement qu'ils ont choisi.

Alors, on redonne un choix aux personnes âgées, non seulement de choisir leur domicile, de choisir là où elles veulent vivre, mais aussi de choisir la façon dont elles veulent recevoir les services, c'est-à-dire par des soins à domicile ou par des prestataires qui vont être des entreprises d'économie sociale ou même des entreprises à but lucratif. Alors, on redonne donc un choix, une emprise sur leur vie aux aînés, et je pense que ça, c'est une valeur fondamentale de l'assurance autonomie qui permet donc d'avoir une équité dans le traitement et de faire en sorte que ce n'est pas la valeur de notre portefeuille ou de notre patrimoine qui conditionne l'accès à des services lors d'une perte d'autonomie, mais bien les besoins cliniques.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

• *(20 h 10)* •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je vais continuer dans la lignée de la pensée du ministre. Si je comprends bien, vous évaluez les besoins de quelqu'un sur un ISO-SMAF 13 ou 14. Pour nos auditeurs, c'est vraiment les clientèles les plus atteintes.

On évalue que le coût en CHSLD est de 65 000 $ approximativement. À ce moment-là, le gouvernement, plutôt que de payer une place en CHSLD, va tout simplement offrir 65 000 $ à la personne, puis elle peut décider d'aller demeurer dans une résidence privée. Si je suis bien le raisonnement du ministre, ça pourrait être quelque chose de très plausible qui pourrait se passer.

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

M. Hébert : Bien, je pense que vous allez plus loin, en fait, que l'état des travaux actuels. Nous aurons, dans le livre blanc, ces propositions-là qui vont chiffrer les allocations qui vont être données dépendamment du milieu de vie que la personne va choisir.

Évidemment, lorsqu'une personne choisit d'aller dans une résidence collective, elle n'aura pas la même allocation qu'à un domicile individuel. Vous comprenez qu'il y a un effet d'échelle, et il faut tenir compte de ces effets d'échelle. Tout ça sera exposé dans le livre blanc, mais l'idée générale, c'est que, pour la même allocation, on puisse donner un choix à la personne de recevoir les services à domicile ou en institution d'hébergement. Et, dans tous les pays où ça a été implanté, devinez quoi, les gens préfèrent rester à domicile, et ça favorise donc le maintien à domicile.

Et l'objectif, ce n'est pas que 100 % des gens reçoivent des soins à domicile, mais, si on pouvait atteindre ce que les Français ont actuellement, à 40 %, on aurait déjà fait un progrès extrêmement intéressant. Et, si on pouvait avoir l'objectif d'atteindre l'État du Danemark... Au Danemark, il reste des gens avec une lourde perte d'autonomie qui ont quand même besoin d'établissements d'hébergement. Il y en a. Il y en a peu, mais il y en a. Et la majorité des gens, par contre, reçoivent leurs services dans le milieu de vie qu'ils ont choisi.

Alors, je ne dis pas que ça va être 100 % des gens, mais il va y avoir une vraie option. Et j'avais... Le Vérificateur général, d'ailleurs, l'avait mentionné dans son dernier rapport qu'une bonne proportion des gens qui sont actuellement en CHSLD au Québec, surtout à Montréal et dans la Capitale-Nationale — c'étaient les deux régions visées par le vérificateur — ne devraient pas y être et se retrouvent là en dépit d'une perte d'autonomie modérée. Et on estime qu'entre 30 % et 40 %, à Montréal, des lits de soins de longue durée, des lits en CHSLD, sont occupés par des gens qui n'ont pas une perte d'autonomie qui nécessite ce niveau de soins important. Alors, vous voyez que, s'il y avait vraiment une option, on pourrait mieux utiliser nos lits de soins de longue durée et faire en sorte que les gens qui attendent à l'hôpital une place en CHSLD puissent avoir une place en CHSLD et donc libérer l'hôpital pour ses vocations premières.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Et je vais corroborer la donnée du ministre. L'évaluation que nous avions de Montréal, il y a 40 % des gens qui n'étaient pas de profil CHSLD, mais plutôt de profil ressource intermédiaire. Et il faut dire qu'à Montréal, actuellement, le taux de patients de 65 ans et plus en CHSLD est autour peut-être de 3,5 %, 3,6 %, alors que l'ensemble de la province, on visait un taux d'à peu près 2,8 %, je pense, qui est atteignable par cette transformation-là.

La question qu'il faut se poser... C'est une transformation qui est en train de se faire. Moi, à ma connaissance, à Montréal, actuellement, les gens qui sont évalués et qui s'en vont en CHSLD n'ont plus des profils ressource intermédiaire mais ont des profils CHSLD. Et cette transformation-là se fait progressivement, surtout quand on tient compte que la moyenne de vie des gens qui vivent en CHSLD doit durer entre à peu près 18 et 36 mois. Si le ministre est d'accord avec la donnée, c'est à peu près la façon dont il faut le voir, et cette transformation est déjà en train de se faire.

Mais ce je comprends, puis c'est mon inquiétude, puis on va avoir l'occasion d'en discuter, c'est qu'on est en train de se créer une nouvelle bureaucratie complètement indépendante, parce que ça va nous prendre encore plus de monde pour évaluer, ça prend encore plus de monde pour gérer, et puis ce n'est pas nécessairement des gens qui vont donner des services. Et mon inquiétude, si on part avec le principe que c'est la même masse budgétaire... parce que de dire qu'on va monter de 100 millions, sur un budget de 3,5 milliards ou 3,2 milliards, ce n'est pas une très grosse augmentation par rapport à l'inflation, et, compte tenu que les finances publiques sont limitées, on peut se retrouver avec un double paiement, mais une diminution de services. Et de la même façon que le ministre l'a expliqué, de façon, je vous dirais, très bureaucratique, mon inquiétude, c'est que la bureaucratie s'empare de ça, plus le développement du privé en parallèle, et plus, on le sait,

qu'il y a des patients qui vont en CHSLD que, si on voulait les maintenir à domicile, ça nous coûterait 150 000 $, 200 000 $. On peut vouloir respecter le choix de garder quelqu'un à domicile, que la personne veuille rester, mais il y a un coût à ça et il ne faut pas oublier que ce qu'on paie de plus à un endroit va être enlevé ailleurs.

Je ne sais pas ce que le ministre pense de ça, mais on fait juste la discussion ce soir. On ne veut pas qu'il y ait de confrontation, puis on va dire qu'on va être ouverts à ça, mais c'est certain qu'on est en train de se créer une bête que je ne suis pas certain qu'on va finir par contrôler. Le ministre, je ne sais pas s'il a discuté avec son équipe du Trésor, mais, quand il va arriver pour la mettre en place, s'il a le même argent pour le faire... Il l'a dit lui-même tantôt, il n'y a aucune des assurances autonomie ou assurances autonomie similaires qui est capable de se capitaliser. Donc, il y a quelqu'un qui va devoir payer, à quelque part, la transformation actuelle.

Je ne sais pas, le ministre... si on peut juste en discuter comme ça, M. le ministre, mais ça serait intéressant que vous voyiez également les impacts et le risque que ça peut représenter comme transformation. Plus, il faut le voir venir, le nombre de places en CHSLD au Québec devrait être plafonné. Moi, j'avais fait l'évaluation que, si on baissait le taux d'admission dans les CHSLD, on avait assez de places pour les 10 prochaines années, mais ça voudrait dire également que, si ça va vite, cette transformation-là, on peut se retrouver avec trop de places, donc du personnel, naturellement, qui va perdre leur emploi. Qu'est-ce que vous en pensez, M. le ministre?

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, pour une courte… deux minutes.

M. Hébert : Une courte de combien de temps?

Le Président (M. Bergman) : Deux minutes.

M. Hébert : Deux minutes. Alors, c'est une grande question. D'abord, il n'y a pas d'évidence, dans les implantations d'assurance autonomie à travers le monde, que la bureaucratie a été augmentée de façon significative avec ces implantations-là, au contraire. Je pense qu'on a... et le Québec, à ce point-là, a un avantage puisque les gestionnaires de cas, ils sont déjà là et ils sont déjà en opération. Alors, tout ce qu'on fait, c'est de leur donner un levier supplémentaire. Actuellement, les gestionnaires de cas sont obligés d'aller quêter des services aux entreprises d'économie sociale, aux organismes communautaires ou aux CSSS. Là, ils ont une allocation à gérer et là ils vont être capables de faire en sorte que les services soient au rendez-vous. Alors, ça rend les gestionnaires de cas beaucoup plus efficaces dans leur travail.

Deuxièmement, moi, je ne suis pas aussi optimiste que le député de Jean-Talon. Moi, je ne pense pas qu'à Montréal ils vont changer leurs pratiques, à moins qu'on ait un changement majeur dans le financement des services. À Montréal, ça fait 15 ans qu'ils ont les mêmes pratiques. Ça ne change pas : il y a encore une orientation CHSLD qui est très forte, peu de développement de ressources intermédiaires, peu de déplacements vers les soins à domicile.

Il y a certaines petites régions qui ont réussi à le faire, Matapédia, Kamouraska, qui ont réussi à transformer leur offre de services de façon à ce qu'il y ait plus de ressources intermédiaires et à ce qu'il y ait plus de services à domicile, de sorte que les taux d'hébergement dans ces régions-là sont rendus en bas de 2,2 %, alors qu'ailleurs au Québec c'est 2,8 % et 3,5 % à Montréal. Alors, ils ont réussi, dans des petites régions, à le faire, avec une volonté forte, mais qu'on n'aura jamais, qu'on ne réussira jamais à Montréal, à moins de faire un changement majeur dans la façon de financer et la façon d'organiser les services, et c'est ce que va faire l'assurance autonomie.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Alors, pour le bloc du gouvernement de 16 minutes, Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Oui. Merci, M. le Président. Alors, M. le ministre, parmi vos grandes priorités ministérielles, vous souhaitez doter le Québec d'une première ligne de soins forte et accessible. Dans ce contexte, vous avez affirmé que les infirmières et les infirmiers font partie intégrante des solutions et que, par conséquent, nous devons nous assurer d'offrir à cette relève infirmière la formation la mieux adaptée pour répondre à l'évolution des besoins en santé de la population québécoise.

Pouvez-vous nous entretenir de l'état de votre réflexion dans ce dossier?

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

• *(20 h 20)* •

M. Hébert : Merci beaucoup de cette question. Effectivement, la formation des infirmiers et infirmières est un sujet qui a fait l'objet de nombreuses réflexions de la part des syndicats, de l'ordre professionnel, du ministère. Comme vous le savez, au Québec, il y a toujours deux voies d'accès à la profession infirmière : la voie du diplôme d'études collégiales et la voie du diplôme universitaire. Depuis quelques années, il y a une modification qui a été apportée à la voie du diplôme universitaire par la création d'une passerelle entre le diplôme d'études collégiales et le diplôme universitaire, qu'on appelle le D.E.C.-bac, c'est-à-dire que les infirmières font trois années de formation au collégial et ensuite deux années de formation universitaire pour obtenir le baccalauréat, le premier cycle universitaire. Alors, ce D.E.C.-bac est maintenant la voie la plus fréquente d'accès au diplôme universitaire pour les infirmières, mais il reste que les deux voies d'accès existent simultanément au Québec pour être reconnu par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

Vous savez, la formation des infirmières, ou l'accès à l'ordre, a été établi dans les années 70 et, outre la modification entraînée par le D.E.C.-bac, n'a pas été vraiment modifié. Or, on le sait, l'évolution des connaissances dans le domaine de la santé a été fulgurante au cours des 40 dernières années, et on doit donc réfléchir de nouveau sur la formation de base minimale pour assurer la qualité de l'acte infirmier.

L'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, après de nombreuses années de réflexion, en est venu à la conclusion que la formation universitaire devait s'imposer comme étant la voie d'accès à la profession infirmière et réclame de la part du ministère que cela puisse être consacré dans le Code des professions. Par ailleurs, il faut bien réaliser que, dans d'autres pays et dans d'autres provinces, ce mouvement vers une formation universitaire comme voie d'entrée à la profession infirmière s'est concrétisé. Alors, dans plusieurs autres provinces canadiennes, c'est devenu la voie d'entrée de la profession infirmière. Et, au niveau de l'Union européenne, les standards maintenant sont que le diplôme universitaire de premier cycle est le diplôme nécessaire pour pouvoir accéder à la profession d'infirmière. Donc, il y a là une situation internationale qui alimente également notre réflexion.

Alors, devant cet état de fait et devant un certain nombre de questions qui sont posées par les établissements d'enseignement, par les syndicats concernant notamment la transition, qu'est-ce qu'on fait avec les infirmières qui ont été formées au collégial? Comment est-ce qu'on peut leur reconnaître les acquis expérientiels qu'elles ont accumulés dû à leur travail dans le réseau? Alors, il y a toutes sortes de questions qui sont soulevées par un rehaussement de la profession. Mais ce n'est pas des questions qui sont originales, puisque, lorsqu'on a rehaussé la formation des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychologues, des médecins de famille — vous vous souviendrez qu'en 1988 le Québec a imposé une formation en médecine de famille de deux ans, et donc l'internat multidisciplinaire d'une année a donc cédé le pas à une formation de deux ans — il a fallu résoudre ces questions de reconnaissance des acquis et de transition vers un rehaussement des conditions d'accès à la profession.

Alors, toutes ces questions sont soulevées, et il m'apparaissait important qu'on puisse discuter autour d'une même table avec tous les acteurs concernés de ces questions. Et c'est pour ça que j'ai mis en place un groupe de travail qui rassemble l'Ordre des infirmiers et infirmières, les principaux syndicats d'infirmières, les trois principaux syndicats d'infirmières, les établissements collégiaux, les établissements universitaires, le ministère de l'Enseignement supérieur, le Conseil du trésor, évidemment, le ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, tous les acteurs concernés par cette décision sont autour de la même table, une table animée par le Dr Pierre Durand, qui a été doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, qui est un médecin gériatre qui connaît bien les enjeux de l'interdisciplinarité.

Alors, ce groupe de travail a donc pour mandat, d'ici le mois de juin, de faire le tour de la question, d'examiner les expériences internationales, les expériences dans les autres provinces, de soulever les enjeux — il y a des enjeux financiers, il y a des enjeux syndicaux, il y a des enjeux de conventions collectives — et de me faire rapport sur les orientations qui devraient être prises par le Québec pour l'accès à la profession pour les infirmières. Il faut bien réaliser que les infirmières font partie d'une équipe de soins où la grande majorité des autres membres de cette équipe ont une formation universitaire. Et, simplement pour pouvoir avoir la même voix au chapitre que les autres professionnels, c'est sûr que la formation universitaire confère aux infirmières une équivalence au niveau de l'équipe, des autres membres de l'équipe, qui est intéressante également. Et il faut réaliser que la pratique du futur en santé va beaucoup faire intervenir les équipes interdisciplinaires, la collaboration interprofessionnelle, notamment dans la gestion des maladies chroniques, dans le suivi et les soins des personnes âgées notamment. Et donc ce contexte de soins est également un élément de réflexion qu'il ne faut pas négliger et sur lequel le groupe de travail va se pencher.

Alors, ce groupe de travail va donc remettre son rapport en juin, et nous pourrons prendre une décision avec tous les éléments du dossier pour prendre une décision éclairée.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Oui. Alors, M. le Président, puisqu'il est question des professionnels de la santé, après avoir parlé des infirmières, on pourrait parler un petit peu des pharmaciens.

Alors, vous savez, récemment, il y a une étape importante qui a été franchie dans la concertation des principaux acteurs mobilisés dans l'offre de services des soins de santé de première ligne. Récemment, le ministre a salué l'important travail réalisé par le Collège des médecins et l'Ordre des pharmaciens du Québec qui permet maintenant aux pharmaciens de jouer un rôle accru et de favoriser ainsi un meilleur accès aux soins de santé de première ligne.

Du même souffle, le ministre a souligné aussi à quel point l'interdisciplinarité ainsi que l'étroite collaboration entre les ordres professionnels au Québec demeurent sans contredit les clés essentielles pour doter le Québec d'une première ligne de soins véritablement forte et accessible pour tous. Vous me permettrez d'ailleurs de préciser que c'est le Parti québécois qui a été la première formation politique à appuyer cette demande des pharmaciens.

Alors, j'aimerais demander au ministre, en fait, comment une telle réalisation, c'est-à-dire ce nouveau rôle dévolu aux pharmaciens, ce rôle élargi qu'on leur propose, peut avoir un impact direct bénéfique pour les services de première ligne et surtout pour les patients. Alors, qu'est-ce que ça va changer dans la vie des patients?

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

M. Hébert : Merci beaucoup, Mme la députée de Sainte-Rose. Effectivement, dans la foulée de l'adoption du projet de loi n° 41 sur la pharmacie le 8 décembre 2011, nous avons demandé aux deux ordres professionnels d'accélérer leurs travaux de façon à en venir à une entente sur l'application de cette loi. Et j'ai eu le plaisir de constater qu'effectivement on en est arrivés à une entente entre l'Ordre des pharmaciens et pharmaciennes et le Collège des médecins du Québec, une entente qui prévoit des nouvelles activités professionnelles qui vont être dévolues aux pharmaciens.

L'idée est ici de faire en sorte que les gens puissent recourir aux pharmaciens au lieu de recourir aux médecins pour un certain nombre d'actes qui ne demandent pas vraiment la compétence du médecin, mais pour lesquels on peut mettre à profit la compétence du pharmacien, et on peut donc faire en sorte que le pharmacien contribue à l'accès à la première ligne en lui donnant de nouvelles responsabilités.

Alors, les pharmaciens, selon cette entente, vont pouvoir prolonger une ordonnance d'un médecin pour que le médicament ou le traitement ne soit pas interrompu et que, si la situation est stable, le patient puisse continuer à avoir son ordonnance sans avoir besoin d'aller revoir son médecin. Il va pouvoir également ajuster le dosage d'une ordonnance selon des examens de laboratoire. On pense à des médicaments comme des anticoagulants, par exemple, qui pourront être ajustés par les pharmaciens.

On pourra également faire en sorte qu'on puisse prescrire un médicament dans le cas où un diagnostic a déjà été posé, par exemple une infection urinaire, infection vaginale récidivante, où le pharmacien va pouvoir, lorsqu'une femme a déjà présenté ces problèmes, represcrire le médicament sans qu'on soit obligé de consulter un médecin, ou encore à des fins préventives. On pense souvent aux patients qui doivent se rendre à l'étranger, dans des zones endémiques pour la malaria, par exemple, où on doit avoir une couverture avec un antimalarique ou encore avoir à disposition des médicaments dans le cas d'une tourista, donc des médicaments pour la diarrhée. Alors, toute une série d'ordonnances qui vont pouvoir être réalisées par le pharmacien sans qu'on puisse surcharger les médecins de ces actes-là qui ne requièrent pas vraiment la compétence du médecin, et cette pratique des pharmaciens va être encadrée, là, par un groupe de travail composé de représentants de l'Ordre des pharmaciens et du Collège des médecins pour vraiment suivre l'évolution de cette nouvelle façon de rendre des services, rendre plus accessibles les services de première ligne.

Alors, le règlement a été déposé à la *Gazette officielle*. Il y a donc 45 jours pour réagir, et, ensuite, nous pourrons concrétiser ce règlement pour qu'il puisse entrer en vigueur avant l'été, donc au mois de juin. Et, dans l'intervalle, nous sommes en train de négocier avec, là, les représentants syndicaux des associations de pharmaciens la rémunération de ces nouveaux actes, comme vous pouvez l'imaginer, qui doivent être rémunérés. Donc, il y a des négociations qui sont en cours actuellement, et les deux devraient concourir à ce qu'on puisse mettre en application ce nouveau dispositif pour la fin juin.

• *(20 h 30)* •

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Oui. Alors, M. le ministre, je vais vous amener sur un tout autre sujet. En juin dernier, l'Assemblée nationale a adopté la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé. L'article 176 de cette loi a fait l'unanimité à l'Assemblée parce qu'il permettait de répondre, du moins en partie, à une des grandes revendications des orphelins et orphelines de Duplessis, un dossier qu'on a entendu parler très souvent dans les médias.

L'article 176 devait entrer en vigueur le 1er décembre dernier. Est-ce que vous êtes en mesure de nous dire si cette échéance a été respectée et quels en sont les résultats jusqu'à maintenant?

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

M. Hébert : Alors, oui, l'échéance a été respectée. J'ai eu l'occasion de faire cette annonce en compagnie des représentants des orphelins de Duplessis.

Mais j'aimerais, M. le Président, avec le consentement de nos collègues de l'opposition, demander à Mme Lise Verreault d'aller dans les détails de l'application puisque c'est la question de la députée. Mme Verreault.

Le Président (M. Bergman) : Consentement? Consentement?

M. Bolduc (Jean-Talon) : Avec plaisir.

Le Président (M. Bergman) : Consentement. Mme Verreault.

Mme Verreault (Lise) : Alors, effectivement, cet article 176, qui avait été adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale, a été mis en vigueur le 1er décembre 2012. Depuis cette date, tous les établissements ont été avisés qu'ils n'avaient plus le droit de numériser tous les renseignements qui étaient inscrits, entre le 1er janvier 1935 et le 31 décembre 1964, dans le dossier qu'ils tiennent, alors qu'ils soient successeurs, proposeurs, qu'ils soient le responsable de ce dossier, que le dossier soit archivé dans leur établissement, pour toute personne qui était alors âgée de 21 ans et moins au moment où elle a été admise dans les hôpitaux qui sont visés par cet article de loi là.

Alors, il y a des pénalités pour les établissements qui n'accepteraient pas de se conformer à cette disposition. Également, pour s'assurer de l'application aussi puis qu'on était capables de rejoindre la majeure partie des gens, on a travaillé énormément avec le COVA, qui est le comité des orphelin-e-s de Duplessis victimes d'abus. Il nous accompagne dans ce dossier-là. Il y a des programmes de formation qui ont été préparés, qui ont été élaborés et diffusés à l'ensemble des archivistes de tous les établissements qui étaient visés. On a convenu également d'une entente avec Services Québec pour préparer la diffusion des formulaires qu'on a informatisés ou qu'on rend disponibles, un peu comme dans le cas du DSQ, à l'ensemble de ces gens-là pour les accompagner s'ils avaient des questions. Donc, il y a une formation qui a été donnée aussi à Services Québec. Alors, toute la coordination pour rejoindre le plus de personnes possible est en cours présentement.

Je vous dirais qu'à venir jusqu'à date on a eu sept demandes, O.K., de renseignements qui ont été reçues à Services Québec, trois demandes de destruction de renseignements parce qu'on est tenus de détruire la totalité de ces renseignements-là si le client le demande. Et également il y a des assemblées générales qui sont prévues par la présidence du COVA dans les prochaines semaines. Alors, il y a une lettre qui a été adressée à tous ces gens-là, un communiqué. Il y a de l'information qui a circulé dans les médias pour être capable de rejoindre le plus grand nombre possible.

Et il n'y a pas de fin, alors ça va être en mode continu tout le temps. Il y a un formulaire officiel sur le site du ministère. En tout temps, une personne va pouvoir faire la demande de destruction de son dossier.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, le bloc s'est écoulé. Alors, le temps va à la deuxième opposition pour un bloc de 16 minutes. Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Peut-être juste un petit commentaire avant d'aller à ma question. Je voulais juste, tout à l'heure, quand on a mentionné la formation des infirmières, préciser le fait qu'effectivement, si on se compare au reste du monde, il n'y a pas de cégep ailleurs non plus, alors c'est sûr que la formation de cégep qu'on a chez nous, elle n'est pas ailleurs.

Une voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Alors, je vais aller au sujet qui me préoccupe. J'ai été mise au courant d'une entente, dans la région, chez nous, une entente entre notre agence des Laurentides et l'Institut de l'oeil des Laurentides. J'imagine que, M. le ministre, vous êtes au courant de cette situation où des honoraires sont versés de façon annuelle à l'Institut de l'oeil. Et on a eu les résultats en 2010 qu'on a versé 2,4 millions à l'institut, alors qu'en 2011 on a versé 12 284 000 $. Alors, on assiste à une augmentation de 413 %. J'aimerais savoir si on est au courant de la situation, et, en 2012, qu'est-ce qui aura été versé, de la part de l'agence, à l'Institut de l'oeil.

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

M. Hébert : Alors, je suis très au courant de cette entente qui m'a fait sursauter lorsque j'en ai pris connaissance. Il faut expliquer un peu le contexte. Les centres de santé et de services sociaux des Laurentides ne pouvaient assurer les services, notamment les chirurgies de l'oeil, étant donné leurs infrastructures et ont donc dû faire appel à une clinique privée pour répondre aux besoins de la population. Le problème, c'est que les ophtalmologistes, en dépit du fait que les centres hospitaliers ont développé ces infrastructures, ne veulent plus revenir dans les hôpitaux occuper les ressources qui ont été mises à leur disposition mais préfèrent rester dans leurs cliniques privées.

À ma grande surprise, l'entente a été renouvelée par mon prédécesseur, et c'est une entente qui présente un certain nombre de problèmes. Notamment, si on veut rompre l'entente, une pénalité de 25 000 $ par jour pour la rupture de l'entente, ce qui est absolument inacceptable, sur six mois. Alors, vous voyez la situation dans laquelle on se trouve pour renverser cette entente et faire en sorte qu'on puisse utiliser les ressources des centres de santé et de services sociaux pour attirer des ophtalmologistes. Parce qu'il y a les plans d'effectifs médicaux, il y a des ophtalmologistes qui pourraient être attirés dans les centres de santé et de services sociaux, mais on est pris avec une entente avec laquelle on doit vivre.

Et cette entente-là... en fait, il y en a d'autres, là, mais l'Institut de l'oeil est particulièrement difficile en termes d'entente. Alors, j'ai demandé, là, qu'on me fournisse les sommes qui, en 2012, vont être versées. Je n'ai pas l'information tout de suite, mais je vais vous la transmettre dès que je l'ai.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : On vous a sûrement mis au courant aussi qu'il y a des frais accessoires qui sont facturés aux patients de cette clinique-là. Alors, on avait des frais accessoires de l'ordre de 962 000 $, qui étaient comptabilisés en 2010, qui sont passés à 3,5 millions en 2011.

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

Mme Daneault : J'ai obtenu des chiffres d'une source interne.

M. Hébert : Les frais accessoires sont assumés par les patients ou les frais accessoires sont assumés par le réseau?

Mme Daneault : Par les patients.

M. Hébert : Ça, ce n'est pas conforme à l'entente.

Mme Daneault : Pour 19 000 actes qui ont été posés cette année-là, et on a eu 3,5 millions de frais accessoires.

M. Hébert : Est-ce que la députée de Groulx pourrait déposer son document? Parce que, moi, écoutez, il faut que je vérifie ça.

Mme Daneault : Bien, je vais vérifier parce que ce n'est pas un document officiel. Avant de le déposer, je vais le faire vérifier, là, par le contentieux.

M. Hébert : Alors, moi, écoutez, ce n'est pas les informations que j'ai. Je vais vérifier de notre côté pour vous fournir les informations, et je vais vérifier auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'il y a eu des réclamations des patients pour être remboursés pour des frais accessoires aussi, là, et je vais faire ces deux vérifications-là puis je vais vous revenir.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : J'aimerais savoir si… Ce n'est pas le seul institut de l'oeil qu'il y a actuellement au Québec, et ça semblait être une nouvelle forme de plus en plus répandue d'entente entre les différents ministères et les ophtalmologistes. Est-ce qu'à votre connaissance il y a d'autres instituts qui fonctionnent de la même façon?

• *(20 h 40)* •

M. Hébert : Il y a deux autres contrats du même type, l'un à Laval, qui s'est terminé en décembre 2012, et nous avons ouvert des salles de chirurgie à la Cité de la santé pour être en mesure de ne pas renouveler cette entente-là. Et la même situation à l'Hôpital du Sacré-Coeur, avec le centre médical Rockland. Cette entente-là se termine... s'est terminée en janvier, et nous ne renouvellerons pas cette entente-là. Alors, il va nous rester juste l'Institut de l'oeil.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, vous avez mentionné que vous allez revenir à Mme la députée avec l'information.

M. Hébert : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Si c'est pendant cette session des crédits, ce soir ou demain… sinon, vous pouvez transmettre l'information au secrétaire qui va le transmettre à tous les membres de la commission…

M. Hébert : Parfait, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : …à moins que vous avez l'information demain. Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Est-ce qu'on a évalué combien ces contrats-là ont représenté pour le ministère?

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

M. Hébert : …sommes versées : l'Hôpital du Sacré-Coeur, 3 163 514 $, et, à Laval, 1 203 847 $.

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

M. Hébert : Bien, à Sacré-coeur, il y a d'autre chose aussi que les yeux, là. C'est l'ensemble du contrat avec la clinique Rockland.

Mme Daneault : ...à l'Institut de l'oeil des Laurentides, là.

M. Hébert : ...mais, tout à fait.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Ce qu'on a comme renseignement, c'est 19 000 actes.

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

M. Hébert : Oui, je suis d'accord avec elle.

Mme Daneault : Alors, évidemment, quand on regarde ça et quand on écoute aussi ce qui s'est passé à l'agence de Montréal, avec les dépenses au niveau du CUSM et au niveau du CHUM aussi récemment… du CUSM, on sait qu'il y a eu des achats de terrains et, entre autres, un 20 millions qu'on cherche encore où il est rendu, et avec ce qu'on a appris récemment aussi au niveau du CHUM, la multiplication des postes au niveau des cadres supérieurs, même des postes de délégués aux arts, la question que je me pose : Est-ce qu'on a des moyens de contrôle, au niveau du ministère, pour les différentes agences? Et, si oui, quels sont-ils?

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

M. Hébert : Alors, évidemment, les cas que vous soulevez sont des cas pour lesquels je suis personnellement intervenu, notamment au CUSM, où on s'acheminait vers un déficit important et où on avait même des estimés qui nous montraient qu'il y avait 800 000 heures qui avaient été ajoutées au budget du CUSM sans augmenter la production, sans que les patients soient... qu'il y ait plus de production au niveau des services aux patients. Alors, c'est extrêmement préoccupant.

Et je pense que le CUSM... on a observé une dérive, je dirais, sans précédent dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui nous a obligés à poser des gestes importants, à mettre un observateur, à réclamer un redressement. Évidemment, le conseil d'administration de cet établissement s'est complètement renouvelé, et le nouveau conseil

d'administration a repris les choses en main. L'observateur, en tout cas, je peux vous rassurer, l'observateur, qui est le Dr Michel Bureau, nous fait rapport régulièrement, et le dépôt, il y a quelques semaines, du plan d'action du CUSM nous a satisfaits. Et il y a un plan de retour à l'équilibre avec la mise en application des recommandations du rapport de Raymond Chabot Grant Thornton qui montrait qu'on pouvait faire des économies de 40 millions avec une meilleure gestion, une gestion plus serrée. Alors, ces recommandations-là vont être mises en opération, de sorte qu'on puisse retrouver l'équilibre budgétaire pour le 31 mars 2015, et même le conseil d'administration est même un peu plus optimiste quant à ce délai.

Alors, cette dérive-là, vous pouvez être assurée qu'elle est prise en main actuellement, et j'ai rappelé, dans tous les établissements que j'ai visités jusqu'à maintenant, l'importance d'une saine gouvernance au niveau des conseils d'administration. Je pense qu'il y a, dans cet établissement, eu des dérives au niveau du rôle de surveillance du conseil d'administration, parce que la loi confie aux conseils d'administration la responsabilité de la surveillance budgétaire et la responsabilité de la surveillance des transactions immobilières.

Vous soulevez un autre problème, qui est extrêmement préoccupant au CUSM, où on a fait des transactions immobilières sans même en informer le ministère, sans même avoir l'autorisation du ministère, alors que c'est bien formellement écrit que les autorisations doivent être obtenues pour faire ce genre de transactions immobilières. Alors, les règles ont été violées en ce qui concerne le CUSM. Et on a donc pris des dispositions, là, et on a même référé à l'UPAC ce dossier pour s'assurer qu'il n'y ait pas eu des malversations qui ont été effectuées. Vous savez, on n'est jamais à l'abri de malversations, et je pense que...

Mme Daneault : ...

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : ...ou je vous... je demandais quels étaient les moyens de contrôle qu'on a au niveau du ministère par rapport aux différentes agences. Et je trouve ça un petit peu inquiétant de savoir que c'est le ministre lui-même qui doit aller intervenir auprès de ces agences-là et j'espère qu'on a des moyens de contrôle au niveau du ministère.

Et ma question aussi soulève un autre point : Est-ce qu'on va mettre des contrôleurs à toutes les administrations déficientes? Est-ce qu'on va mettre des surveillants de surveillants des gens qui dérogent aux règles et aux lois de saine gouvernance? Est-ce que c'est actuellement l'avenue que vous allez prendre comme gouvernement ou vous allez avoir le courage de congédier ces gens-là au besoin ou d'avoir des conséquences?

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

M. Hébert : Il y a des mécanismes. Il y a des mécanismes. D'abord, le conseil d'administration de l'établissement, c'est lui qui est responsable de la saine gouvernance. Il y a des firmes de vérificateurs également, mais il y a aussi l'agence qui est responsable de surveiller la gestion financière des établissements, et les agences sont surveillées par les gens du ministère. Alors, il y a donc, à tous les étages, des processus qui sont en cours pour s'assurer que de telles choses n'arrivent pas. De toute évidence, au CUSM, il y a quelque chose qui n'a pas fonctionné. Alors, il est important de redoubler d'ardeur et de faire en sorte que ça ne se reproduise pas.

Et, comme je le disais tout à l'heure, nous, les cibles budgétaires, là, ce n'est pas une farce, là, et on va s'assurer que ces cibles-là sont atteintes par les établissements. Et ce qu'on a fait dans le cas du CUSM fait en sorte que les établissements savent maintenant... oui, les mécanismes de contrôle, ils sont mensuels au niveau du ministère versus les agences et des agences au niveau des établissements. Et c'est ça qui, actuellement, nous permet d'avoir un suivi et de faire en sorte que même la cible budgétaire de fin mars 2013 va être atteinte dans la très grande majorité des établissements.

Et les établissements qui n'y arrivent pas sont accompagnés actuellement. On a déjà mis des accompagnateurs en place, dans plusieurs cas, pour faire en sorte qu'il y ait un redressement, qu'il y ait un changement dans les processus de gestion pour qu'on puisse atteindre les cibles budgétaires, parce qu'il est inacceptable que certains établissements ne puissent pas atteindre les mêmes cibles budgétaires que l'ensemble des établissements du réseau. Alors, il y a des accompagnements qui ont été mis en place dans ces établissements-là de façon à ce que ce suivi-là soit fait de façon très serrée.

Alors, au CHUM — oui, vous aviez une partie de votre question qui était au CHUM — effectivement, le respect de la loi n° 100 sur les cadres, les cadres administratifs, fait l'objet d'un problème. Et je suis allé au CHUM, on a rencontré le conseil d'administration, on a rencontré la direction de l'hôpital et on leur a demandé de redresser la situation, parce que cette situation-là, qui est décriée par le conseil des médecins, dentistes que nous avons rencontré également, est une situation réelle, qui nous préoccupe et pour laquelle on a demandé des correctifs. Et on a demandé même à un vérificateur externe de pouvoir faire l'examen de toute la structure d'encadrement au CHUM de façon à être en mesure d'aligner cet établissement-là avec les directives du ministère.

Mme Daneault : Est-ce que je comprends qu'on va conserver le même nombre de cadres qu'il y a actuellement?

M. Hébert : Ils doivent se conformer à la n° 100 au niveau des cadres. Ils ont une augmentation des cadres qui dépasse les normes au niveau de la loi n° 100 et ils vont devoir apporter les correctifs pour se conformer aux dispositions réglementaires et législatives.

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste seulement une minute.

Mme Daneault : Quand vous parlez de correctifs, vous parlez d'abolition de postes?

M. Hébert : Bien, ça pourrait être des abolitions de postes, effectivement.

Mme Daneault : O.K. Est-ce qu'il y aura des interventions de faites aussi au niveau de l'agence des Laurentides quant à…

M. Hébert : Pour?

Mme Daneault : Bien, quant à l'entente où on a des dépenses qui sont de l'ordre de 400 % d'une année à l'autre. Et j'imagine que 2012 ne sera pas moindre, parce que, si vous avez lu la nouvelle entente renouvelée, les tarifs sont davantage augmentés.

M. Hébert : J'ai déjà rencontré à deux reprises l'agence des Laurentides et… les deux reprises, moi-même, là, j'ai abordé cette question-là de l'Institut de l'oeil. On est en train de regarder des solutions alternatives, mais je dois vous avouer qu'on est pris avec une entente que je n'ai pas signée et donc que l'on doit respecter, sous peine de pénalités. Mais vous pouvez être assurée que cette entente-là ne sera pas renouvelée et que nous allons prendre toutes les dispositions nécessaires pour que les services soient maintenant assurés, dans les établissements des Laurentides, pour l'ophtalmologie.

• *(22 h 50)* •

Le Président (M. Bergman) : Merci, merci. Alors, le bloc est terminé. Alors, le gouvernement, pour un bloc de 12 minutes, Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Alors, M. le Président, j'aimerais à présent aborder un sujet qui nous touche tous et qui devrait nous interpeller, tant à titre de gouvernement qu'à titre de citoyens. On vient de terminer récemment la Semaine nationale de prévention du suicide. À chaque fois qu'une personne s'enlève la vie au Québec, c'est une véritable tragédie humaine, pour la personne en premier lieu, mais pour son entourage, pour sa famille, pour ses amis, pour ses collègues. C'est une perte, en somme, pour toute la société québécoise.

On sait que le suicide est un phénomène très complexe et aussi un sujet très sensible. Et nous avons un ministre, justement, très sensible à cette question, très préoccupé des personnes et qui a récemment fait une conférence de presse pour parler de prévention du suicide et il a, à cette occasion, annoncé des choses fort intéressantes. En fait, j'aimerais bien que le ministre puisse aujourd'hui nous en dire un peu plus sur ces annonces qu'il a faites concernant la prévention du suicide.

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

M. Hébert : Mme la députée, effectivement, c'est un phénomène, le suicide, qui nous touche beaucoup. Chaque jour au Québec, il y a trois personnes qui se suicident, grosso modo deux hommes, une femme. C'est trois morts évitables, qu'on aurait pu éviter, et je pense qu'un pays comme le nôtre ne doit pas se contenter d'être à la queue du peloton des provinces canadiennes et des autres pays industrialisés dans le taux de suicide de sa population, bien qu'on ait fait des progrès au cours des 10 dernières années. On a fait surtout des progrès dans le suicide chez les jeunes. En fait, c'était le groupe d'âge qui avait été particulièrement ciblé pour les interventions au niveau du suicide, et ça a porté fruit, ces interventions, puisqu'on a pu diminuer sensiblement le taux de suicide chez les jeunes et le rendre comparable, du moins, aux autres provinces canadiennes.

Mais il nous reste du travail à faire maintenant chez le groupe d'âge de 35 à 55 ans, donc chez les travailleurs dans la force de l'âge, je dirais, et donc il faut avoir une stratégie différente pour être en mesure de pouvoir diminuer ces taux de suicide dans cette population-là, stratégie qui fait intervenir, bien sûr, les sentinelles, alors le programme des sentinelles, qui sont des collègues de travail, des professeurs, des entraîneurs de sport qui sont particulièrement formés à être attentifs aux signes de détresse et pouvoir référer les personnes vers des ressources communautaires ou des ressources du réseau pour leur venir en aide. Alors, ce programme des sentinelles est extrêmement important pour être en mesure de détecter ces signes de détresse et pouvoir intervenir au moment où c'est encore possible.

Mais il y a aussi du travail à faire pour améliorer l'action des groupes communautaires en termes d'intervention et aussi la formation des gestionnaires, des intervenants, et il y a eu tout un guide de bonnes pratiques sur le suicide qui a été élaboré par un établissement que je connais bien, le CSSS-IUGS à Sherbrooke, qui a élaboré ce guide de formation pour les gestionnaires et pour les intervenants. Jusqu'à maintenant, il y a 1 000 gestionnaires qui ont été formés, une journée de formation pour l'application de ce guide de bonnes pratiques, et il y a presque 4 000 — même, on dépasse le 4 000 — intervenants qui ont suivi la formation de trois jours pour appliquer ce guide de pratiques cliniques dans le réseau, que ce soit dans les organismes communautaires ou dans les établissements du réseau.

Il faut aussi être en mesure de bonifier le suivi intensif des gens qui ont soit fait une tentative ou encore ont des idéations suicidaires, et là il y a du progrès à faire. Je vous parlais tout à l'heure, dans une réponse sur le Plan d'action en santé mentale, qu'on n'avait pas complété notre travail dans ce domaine-là et qu'il y a encore beaucoup de travail à faire pour être en mesure de pouvoir bien suivre les gens qui ont des idéations ou qui ont fait une tentative.

Un autre élément où on peut améliorer la situation, c'est l'information, c'est-à-dire qu'actuellement on n'a pas de base de données sur le suicide. Donc, on ne peut pas savoir, par exemple : Dans les régions du Québec, est-ce

que les facteurs déterminants du suicide ou les moyens pour se suicider diffèrent? Et ça, ça pourrait conditionner des plans d'action et des stratégies d'action qui seraient beaucoup mieux ciblés par rapport aux facteurs identifiés.

Alors, ce qu'on a fait, c'est de créer une banque de données qui associe les informations du coroner avec les informations de la Régie de l'assurance maladie, de sorte qu'on aura une banque de données intégrées sur le suicide pour connaître les taux de suicide, bien sûr, mais aussi les facteurs déterminants qui étaient en cause. Est-ce que c'est une rupture amoureuse, est-ce que c'est un congédiement, un chômage, des problèmes intrafamiliaux, etc.? Et les moyens, également, qui ont été utilisés. Et aussi la consommation des services de santé dans les semaines et les mois précédents pour voir est-ce qu'on aurait pu éviter, est-ce qu'on aurait pu identifier plus précocement pour faire en sorte qu'on puisse avoir des stratégies avec cette base de données calquée sur, vraiment, une belle appréciation, une bonne appréciation du risque. Alors, cette base de données là, elle va être opérationnelle à l'automne prochain et va, à mon avis, apporter des indications extrêmement intéressantes pour la poursuite d'un plan d'action.

Ce qu'on a actuellement sur la planche de travail, c'est la formation des médecins. Alors, bien sûr, les médecins nécessitent une formation plus ciblée. Alors, avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, qui est très impliquée dans la formation médicale en général, on travaille sur un programme spécial pour former les médecins à identifier les patients à risque, identifier le risque suicidaire, mais aussi intervenir. Et nous souhaiterions aussi être en mesure de pouvoir mieux épauler les organismes communautaires, mais, évidemment, la stratégie de prévention du suicide va s'intégrer dans la politique de prévention et le nouveau plan d'action en santé mentale. Alors, le suicide est au coeur de ces deux orientations stratégiques du ministère, et on va être en mesure d'annoncer, là, des moyens concrets pour appuyer la prévention au suicide au cours des prochains mois.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : ...petit changement, je vais laisser la place à mon collègue d'Argenteuil.

Le Président (M. Bergman) : M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Alors, M. le ministre, vous le savez, depuis une dizaine d'années, le modèle des coopératives de santé est en pleine expansion au Québec. Je suis régulièrement questionné à ce sujet dans ma circonscription, soit par une coopérative existante et qui souhaite se développer, soit par des projets en planification. Cependant, ce modèle est remis en question par plusieurs car il s'est développé sans encadrement. De plus, ce modèle soulève de nombreuses questions chez mes concitoyens, notamment sur l'accessibilité aux soins et sur l'équité dans la répartition des médecins.

Alors, M. le ministre, avez-vous réfléchi à cette question et que comptez-vous faire dans ce dossier?

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

M. Hébert : Évidemment, c'est une question, M. le député d'Argenteuil, qui me préoccupe au plus haut point. J'avais d'ailleurs commis un texte sur une analyse, avec Marie-Claude Prémont, professeure de droit à l'École nationale d'administration publique, sur les coopératives de santé et leur rôle ambigu dans notre réseau de la santé et des services sociaux.

Comme vous le savez, on a un réseau où l'accessibilité doit être universelle et où chaque citoyen doit être traité avec équité. Or, dans plusieurs coopératives de santé, les frais d'adhésion donnent aux patients un certain nombre de privilèges d'accès, ce qui est contraire à la loi sur la santé et les services sociaux.

Vous soulevez, fort à propos, le problème que représentent les coopératives de santé dans la distribution des médecins. Vous savez que la liberté d'installation au Québec n'existe plus. Et d'ailleurs j'ai eu l'occasion, en France, de discuter de ça avec mes homologues français qui sont confrontés au problème des déserts médicaux dans plusieurs régions de la France et qui ne peuvent pas se sortir de ces problèmes-là parce qu'ils ont encore la sacro-sainte liberté d'installation. Alors, nous, au Québec, on a installé, il y a plusieurs années, les plans d'effectifs médicaux, et les coopératives de santé, par l'attrait qu'elles occasionnent, viennent pervertir les stratégies de distribution des effectifs médicaux dans une période de pénurie, ce qui peut avoir des impacts importants.

• *(21 heures)* •

Ça pose aussi d'autres problèmes. J'en souligne quelques-uns. La contribution de certaines municipalités au financement des coops santé contreviendrait également à la Loi sur les cités et villes, à la loi sur les municipalités, et donc ça pose des problèmes légaux. Autre problème qui est les services qui sont donnés aux médecins. Vous savez qu'on conventionne la rémunération des médecins, et, en cabinet, la rémunération des médecins est majorée d'un certain pourcentage pour tenir compte des frais de cabinet. Alors, lorsque les coops de santé fournissent ces ressources et diminuent d'autant les frais de cabinet des médecins, bien, il y a une injustice envers les autres médecins qui doivent défrayer ces frais de cabinet. Alors, vous voyez tout de suite un problème au niveau de fournir des services.

Ça pose également des problèmes éthiques. C'est-à-dire qu'évidemment, lorsqu'une coopérative de santé a des services qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie, il y a là un accès à certains professionnels et une porte d'accès qui est privilégiée, ce qui peut contrevenir à certains éléments du code de déontologie des médecins.

Alors, il y a toute une série de problèmes qui sont liés à la prolifération des coops santé dans notre système universel de santé. Pourquoi les coops santé se sont proliférées? C'est parce qu'on a tardé à mettre en place les groupes de médecins de famille. Si on avait déployé les groupes de médecins de famille dans tout le Québec, on n'aurait pas eu besoin des coops santé. Les coops santé ont été là en palliation du retard de l'État de pouvoir donner une structure d'encadrement aux médecins de famille qui leur permet d'être plus efficaces et de rendre la pratique médicale plus efficace.

Alors, cela dit, le mouvement coopératif au Québec, c'est une valeur intéressante, c'est une valeur importante dans plusieurs domaines d'activité, et moi, je prends le problème de l'autre sens. Comment est-ce qu'on peut se servir des coopératives de santé pour améliorer notre offre de service, pour améliorer l'accès à la première ligne? Et c'est la question que j'ai posée à un groupe de travail qui va être dirigé par M. Pierre Roy, qui a une longue expérience, notamment à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et qui va travailler avec un petit groupe : Marie-Claude Prémont, que j'évoquais tout à l'heure; M. Paul Brunet, du Conseil de protection des malades; Me Sophie Vaillancourt, directrice des affaires juridiques à la Régie de l'assurance maladie du Québec; et M. François Dubé, du ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, ce petit groupe de travail va faire les consultations, va réviser les aspects législatifs et va me faire des recommandations sur les modifications réglementaires, peut-être les modifications législatives à mettre en place, de façon à bien encadrer les coopératives de santé et faire en sorte que, plutôt que d'être le cheval de Troie à la privatisation de notre système de santé et à l'intrusion d'un mouvement privé lucratif dans notre système de santé, elles puissent être un véhicule qui nous permette d'améliorer l'accès à la première ligne.

Alors, ce groupe de travail va donc pouvoir me donner les indications réglementaires et législatives pour être en mesure de bien encadrer les services de... les coopératives de santé et de ne pas avoir la stratégie qui, jusqu'à maintenant, avait cours, la stratégie de l'autruche où on met sa tête dans le sable puis on fait comme si ça n'existait pas, les coops de santé. Je pense qu'elles sont là, il faut être capable de voir qu'est-ce qu'il faut modifier comme règlement pour faire en sorte qu'on assure l'équité dans l'accès des citoyens du Québec au système de santé et qu'on assure l'équité dans la rémunération des médecins.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Maintenant, l'opposition officielle pour un bloc de 26 min 55 s. Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Merci, M. le Président. Alors, bonsoir, M. le ministre. Je resalue les membres de votre équipe qui accompagnaient votre collègue hier et... ainsi que les membres de votre cabinet qui vous accompagnent.

Chers collègues, je suis de passage ce soir puisque j'ai trois questions bien précises, trois enjeux bien précis qui touchent la circonscription de Gatineau. Le premier : M. le ministre, le CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau est situé dans une zone inondable. C'est un centre qui est désuet, construit en 1974 et qui ne correspond d'aucune façon aux normes actuelles. Le service d'incendie de la ville de Maniwaki a même adressé une lettre au conseil d'administration, invoquant les déficiences du centre. Nous avions, avec votre prédécesseur, travaillé sur le dossier. L'agence de santé a priorisé la relocalisation du Foyer Père Guinard, donc qui est actuellement sur la rue des Oblats, la relocalisation près du CSSS Vallée-de-la-Gatineau.

Et, dans ce contexte, je voulais connaître votre position à titre de ministre quant à ce projet-là puisque votre prédécesseur y avait accordé une attention particulière. Il y a eu plusieurs rencontres, entre autres avec les membres du conseil d'administration, pour voir à insérer ce projet-là à l'intérieur de la planification. Alors, c'est un projet qui est en processus d'élaboration, évidemment, et qui me tient à coeur puisque le fait qu'il soit situé dans une zone inondable porte atteinte à la sécurité des usagers. La rivière Gatineau est une rivière qui a des humeurs variables, je vous dirais.

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

M. Hébert : Bien, bonjour, Mme la députée de Gatineau, ça fait plaisir de vous revoir. On s'était vus au projet de loi n° 16. Et, évidemment, vous disiez que mon prédécesseur accordait une attention particulière... Il a accordé beaucoup d'attention particulière à de nombreux projets, on en a discuté un peu plus tôt en commission. Il en a accordé... il s'est même permis d'en annoncer pour 2,3 milliards. Heureusement, il n'a pas annoncé celui-là. Mais je peux vous dire que ce projet, à Maniwaki, du centre d'hébergement — c'est la relocalisation de 69 lits, là — il est en reconnaissance de besoins, donc il est très, très, très en amont du processus par rapport à différentes annonces que mon prédécesseur avait annoncées et avec lesquelles on doit faire des arbitrages actuellement.

Alors, ce projet-là est très en amont du processus, il est en reconnaissance du besoin. L'agence doit faire l'analyse de ce besoin-là. Ensuite, le ministère va valider cette analyse-là, et il va entrer, si la reconnaissance du besoin s'avère, dans la ligne de l'élaboration des programmes fonctionnels et techniques et des devis. Alors, il y a tout un processus, là, qui va s'enclencher, mais soyez assurée que nous ne ferons pas d'annonce à Maniwaki tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas le budget d'immobilisations qui va consolider la construction de cet établissement.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Alors, M. le ministre, l'agence a déjà priorisé, a déjà écrit, d'ailleurs, à votre ministère le 31 mai dernier. Et je vous cite un paragraphe : «L'établissement propose de bâtir un immeuble de 100 lits sur le terrain de l'hôpital afin de combler les besoins de lits de longue durée selon la projection 2015-2016. L'agence de santé et des services sociaux de l'Outaouais appuie la demande de l'établissement.»

Il y a une reconnaissance de besoins qui a été faite par le PDG de l'agence en mai 2012 déjà, et j'avais cette information-là. Là, j'aimerais connaître, depuis votre arrivée en poste, où on en est rendus. Et je vous demanderais... Bien honnêtement, là, bien humblement, je ne suis pas ici à des fins partisanes, là, je suis ici pour les citoyens de mon comté. Alors, j'aimerais une réponse... M. le Président, j'aimerais une réponse du ministre qui fait fi des commentaires partisans qu'on entend à la période de questions.

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

M. Hébert : Je vais répondre très clairement. Comme je vous l'ai dit, il est en reconnaissance de besoins. L'agence nous a transmis ce besoin-là, on est en train de l'analyser actuellement au ministère. Il va y avoir des communications avec l'agence pour bien définir le besoin, et, ensuite, on va pouvoir être en mesure de dire : Oui, on passe à une autre étape ou, non, on ne passe pas à une autre étape. Alors, actuellement, il est à cette étape-là de reconnaissance des besoins.

Lorsqu'on regarde la priorité... Ce que j'ai fait depuis que je suis arrivé, c'est que j'ai demandé à chacune des agences de prioriser les projets qui me sont recommandés. Évidemment, ce projet-là n'est pas à un stade de priorité à l'agence, parce qu'il y a d'autres projets qui sont beaucoup plus avancés et que l'agence a priorisés pour l'instant dans l'application du PQI, là, du plan quinquennal d'immobilisations de l'année prochaine. Alors, il n'est pas dans ces priorités-là parce qu'il est à un stade beaucoup plus préliminaire d'évaluation des besoins.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : M. le Président, le ministre mentionne une information intéressante. Est-ce qu'il serait possible... Est-ce que le ministre pourrait nous indiquer quels projets ont été priorisés par l'agence de santé suite à la demande du ministre?

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

M. Hébert : ...information-là demain, là. Je ne l'ai pas avec moi.

Le Président (M. Bergman) : Alors, pour la session pour demain?

M. Hébert : Oui.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Mme la députée de Gatineau.

• *(21 h 10)* •

Mme Vallée : Dans un autre ordre d'idées, M. le Président... bien, en fait, similaire : un projet du centre hospitalier des Collines, du CSSS... d'optimisation, pardon, des services du CSSS des Collines, CSSS des Collines, dans la MRC des Collines, situé dans la municipalité de La Pêche ou communément appelé dans le secteur Wakefield de la municipalité. C'est un centre qui fait face à une situation particulière — vous connaissez la situation de l'Outaouais — un centre en périphérie et qui doit répondre à une croissance démographique très importante, qui est deux fois plus importante que la moyenne québécoise, et un vieillissement de population.

Le 10 juillet dernier, l'agence a écrit à M. le sous-ministre Cotton une demande d'avis de reconnaissance des besoins pour la réalisation du plan fonctionnel technique qui vise, justement, le CSSS des Collines. Alors, j'aimerais voir un petit peu où on en est dans le processus. Je comprends encore une fois qu'on n'en est pas dans un processus d'annonce, mais, par contre, j'aimerais connaître l'avancement du projet depuis le 10 juillet dernier.

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

M. Hébert : Alors, c'est presque copier-coller sur l'autre cas que vous nous avez soumis. Alors, il est exactement au même stade de reconnaissance des besoins, au niveau du ministère, et on est en communication avec l'agence pour bien définir le besoin. Alors, il est exactement au même stade.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : D'accord. Merci. M. le ministre, vous... M. le ministre a annoncé, lors de sa visite, de son passage en Outaouais, un ajout d'effectifs pour la desserte ambulancière. L'Outaouais fait face à une problématique particulière de par sa situation frontalière avec l'Ontario. On a appris en décembre dernier qu'Ottawa refusait de desservir la population de l'Outaouais au-delà d'un certain nombre d'appels. Et maintenant on sait que l'entente entre Ottawa et l'agence, au niveau de la desserte ambulancière afin de venir prêter main-forte à la coop des paramédics, sur le territoire québécois, était à renouveler et que certaines exigences avaient été mises de l'avant par Ottawa.

Un besoin. L'Outaouais, c'est très vaste, plus grand que la Belgique, un grand territoire, des communautés rurales à desservir. Il y a eu un ajout au niveau de la desserte ambulatoire, pas d'ajout de véhicules, et on fait face à la situation où Ottawa refuse de venir du côté québécois. Il y a là une importance d'avoir une entente avec la ville d'Ottawa. J'aimerais connaître l'état d'avancement des pourparlers depuis, je dirais, janvier, parce que les dernières nouvelles qu'on a eues étaient en janvier ou décembre dernier, lorsqu'Ottawa est sorti pour dire qu'il n'était plus question de donner un coup de pouce à l'Outaouais.

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

M. Hébert : Lorsque je suis allé en Outaouais en décembre, c'était justement dans la situation que vous évoquez. Évidemment, on avait une situation où Ottawa refusait de continuer cette entente-là. Il y avait eu 50 transports

ambulanciers, l'entente était pour 50, et ils n'ont même pas voulu faire le 50e, là, soit dit en passant. Il en restait un, puis ils ne l'ont pas fait. Mais, tout de suite, j'ai demandé, pour assurer la sécurité des citoyens de l'Outaouais, de pouvoir ajouter une ambulance et son personnel de façon temporaire. Et pourquoi de façon temporaire? C'est parce que, lorsqu'on compare la performance de l'Outaouais en services préhospitaliers aux autres régions du Québec, on a des indications qui nous montrent qu'on pourrait améliorer l'efficience. On pourrait améliorer la productivité en Outaouais sans augmenter nécessairement le nombre d'ambulances et les ressources en Outaouais.

Il y a donc un travail à faire d'accompagnement auprès de l'agence et des services hospitaliers pour améliorer les pratiques, de façon à ce qu'on puisse être plus efficients. Je vous donne un exemple. Le temps passé par les ambulanciers dans les salles d'urgence est beaucoup plus long que dans le reste du Québec, et le temps qu'ils passent dans les salles d'urgence, bien, ce n'est pas du temps qui est disponible pour aller faire du transport des gens qui en ont besoin. Alors, c'est un exemple parmi tant d'autres, mais il y a d'autres éléments qui posent problème en Outaouais.

Alors, pour ne pas mettre la sécurité des citoyens en péril, j'ai demandé d'ajouter une ressource ambulancière pour pallier l'absence d'Ottawa comme soupape pour assurer les services hospitaliers. Alors, il y a une ambulance de plus qui est en service et qui fait le rôle que faisait Ottawa auparavant, mais j'ai mis en place un groupe de travail qui est allé… qui est actuellement au travail en Outaouais, des gens chevronnés qui connaissent bien les services préhospitaliers et qui vont regarder comment est-ce qu'on peut améliorer l'efficience des processus en Outaouais, de façon à soit justifier l'ajout d'une ressource ambulancière de façon permanente ou encore de changer les processus pour qu'avec les ressources actuelles on puisse être beaucoup plus productifs.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Je comprends qu'il y a une optimisation des ressources qui doit être faite. D'ailleurs, un groupe de travail avait été mis en place, entre autres avec l'équipe du CSSS de Gatineau, de l'agence et des paramédics, pour améliorer ou pour réduire, je vous dirais, le temps d'attente à l'urgence parce que ça posait problème, comme vous le mentionnez. Mais, au-delà de ça, ma question était : Où en sommes-nous avec les pourparlers avec la ville d'Ottawa pour assurer une desserte? Est-ce qu'on a abandonné cette option-là?

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

M. Hébert : On a abandonné cette option-là, et je pense qu'il est normal que ce soit le Québec qui fournisse les services ambulanciers aux citoyens de l'Outaouais comme partout ailleurs au Québec. Et, si, pour ça, il faut ajouter une ambulance de façon permanente, on le fera. Si, par contre, en améliorant les processus, on peut réussir à le faire avec les ressources en place, bien, on utilisera cette option-là. Et c'est le groupe de travail qui va nous donner la réponse à cette question-là et qui va me permettre de prendre une décision éclairée.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Donc, le ministre a rompu les liens avec Ottawa, mais...

M. Hébert : Bien, c'est eux autres qui ont rompu les liens. Ils ne veulent pas.

Mme Vallée : M. le ministre... Donc, en fait, il n'y a pas eu de relance qui a été faite de la part du ministère.

M. Hébert : Oui, oui, il y a eu des relances. Ils ne veulent absolument pas renouveler cette entente-là. Alors, il n'y a rien à faire avec Ottawa, donc on est obligés de trouver une autre solution. Et d'ailleurs ce n'est pas normal qu'on fasse appel à Ottawa. Je veux dire, je pense qu'on doit utiliser les ressources au Québec pour rendre des services à la population de l'Outaouais. Et on va le faire dans le service préhospitalier comme on souhaite le faire de plus en plus pour les autres services de santé et de services sociaux.

Mme Vallée : Je comprends qu'on doive ultimement recevoir des services en Outaouais, mais comprenez que c'est une réalité, il n'y a pas de mur d'érigé entre Ottawa puis Gatineau. C'est un pont, puis le pont, il est moins long que le pont de Québec. Il y a une réalité frontalière qui est là. On est à un jet de pierre d'Ottawa.

Je trouve ça un peu étrange qu'on brise une collaboration qui pourrait... Je ne dis pas qu'il ne faut pas optimiser les services. Au contraire, il faut optimiser les services sur le territoire de l'Outaouais. Mais couper tous les liens, est-ce qu'on a le même raisonnement pour l'ensemble des municipalités en territoires frontaliers?

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

M. Hébert : Bien, écoutez, Ottawa nous a clairement signifié qu'ils ne voulaient pas renouveler cette entente-là et, même plus que ça, ils ne voulaient même pas compléter l'entente jusqu'à 50. Ils n'ont même pas voulu donner le cinquantième transport ambulancier. Et ça a été répété à de nombreuses reprises à l'agence, nous l'avons vérifié, ils ne veulent plus assurer ce service-là. Ce n'est pas moi qui brise l'entente, c'est Ottawa qui ne veut plus. Alors, il faut, nous, trouver une solution alternative. Et la stratégie que j'ai mise en place, c'est dans le but de trouver une solution alternative.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : Actuellement, je comprends que vous avez autorisé des effectifs additionnels…

M. Hébert : Une ambulance…

Mme Vallée : …mais on n'a pas d'ambulance physique. On a une équipe, mais on n'a pas d'ambulance. Le camion comme tel n'a pas... Vous me dites oui?

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

M. Hébert : Il y a une ambulance de plus.

Mme Vallée : L'ambulance physique aussi?

M. Hébert : Oui. Bien oui, parce que, pour transporter du monde, ça ne prend pas juste du personnel. Ça prend un camion avec... équipé, là. Alors, il y a une ambulance de plus.

Mme Vallée : Écoutez, les directives… la transmission de l'information était à l'effet qu'il y avait des effectifs de plus, mais pas...

M. Hébert : …dans la conférence de presse qu'il y avait une ambulance de plus qui avait été accordée en Outaouais.

Mme Vallée : Est-ce que cette information-là a été confirmée par écrit à l'agence et au service de paramédics?

M. Hébert : Tout à fait, et j'étais là, sur place.

Mme Vallée : Non, je comprends que vous l'avez fait. Vous l'avez fait verbalement, mais est-ce qu'on a concrètement défini...

M. Hébert : Bien, regardez, elle est là. Je ne sais pas... Vous voyez un problème? Elle n'a pas été là?

Mme Vallée : En fait, l'information qui... On avait compris qu'il y avait des effectifs, mais pas d'ambulance physique dans... pas le véhicule physique qui avait suivi les effectifs sur le terrain.

M. Hébert : Bien, on ne peut pas amener des effectifs sans qu'il y ait une ambulance. Comme je le disais tout à l'heure, là, si on veut assurer le transport des gens, ça prend un camion. Alors, il y a un camion équipé, avec les effectifs qui vont avec, qui a été attribué à la région d'Ottawa jusqu'à ce que le groupe de travail me fasse des recommandations puis que je sois en mesure de décider : Est-ce que ce sera permanent ou est-ce qu'il y a d'autres solutions qui vont améliorer l'efficacité des processus pour, à l'aide des ressources actuellement en place, être plus efficaces et faire en sorte qu'on soit capables de donner le service à la population?

• *(21 h 20)* •

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, je voudrais juste revenir pour avoir une clarification par rapport à l'ophtalmologie dans les Laurentides. Je pense que les gens du ministère vont pouvoir confirmer, c'était un problème, l'entente avec l'institut. Nous voulions mettre fin à cela pour la ramener à l'hôpital de Saint-Jérôme. Il y avait des problèmes également à ce niveau-là; ils ne pouvaient pas les accueillir immédiatement.

Mais j'aurais aimé savoir... Parce qu'une des problématiques de l'ophtalmologie dans les Laurentides était qu'il y a un seul endroit qui faisait de l'ophtalmologie pour une population de 500 000 dispersée sur un assez grand territoire. Et il y avait eu une recommandation de développer l'ophtalmologie à Saint-Eustache et également l'ophtalmologie à Sainte-Agathe, et je pense que c'était assez clair. Je pense que le ministre a dû être informé de ça.

J'aimerais savoir où on en est rendus et je tiens à dire au ministre que je le supporte, parce que, comme de fait, on était pris un peu en otages parce que c'était le choix de donner les services à la population ou une cessation complète de services. Le choix qui a été fait, c'était de donner les services en sachant qu'il fallait récupérer l'ophtalmologie à l'hôpital de Saint-Jérôme. Et je tiens à dire au ministre que je vais être à 100 % avec lui si on peut être capables de récupérer ça dans le réseau public, l'ensemble des chirurgies d'ophtalmologie. Mais je pense que ça lui a été confirmé par les gens du ministère : on a été pris en otages par un groupe de médecins qui voulait contrôler toute l'ophtalmologie dans les Laurentides. Donc, j'avais demandé, à l'époque, de développer, à Saint-Eustache et à Sainte-Agathe, des services d'ophtalmologie pour briser ce monopole.

M. Hébert : Alors, notre objectif, c'est que, d'ici la fin de l'entente, là, avec laquelle on est pris, on récupère l'ensemble des services d'ophtalmologie, pas seulement à Saint-Jérôme, mais aussi à Sainte-Agathe et à Saint-Eustache. Déjà, il y a un ophtalmologiste en place à Sainte-Agathe qui va commencer à faire des chirurgies. Et les effectifs médicaux à Saint-Jérôme vont... prévoient l'addition d'ophtalmologistes, la même chose pour Saint-Eustache, et on va être en mesure de rendre le service. Encore faut-il qu'on n'ait pas une obstruction systématique des ophtalmologistes de l'Institut de

l'oeil pour faire en sorte que nos prévisions de recrutement et d'utilisation des facilités publiques puissent être contrecarrées. Mais on travaille là-dessus.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Ce que je peux dire encore là-dessus, M. le ministre, puis je comprends que la CAQ est d'accord avec nous, il y a un message politique extrêmement important pour le groupe d'ophtalmologie dans les Laurentides. Ce qu'ils ont fait, c'est intolérable, et on ne l'acceptera plus. Moi, je ne l'accepterai plus comme ministre, excepté qu'on n'avait pas le choix. C'était un choix soit de donner des services à une population ou des bris de services. Mais, à partir de maintenant, avec le développement de l'ophtalmologie à Sainte-Agathe et à Saint-Eustache, je pense que le message va être clair, et les chirurgies ophtalmologiques devraient être récupérées dans le réseau public.

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

M. Hébert : Je suis tout à fait d'accord avec ça. Je pense, par contre, que ce contrat-là est, à mon avis, inacceptable. On n'aurait, je pense, pas dû donner des conditions aux ophtalmologistes, qui nous prennent à la gorge actuellement et qui font en sorte qu'on n'est pas capables de se libérer. Et on leur laisse encore de la latitude pour pouvoir saper les efforts de récupérer ça dans le public, et je vous assure qu'il y aura une bataille à mener, et on va la mener pour être capables de mettre fin à cette exploitation du système public dans des buts lucratifs.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...ministre, nous allons être de votre bord dans cette bataille parce qu'il y avait une injustice à ce niveau-là, et ce qu'on veut, c'est que les services soient donnés à la population de façon adéquate, à un prix juste. Et juste pour un élément de clarification, tantôt, si vous voulez faire vos recherches, en ophtalmologie actuellement, lorsque les gens font des cataractes, si on installe une lentille particulière, il y a un coût supplémentaire, et ils chargent un montant assez important pour faire l'examen pour installer la lentille. Donc, j'aimerais ça qu'au niveau de la RAMQ il y ait cette observation-là pour voir qu'est-ce qui pourrait être fait pour contrecarrer ça parce qu'en ophtalmologie il y a plusieurs services non assurés. Ils ont ce service-là non assuré pour donner... pour augmenter la facture directement aux patients. Donc, je pense, là-dessus, c'est une question de justice, et ce que je suis content, c'est de voir que la Coalition avenir Québec, le Parti québécois et le Parti libéral, je pense, ont la même vision au niveau de ce système à corriger.

M. le Président, j'aimerais aller sur un autre sujet. J'aimerais parler de la procréation assistée et puis j'aimerais demander au ministre où on en est rendus dans le dossier de procréation assistée. J'ai vu les chiffres. J'aimerais avoir une clarification par rapport à l'état d'avancement, par rapport au dossier du CHUL, ici, à Québec, ou le CHUQ... le CHU de Québec, maintenant, et également les investissements par rapport au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

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

M. Hébert : M. le Président, vous me donnez deux minutes pour que je puisse consulter le...

Le Président (M. Bergman) : On va suspendre sur le temps du gouvernement.

M. Hébert : Pardon?

Le Président (M. Bergman) : On va suspendre sur le temps du gouvernement.

M. Hébert : O.K.

Le Président (M. Bergman) : On suspend.

(Suspension de la séance à 21 h 25)

(Reprise à 21 h 26)

Le Président (M. Bergman) : Alors, vous avez la réponse, M. le ministre?

M. Hébert : Oui. En 2013-2014, nous allons offrir les services à Sainte-Justine, donc les services de fécondation in vitro, tels qu'il avait été prévu. Et, l'année suivante, ça sera à Sherbrooke, au CHU, et théoriquement au CHU de Québec... Mais là il y a un projet d'infrastructures qui est associé à la mise en place de la procréation médicalement assistée. Et donc il faudra voir quelles sont les décisions qui vont être prises dans le cadre du plan quinquennal d'immobilisations avant de pouvoir assurer que ce service-là va être offert en 2014-2015.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Gatineau.

Mme Vallée : M. le ministre a mentionné tout à l'heure qu'il avait confirmé une ambulance, heure et véhicule, à la région de l'Outaouais. J'aimerais, s'il vous plaît, avoir un… que le ministre dépose la lettre. Parce que moi, je me fie, là, à des déclarations qui ont été faites dans les médias, et on confirme que le ministère a débloqué des fonds nécessaires pour ajouter une équipe en tout temps, 168 heures par semaine, sans ajout de véhicule.

Donc, si l'information a été mal relayée — c'est possible — alors, j'aimerais tout simplement avoir copie de la lettre qui a été transmise à l'agence et à la coop des paramédics, s'il vous plaît. Merci.

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

M. Hébert : Les médias m'ont posé la question spécifiquement lorsque j'étais en Outaouais, et j'ai répondu qu'il y aurait une ambulance, alors... C'est drôle qu'on reporte... C'est ça. Ça, c'est les médias de l'Outaouais, hein, c'est ça?

Le Président (M. Bergman) : M. le député de... Oui, est-ce que vous avez la lettre pour déposer... Vous allez déposer...

M. Hébert : Tout de suite, là, je vais la trouver, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Alors, pour la session pour demain. Merci beaucoup. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Dans le dépôt du dossier des crédits, on voit que le ministre prévoit un montant d'environ 4 millions de dollars pour l'échographie, au niveau du développement. Est-ce que ce montant-là est associé avec la couverture de l'échographie en clinique privée?

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

M. Hébert : M. le Président, effectivement, comme je le disais en une réponse à une question précédente, mon objectif est de retrouver un système de santé public et universel. Et l'échographie, actuellement, pose problème, puisque, lorsqu'elle est réalisée dans les... à l'extérieur de l'hôpital, elle n'est pas couverte. Et il est donc de mon intention de pouvoir le plus rapidement possible résoudre ce problème et rendre l'échographie financée publiquement, même à l'extérieur de l'hôpital.

Nous avons une provision, vous avez bien identifié cette provision de 6 millions. Il nous reste à trouver des sommes supplémentaires. Nous sommes en train d'analyser ça pour être en mesure d'annoncer le plus rapidement possible la couverture de l'échographie, peu importe où elle est dispensée.

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste deux minutes, M. le député de Jean-Talon.

• *(21 h 30)* •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste pour donner mon appui au ministre, nous étions sur le bord d'avoir une entente avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qui représentait l'Association des radiologistes. Le président de l'association avait laissé savoir, en campagne électorale, qu'on aurait pu l'annoncer n'importe quand, mais il nous manquait encore des fils à attacher. Et j'encourage fortement le ministre à essayer d'attacher ce dossier-là le plus rapidement possible parce que c'est une question d'accessibilité. Et on sait qu'il y a des équipements disponibles dans les cliniques privées, il faut juste s'entendre sur le montant qui peut être payé, et ça nous permettrait d'avoir une meilleure accessibilité du service.

Donc, M. le ministre, c'est seulement que, dans cette période de collaboration, vous assurer que nous allons être avec vous si on réussit à avoir une entente avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec et l'Association des radiologistes pour une couverture de l'échographie en clinique privée.

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

M. Hébert : Il y a effectivement une entente de principe. Il nous reste à signer cette entente-là, mais ce qu'il reste à attacher, comme dans d'autres dossiers, c'est le budget. Et ça, ce n'était pas attaché, alors il faut l'attacher. Il faut trouver le budget pour être en mesure d'aller de l'avant avec la mise en place de cette entente et assurer la couverture de l'échographie à l'ensemble des citoyens du Québec.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Oui. Alors, M. le Président, j'aimerais soulever une question qui me préoccupe particulièrement. Il y a un récent rapport de l'Institut national de santé publique qui conclut que les infections transmises sexuellement et par le sang, qu'on appelle les ITSS, sont en forte progression chez les jeunes. Plus particulièrement, on y parle des cas de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis qui auraient presque triplé depuis 1997. Au niveau de l'hépatite C et du sida, il semble que nous n'arrivons pas à diminuer le nombre de nouvelles infections et qu'encore beaucoup de personnes — en fait, près de 26 % des cas de VIH et 30 % des cas d'hépatite C — ignorent qu'elles sont infectées.

M. le Président, qu'est-ce qui s'est passé, ces dernières années, ou qui ne s'est pas passé, justement, pour qu'on en arrive à ce résultat que je trouve désolant? Est-ce qu'on a baissé les bras? Est-ce qu'on a fait suffisamment

de prévention? Je pense qu'on peut se poser la question et j'aimerais beaucoup que le ministre puisse nous parler de comment il est possible d'améliorer cette situation et qu'est-ce qu'il entend faire à partir de maintenant.

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

M. Hébert : Effectivement, c'est une situation qui est extrêmement préoccupante, et je dois avouer qu'on a un peu négligé cet aspect, la sensibilisation surtout, au cours des dernières années.

En fait, il n'y avait pas de campagne de sensibilisation qui avait été prévue pour les infections transmises sexuellement. Et, en toute urgence, j'ai réussi à dégager, là, un 200 000 $ pour qu'on puisse avoir une campagne cette année. Et d'ailleurs j'ai vu le projet de campagne, et elle sera mise en place pour être en mesure de sensibiliser les jeunes surtout à ces infections transmises sexuellement. Et c'est toujours un travail à recommencer, hein, parce que les jeunes, c'est une nouvelle population qui arrive d'année en année dans ce groupe d'âge qui commence à être exposé aux risques d'infections transmises sexuellement. Et il faut donc toujours être sur nos gardes et sensibiliser les jeunes à l'importance de se protéger pour éviter les infections transmises sexuellement.

Alors, dès cette année, il va y avoir une campagne de sensibilisation, qui n'était pas prévue et que nous allons mettre en place, pour contrer cette augmentation fulgurante des infections, là, chez les 15-25 ans.

Mais, à plus long terme, dans la politique... Dans le livre vert sur la politique de prévention, il y aura des considérations à plus long terme sur la stratégie gouvernementale pour faire face aux infections transmises sexuellement, qui pourrait donner des recommandations sur l'intégration d'éducation sexuelle à l'école dans un contexte plus formel et plus intensif. Alors, ce seront des éléments de proposition qui seront contenus dans le livre vert sur la prévention.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Il nous reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Bergman) : Trois minutes.

Mme Proulx : Trois minutes. Alors, peut-être que je pourrais aborder une autre question qui me préoccupe aussi, c'est la banque de lait. Alors, on sait qu'il existe au Québec un organisme gouvernemental dont on peut tous être fiers, et je parle ici d'Héma-Québec, qui est constitué depuis 1998. Alors, Héma-Québec a le mandat important d'assurer aux établissements de santé et de services sociaux et à la population un approvisionnement suffisant en sang et en produits et constituants sanguins.

J'aimerais regarder... C'est sûr qu'Héma-Québec a cette mission-là, et, de plus en plus, les besoins des établissements et de la population ont évolué. Et, aujourd'hui, Héma-Québec s'occupe aussi de produits dérivés du sang, à savoir la moelle osseuse et les tissus humains. Mais, moi, il y a une question qui me préoccupe beaucoup, et c'est, en fait : Est-ce que le ministre de la Santé et des Services sociaux pourrait regarder la possibilité d'élargir le mandat d'Héma-Québec pour que cet organisme, qui a fait ses preuves dans le traitement des produits sanguins, puisse aussi gérer un approvisionnement en lait maternel pour les grands prématurés… Oui?

Le Président (M. Bergman) : Dans une… On a une minute.

Mme Proulx : Oui, pour les grands prématurés ou même un approvisionnement... gérer l'approvisionnement du sang de cordon.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, vous avez une minute.

M. Hébert : M. le Président, puis-je demander à M. De Serres, le directeur général d'Héma-Québec, de faire une réponse brève?

Le Président (M. Bergman) : Alors, votre nom, votre titre, mais vous avez une minute seulement.

M. De Serres (Jean) : Bien, très rapidement, Héma-Québec est prêt, très bientôt, à commencer, à démarrer la banque de lait maternel. Il nous reste une modification qui nous permettrait d'avoir le droit, là, légalement, de faire... de le débuter. Mais, dès qu'on a le O.K., en quelques mois, la banque de lait maternel va être en place.

Mme Proulx : Et cette banque de lait maternel va être disponible un peu partout?

M. De Serres (Jean) : La banque de lait maternel, en fait, oui, elle serait disponible pour l'ensemble du Québec, et le fonctionnement se ferait à partir de d'autres fonctionnements qui se font déjà dans les produits sanguins, donc il n'y aura pas de création de nouveau laboratoire, et tout ça.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, la commission ajourne ses travaux à demain, mercredi le 13 février, après les affaires courantes, où elle poursuivra l'étude des crédits du volet Santé. Merci. Bonne soirée.

(Fin de la séance à 21 h 36)