



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 13 février 2013 — Vol. 43 N° 8

Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (4) : 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 mercredi 13 février 2013 — Vol. 43 N° 8

Table des matières

| | |
|-----------------------------|----|
| Santé | |
| Discussion générale (suite) | 1 |
| Documents déposés | 21 |
| Adoption des crédits | 52 |
| Documents déposés | 52 |

Intervenants

M. Lawrence S. Bergman, président

M. Réjean Hébert
Mme Suzanne Proulx
Mme Diane Gadoury-Hamelin
M. Yvon Marcoux
Mme Lucie Charlebois
M. Roland Richer
M. Yves Bolduc
M. Jean D'Amour
M. Ghislain Bolduc
Mme Hélène Daneault
Mme Danielle St-Amand
M. Sylvain Roy

- * M. Clermont Gignac, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Mme Michelle Rompré, idem
- * M. Jean Rodrigue, idem
- * M. Luc Castonguay, idem
- * M. Horacio Arruda, idem
- * M. Marc Giroux, Régie de l'assurance maladie du 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 mercredi 13 février 2013 — Vol. 43 N° 8

**Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (4) : volet Santé**

(Onze heures trente-quatre minutes)

Le Président (M. Bergman) : 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 poursuivre l'étude des crédits budgétaires du volet Santé relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2013-2014.

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

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

Le Président (M. Bergman) : Puisque nous avons débuté nos travaux à 11 h 34 et qu'une période de deux heures doit être consacrée à l'étude de ce volet ce matin, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit jusqu'à 13 h 34? Consentement? Consentement.

Avant de poursuivre nos travaux, je vous informe du temps imparti qu'il reste à chaque groupe parlementaire pour l'étude de ce programme : gouvernement, environ 2 h 13 min; opposition officielle, environ 2 h 18 min; deuxième opposition, environ 29 minutes.

Santé

Discussion générale (suite)

Lors de la suspension de nos travaux, hier soir, Mme la députée de Sainte-Rose avait la parole. Je vous invite donc de poursuivre votre intervention sur Héma-Québec. Alors, Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Bonjour, M. le Président. Alors, en fait, pour ce matin, je vais inviter ma collègue de Masson à prendre la parole.

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

Mme Gadoury-Hamelin : Bonjour, M. le Président, merci. Bonjour à nouveau à tout le monde, les collègues de l'Assemblée nationale. Il y a des nouvelles personnes qui sont là aujourd'hui, qui n'étaient pas là hier, alors je vous salue, membres de l'équipe ministérielle, également M. le ministre et tout le personnel qui est encore là, présent, pour nous supporter. Alors, on revoit des visages, alors merci d'être là.

Alors, moi, aujourd'hui, j'aimerais vous entretenir concernant les urgences, la situation dans les urgences. Pendant les 10 dernières années de la gouverne libérale, particulièrement les trois années où le ministre de la Santé a été... le ministre, pardon, de la Santé a été dirigé par l'ancien ministre Yves Bolduc, celui-ci a fait une de ses grandes priorités la meilleure gestion des urgences. Remédier à... à l'engorgement, pardon, des salles d'urgence était sa grande priorité. Malgré cela, les salles d'urgence de la plupart des grands centres hospitaliers de partout au Québec continuent d'être régulièrement débordées, et les médias se font aussi un devoir de nous le rappeler de façon régulière. On constate que la recette n'a donc pas fonctionné. Même les candidats à la chefferie libérale l'admettent désormais.

Et j'aimerais citer... je cite un article de M. Vincent Marissal, dans le journal *La Presse* du 28 janvier dernier, dans lequel on peut lire... c'est des propos qui ont été relatés suite... lors du quatrième débat des aspirants chefs du Parti libéral. Donc, on notait, dans cet article-là, que «MM. Bachand, Couillard et Moreau ont, en effet, passé une partie de l'après-midi d'hier à répéter à quel point leur gouvernement a échoué dans ce qui était pourtant la priorité absolue de leur ancien chef, la santé. Il faut saluer la franchise des trois anciens ministres, qui ont admis que le système de santé ne fonctionne pas — que les urgences débordent, que les Québécois n'ont pas de médecin de famille, etc. — et souligner leur prudence à ne pas promettre, cette fois, de remède universel aux maux de la santé. Mais ils dressent un constat d'échec lamentable sur les politiques de l'ère Charest.»

Alors, M. le ministre, quel est aujourd'hui votre plan pour désengorger les salles d'urgence au Québec, qui sont un problème pour plusieurs Québécois?

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

M. Hébert : Merci beaucoup, Mme la députée. Effectivement, je pense que la priorité du ministre précédent était ciblée sur les urgences, avec même une surveillance quasi quotidienne de ce qui se passait dans les urgences et des interventions, également, précises auprès des salles d'urgence. Alors, lorsqu'on regarde l'efficacité des mesures qui ont

été mises en place, force est de constater qu'il y a eu peu de progrès au niveau de la durée moyenne de séjour dans les urgences.

Je vais juste vous montrer un graphique qui montre qu'en cinq ans, en fait, la durée moyenne de séjour est passée de 17,1 heures à 17,3. En fait, il y a eu une augmentation et non pas une diminution. Et, quand on regarde santé mentale, bien là, c'est pire, la durée de séjour a augmenté suite aux interventions du ministre précédent. Et, quand on regarde les personnes de plus... de 75 ans et plus, vous voyez que la durée moyenne de séjour, vraiment, n'a pas diminué dans les urgences du Québec.

• (11 h 40) •

Et le ministre précédent s'était gardé même certaines régions qu'il suivait particulièrement, de façon personnelle : la région de Québec et la région de Montréal. Alors, vous pouvez regarder que l'influence du ministre précédent, dans la région de Québec, est à tout le moins chaotique, et même chose dans la région de Montréal, où les durées de séjour se sont détériorées au cours des cinq dernières années. Il faut dire également que les séjours de plus de 48 heures dans une salle d'urgence, là, ont passé de 6,4 % en 2008-2009 à 6,5 % en 2011-2012. Ça n'a pas diminué, ça a légèrement augmenté.

Alors, il faut constater, M. le Président, qu'il y a un échec de la stratégie précédente qui était ciblée sur les urgences. C'est vrai qu'il y a un problème dans les urgences, mais on a concentré nos énergies à l'urgence. Si le problème est à l'urgence, les solutions sont bien souvent à l'extérieur de l'urgence. Et c'est là-dessus que nous allons axer notre stratégie, en faisant en sorte que l'urgence ne soit pas le palliatif au manque de suivi en première ligne, que l'urgence ne soit pas un palliatif à l'absence de soins à domicile pour les personnes âgées.

Alors, notre stratégie, elle vise à dévier les patients qui pourraient recevoir des services ailleurs qu'à l'urgence dans des milieux où ils peuvent recevoir les soins qui sont appropriés, notamment les groupes de médecins de famille et les cliniques-réseaux, M. le Président, de façon à ce qu'on puisse assurer une augmentation dans la prise en charge des patients d'avoir un accès à la première ligne et aussi une augmentation des heures d'ouverture des GMF et des cliniques-réseaux.

On s'aperçoit, M. le Président, que, quand on regarde la performance des GMF, il y a 43 % des GMF qui n'ouvrent pas la fin de semaine, alors que c'est marqué dans leur contrat, alors qu'on paie pour ça, M. le Président. Il y a 43 % des GMF qui n'ouvrent pas la fin de semaine. Qu'est-ce qu'il reste à ces patients-là pour être capables d'avoir des soins? Bien, il reste de se rendre à l'urgence.

Et donc on a concentré vers l'urgence l'ensemble de la réponse de la première ligne. C'est ce que j'appelle l'effet centripète. Et on a tellement bien réussi, M. le Président, que plus de la moitié des patients... en fait, 62,4 % des patients qui se présentent à l'urgence sont des patients classés P4 ou P5, donc des gens qui n'ont pas un problème nécessitant vraiment une consultation à l'urgence et qui pourraient recevoir leurs soins dans des cliniques-réseaux, dans des GMF. Alors, ce qui est important, M. le Président, c'est qu'on puisse arrêter cet effet centripète, arrêter cette augmentation continue des patients P4, P5, donc des patients qui ont des problèmes non urgents, pour que l'urgence joue vraiment son rôle de traiter des gens pour qui on doit avoir des services spécialisés et des services, des interventions urgentes.

Alors, il faut donc avoir une intervention en amont dans les groupes de médecins de famille, mais il faut aussi en santé mentale, parce que je vous le montrais tout à l'heure, la durée moyenne de séjour est tout à fait préoccupante en santé mentale. Il faut être capable d'avoir des équipes de suivi intensif dans le milieu, en santé mentale, pour justement faire en sorte que les patients de santé mentale ne se ramassent pas à l'urgence faute d'avoir un suivi intensif. Et je disais hier, lors de la discussion sur la santé mentale, que le plan d'action en santé mentale n'avait pas vraiment réussi ses objectifs, n'avait pas vraiment atteint ses cibles au niveau du suivi intensif en santé mentale.

Il faut aussi travailler sur après. Et après, bien, comme je le disais hier, c'est les soins à domicile, les soins à domicile pour les personnes âgées, de façon à ce que les personnes âgées n'aient pas... d'autre option que d'attendre un lit de CHSLD en utilisant un lit d'hôpital. Et, si on libère ces lits d'hôpitaux, bien, ça fera autant de patients qui pourront être hospitalisés suite à leur consultation à l'urgence.

Mais il y a également, M. le Président, des interventions qu'on doit faire sur l'hôpital lui-même, parce que ce n'est pas vrai que c'est seulement l'urgence qui doit absorber l'ensemble du surplus de patients d'un hôpital. Il faut aussi faire des interventions pour qu'à l'hôpital il y ait des actions concrètes. Il y a un guide de gestion, M. le Président, qui prévoit qu'avec 120 % d'occupation, avec 150 % d'occupation, il y a des mesures qui doivent se mettre en place, mais il n'y a pas de mesure précise, contraignante.

Et l'une de ces mesures — et j'en discutais justement il y a quelques semaines avec les deux associations de médecins d'urgence — c'est de demander aux hôpitaux d'être en surcapacité, que la surcapacité ne soit pas juste à l'urgence, mais sur l'ensemble de l'hôpital, de façon à répartir le risque à l'ensemble de l'hôpital et ne pas concentrer les risques sur l'urgence, sur le personnel de l'urgence, sur les médecins qui doivent travailler à l'urgence. On pourrait être en mesure d'avoir une approche beaucoup plus sécuritaire pour les patients si on avait des standards de surcapacité qui se mettent en place lorsque l'urgence déborde, M. le Président.

Ces surcapacités-là doivent être également utilisées en aval, dans les centres d'hébergement, dans les centres de réadaptation, pour s'assurer que, lorsqu'une urgence ou lorsqu'un établissement est aux prises avec un débordement de sa salle d'urgence, on puisse mettre à contribution les autres établissements du réseau pour régler l'aval de l'hôpital, c'est-à-dire l'admission en réadaptation et l'admission en centre d'hébergement.

Il y a aussi, là, du travail à faire pour que ces établissements contribuent à faire en sorte que l'urgence ne soit plus, M. le Président, le palliatif à l'incapacité de l'ensemble du réseau d'être capable d'avoir une première ligne efficace et d'être capable de faire en sorte que les malades qui ont terminé leur traitement actif à l'hôpital puissent trouver, soit dans les soins à domicile, soit en hébergement, soit dans les centres de réadaptation, des services appropriés et des services en temps approprié, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Maintenant, l'opposition officielle pour un bloc de 20 minutes. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux : Oui, merci, M. le Président. M. le ministre, M. le sous-ministre, collègues parlementaires. Alors, M. le Président, la région de Vaudreuil-Soulanges, que ma collègue de Soulanges et moi représentons, comptait, en 2012, 143 000 de population, selon la direction de la santé publique de l'agence de Montérégie, et cette population était, en 2001, de 104 000 personnes, donc a connu une croissance démographique exceptionnelle. Selon toutes les prévisions, la population atteindra au moins 175 000 de population d'ici cinq ou six ans maximum. Et je pense que nous sommes à peu près le seul territoire au Canada de plus de 125 000 habitants qui n'a pas d'hôpital.

Devant l'engorgement du centre hospitalier du Suroît et du Lakeshore, qui sont les deux principaux hôpitaux où vont nos patients, de plus en plus de patients de notre région vont fréquenter des hôpitaux en Ontario, notamment à Hawkesbury, mais aussi à Alexandria, parce qu'ils sont à proximité.

À l'automne 2009, un comité de citoyens s'est formé et a recueilli 43 000 signatures de citoyens de toute la région demandant un hôpital pour desservir notre population. En septembre 2010, l'agence de santé de la Montérégie, après analyse, a adopté une résolution supportant la construction d'un hôpital dans Vaudreuil-Soulanges. En décembre 2010, le sous-ministre du ministère informait l'agence que le ministère avait statué sur la reconnaissance des besoins eu égard à la construction d'un hôpital dans Vaudreuil-Soulanges et autorisait l'agence, avec le centre de santé, à initier un dossier de présentation stratégique dans le cadre de la politique de gouvernance des grands projets. Il indiquait que les démarches pourront se poursuivre pour la localisation d'un site éventuel dans la région.

À partir de ce moment, tous les intervenants concernés, et notamment la MRC et le centre de santé, ont travaillé ensemble avec des représentants de l'agence de la Montérégie et le ministère, qu'ils ont... Ils ont fait plusieurs rencontres pour préparer le dossier de présentation stratégique, initier le dossier d'affaires initial. D'ailleurs, dans son rapport annuel 2011-2012, l'agence de la Montérégie réitère, à la page 29 de son rapport annuel, ceci — je cite : «Un nouvel hôpital est prévu pour le réseau local de santé de Vaudreuil-Soulanges. La construction d'une structure hospitalière demeure la seule option envisageable si l'on veut assurer un accès de proximité aux soins et services hospitaliers à la population [...] de Vaudreuil-Soulanges.» Fin de la citation.

Et, dans une lettre du 16 janvier 2013 adressée aux préfets de la MRC, l'agence indique qu'il s'agit toujours d'une priorité. On nous informe d'ailleurs que la MRC et les autres intervenants se seraient entendus sur des choix de sites et attendent une décision du ministère, parce que, vous savez, une fois la localisation arrêtée, beaucoup de travail reste à faire sur le plan des études d'impact sur l'environnement, sur le plan des accès, sur le plan de la conformité avec la réglementation, d'autant plus que notre région, une bonne partie de notre région, est incluse dans le Plan métropolitain d'aménagement, le PMAD. Et je pense qu'il est important que les autres aspects du dossier, également, de présentation stratégique continuent, notamment la définition du plan clinique, le PFT, également quelle va être la dimension de cet hôpital-là, combien de lits, puis les services qui y sont offerts en complémentarité avec les autres hôpitaux.

Et, M. le ministre, je voudrais vous dire que certains commentaires, semble-t-il, que vous auriez faits — mais, je dis, c'est peut-être que c'est inexact — laissaient entrevoir que vous devriez encore analyser les besoins d'un hôpital pour Vaudreuil-Soulanges, ont semé, vous le comprendrez, une énorme inquiétude dans toute notre population. Donc, M. le ministre, au nom de notre population, est-ce que vous pouvez dire aujourd'hui aux gens de Vaudreuil-Soulanges que le travail amorcé pour la planification et la préparation de tout ce dossier de construction d'un hôpital, incluant, c'est bien sûr, le choix d'un site, va se poursuivre tel que prévu?

• (11 h 50) •

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

M. Hébert : M. le Président, les besoins de la population de l'ouest de l'île de Montréal, à l'ouest de l'île et non pas du West Island, ne sont pas à démontrer. Il y a plusieurs études qui montrent qu'il y a une évolution très importante de la démographie dans ce secteur et qu'il y a des besoins de santé qui actuellement doivent trouver réponse, à Montréal, dans d'autres établissements.

Par contre, contrairement à mon prédécesseur, je ne ferai pas d'annonce à moins que nous ayons attaché et prévu un financement approprié pour supporter ces annonces-là. C'est ce que j'ai indiqué. Ce qui ne veut pas dire qu'on ne travaille pas pour préparer des besoins et préparer une réponse aux besoins. Et actuellement la pertinence, la reconnaissance du besoin a été confirmée au niveau du ministère, et les autorités de l'établissement et de l'agence travaillent sur un dossier de présentation stratégique qui va être discuté et soumis au ministère, et c'est dans la lignée de la préparation d'une infrastructure majeure, une infrastructure hospitalière pour desservir la région de Vaudreuil-Soulanges.

Toutefois, dans l'intervalle, il faut rendre des services à cette population-là, et nous avons mis en place des stratégies en faisant intervenir d'autres établissements qui sont à la périphérie et qui peuvent contribuer à l'offre de service. Nous travaillons actuellement à bonifier l'offre de service de l'hôpital du Suroît, qui est en périphérie de la région de Vaudreuil-Soulanges; nous travaillons à bonifier l'offre de service de l'hôpital Lachine, dont on a parlé hier, ça fait partie également de la stratégie; et il y a l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, qui va nous être transféré du fédéral et pour lequel il pourrait y avoir une contribution à desservir non seulement les personnes de l'île de Montréal, mais aussi les personnes qui habitent à l'ouest de l'île de Montréal, particulièrement au niveau des services gériatriques, M. le Président.

Mais, dans l'intervalle, pour Vaudreuil, il y a un projet, que nous appuyons, de centre ambulatoire pour la région de Vaudreuil-Soulanges et dans lequel nous investirons 2 millions de dollars en frais de fonctionnement et 2 millions de dollars en location d'espaces au cours de la prochaine année financière pour être en mesure d'améliorer l'offre de service ambulatoire pour la population de cette région-là.

Je mentionnais également que, dans la construction des grands hôpitaux de Montréal, il y avait toute une réflexion qui était en cours pour transférer un certain nombre d'activités qui sont actuellement réalisées dans les hôpitaux de Montréal vers le 450, vers la couronne de Montréal, et ces travaux-là touchent également le secteur de Vaudreuil-Soulanges pour que nous puissions avoir une offre de service qui est plus à proximité de la population.

Alors, l'ensemble de ces travaux-là sont actuellement en cours, continuent, M. le Président, et je rassure le député, mais nous n'annoncerons pas un hôpital à Vaudreuil tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas les moyens de pouvoir le financer et tant et aussi longtemps que le plan quinquennal ne nous permettra pas de pouvoir assurer son financement. Dans l'intervalle, on continue à travailler sur le projet, et les équipes du ministère, en collaboration avec les équipes de l'établissement et de l'agence, continuent à faire avancer ce projet-là, M. le Président.

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

M. Marcoux : Oui, merci, M. le Président. Merci, M. le ministre. En tout respect, je comprends, là, ce que vous mentionnez, mais je ne pense pas que ce soit l'hôpital de Lachine, là, qui nous aide, dans le fond, pour notre population. Ça, je pense, c'est vraiment, là, une... peut-être 1/10 de 1 %. C'est la même chose, dans le fond, pour l'hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue. Je pense que ce n'est pas dans la perspective pour les soins de première ligne.

Et donc je comprends que, pour un projet comme celui-là, comme tout autre grand projet, ça prend un temps de préparation qui est important, et c'est sûr que ça n'implique pas des déboursés pour la construction demain matin. Et je pense que tout le monde reconnaît que, pour un projet comme celui-là, ça prend un temps de préparation de un an et demi à deux ans au moins, O.K., quand vous prenez, là... si on commence aujourd'hui, avec tout ce qu'il y a à faire, la définition du plan clinique, la localisation, puis vous savez qu'il y a beaucoup de contraintes dans la localisation pour les raisons que je vous ai exprimées. Donc, ma question, c'est : Est-ce que vous pouvez, M. le ministre, assurer la population de Vaudreuil-Soulanges que le travail de préparation, qui a été initié sur les différents plans qui sont mentionnés par l'agence et qui ont été mentionnés d'ailleurs par le sous-ministre, va continuer d'évoluer? Parce qu'autrement ça n'arrivera jamais, l'hôpital, ça va prendre 30 ans.

On peut toujours dire... Et donc ça ne prend pas des fonds, demain matin, importants, là, pour faire ce travail de préparation, et je pense que c'est la même chose dans tous les grands projets. Donc, on n'inscrit pas, là, que ça va coûter plusieurs millions demain matin, mais, si on ne commence pas à préparer... parce que le cadre de gestion est rigoureux, et ça, c'est important pour bien estimer les coûts également. Il me semble qu'il faut continuer ce travail de préparation qui a été entamé, auquel collaborent tous les intervenants. Et moi, M. le ministre, c'est ce que je vous demanderais, de confirmer à notre population que ce travail-là, il va continuer pour être prêt, justement, pour construire l'hôpital quand le temps viendra et dans un échéancier. Puis, on comprend, ça ne se fait pas en deux ou trois ans, là, tout le projet. Et c'est ça que je vous demanderais, M. le ministre.

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

M. Hébert : Alors, M. le Président, il me fait plaisir de confirmer encore une fois que les travaux se poursuivent en vue de doter cette population de services hospitaliers adéquats, et les travaux vont se poursuivre. On est à l'étape du DPS, du dossier de présentation stratégique, et on continue les travaux. Il y a même un comité interministériel qui travaille sur le choix du site éventuel et qui devrait terminer ses travaux à la fin mars. Alors, tout se poursuit. Je tiens à vous rassurer, à rassurer le député, à rassurer la population que ces travaux-là se poursuivent.

Mais, en attendant, je voudrais aussi dire à la population qu'on a des stratégies transitoires. Avant d'avoir un hôpital dans lequel on va pouvoir accueillir les patients, il y a des stratégies transitoires qui font intervenir le centre hospitalier du Suroît, où il y a des budgets supplémentaires qui vont être octroyés, justement, pour desservir la clientèle de Vaudreuil-Soulanges et, comme je le disais tout à l'heure, un centre ambulatoire qui va ouvrir ses portes dans Vaudreuil-Soulanges et pour lequel nous investissons 4 millions de dollars, 2 millions en location, 2 millions en frais de fonctionnement.

Et également, et je voudrais corriger un petit peu ce que le député a mentionné tout à l'heure, l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, ce n'est pas juste un hôpital où on entrevoit une vocation de longue durée, M. le Président. On entrevoit, pour cet hôpital, des services gériatriques pour la population de l'ouest de l'île de Montréal et de la région de Vaudreuil-Soulanges. Alors, les personnes âgées pourront trouver à l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue des services gériatriques actifs et de réadaptation dont, je pense, ils ont besoin également. Alors, c'est aussi une mise à contribution d'un autre établissement du réseau qui pourrait participer aux mesures transitoires jusqu'à ce qu'on puisse avoir un hôpital pour cette partie-là du Québec, M. le Président.

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

• (12 heures) •

M. Marcoux : J'aurais une dernière demande à faire au ministre. M. le ministre, vous savez qu'il y a plusieurs groupes... Je pense que vos collaborateurs, en tout cas s'il y a des gens de l'agence, ils le savent, là, il y a plusieurs personnes qui ont travaillé ensemble, avec tous les intervenants sur le plan de la santé, en collaboration aussi avec les deux députés. On a, comme représentants de la population, travaillé avec eux, on continue de travailler avec eux et continue aussi de mettre beaucoup d'espoir, de travailler très fort dans ce dossier-là.

Et est-ce que, donc, vous accepteriez — c'est une demande que je vous fais, là, au nom de la population, avec ma collègue, M. le ministre — vous-même de rencontrer, mettons, d'ici un délai de quatre semaines, avec nous, les deux députés, les représentants de tous les intervenants de la région, soit les représentants de la MRC, des villes de

Vaudreuil-Dorion et Saint-Lazare, du centre de santé et de services sociaux, du comité de citoyens qui suit ce dossier-là, avec des représentants de l'agence et également du ministère, comme l'a fait à plusieurs reprises, en tout cas à un certain nombre de reprises, votre prédécesseur, afin de nous expliquer à tous, pas seulement à nous, mais à tous les intervenants, de façon claire, ce que vous entendez faire finalement. Où, pour vous, est rendu ce dossier-là? Quelles sont les principales... les prochaines étapes de planification et de préparation pour en arriver à un dénouement, là, qui permettra justement de bien desservir les gens de Vaudreuil-Soulanges. Alors, moi, je vous le demande, M. le ministre, au nom de la population que nous représentons, puis je pense que ce serait important, pour tous les groupes impliqués puis pour la population, d'avoir l'heure juste, là, où c'est rendu — ça fait un petit bout de temps — puis dire : Voici, puis, comme, où est-ce qu'on s'en va. Alors, je vous le demande, M. le ministre, au nom des groupes, au nom de ma collègue et au nom de la population, de pouvoir faire ça avec vous-même et les personnes que vous choisirez.

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

M. Hébert : Alors, M. le député, je vous remercie d'abord de cette invitation, que j'accepte avec plaisir. J'ai commencé à faire la tournée des agences du Québec. J'ai rencontré, d'ailleurs, l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie, où on a discuté, entre autres, de la desserte de services de santé pour la région de Vaudreuil-Soulanges. Alors, il me fera plaisir d'aller sur place. Je fais aussi la tournée des établissements, et, dans ce contexte-là, ça me fera plaisir d'aller sur place, de rencontrer les personnes et de pouvoir expliquer les étapes nécessaires à la réalisation de ce projet, et surtout de pouvoir leur dire quelles sont les mesures transitoires qui vont être mises en place pour assurer des services de qualité à la population de Vaudreuil-Soulanges.

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

Mme Charlebois : Alors, merci, M. le Président, et je veux profiter de l'occasion pour saluer tous les gens du ministère, vous, particulièrement, M. le ministre de la Santé, les gens qui vous accompagnent, les collègues de l'Assemblée nationale aussi, et saluer mon collègue le député de Jean-Talon, qui est votre porte-parole en matière de santé et de services sociaux.

Alors, moi, je viens en complément. Comme vous le savez, ces dossiers, le député de Vaudreuil vous en a fait part, on les travaille ensemble puisque ça touche une même MRC. Les soins de santé... Chez nous, on a la MRC de Vaudreuil-Soulanges, on a la même commission scolaire, la commission scolaire des Trois-Lacs, on est tricotés, tissés serrés, Vaudreuil-Soulanges, puis on doit travailler ces dossiers-là ensemble. Et évidemment vous n'êtes pas sans savoir que ça fait aussi une force de travailler les projets de façon commune.

Je ne veux pas reprendre tous les propos de mon collègue parce que je pense que, vous, il vous a bien exposé, en fait, l'urgence du besoin, que ce soit pour l'hôpital... Et vous avez même dit de vous-même, vous reconnaissez les besoins puis vous êtes même allé jusque dans mon questionnement concernant le centre ambulatoire. Mais je vais certainement profiter de l'occasion juste pour vous sensibiliser un petit peu à vous dire que maintenant on est 143 000 de population à Vaudreuil-Soulanges, et qu'on a une croissance prévue, selon Statistique Canada, à 175 000 d'ici 2020 — c'est demain, ça — et selon ce que j'en sais, les prévisions de croissance sont toujours sous-estimées pour Vaudreuil-Soulanges. Chez nous, on fait des bébés puis on accueille des nouveaux arrivants en masse.

Alors, le ratio de médecins pour Vaudreuil-Soulanges est actuellement de un médecin par 3 250 citoyens, personnes; en Montérégie, c'est un médecin par 1 925 personnes; au Québec, c'est un médecin pour 1 800. Vous comprenez que l'histoire du centre ambulatoire, du virage transitoire, de tout ce qu'il y a à prévoir pour nous mener au centre hospitalier... Parce que, même si vous nous disiez aujourd'hui : On annonce le centre hospitalier, puis je mets les budgets aujourd'hui, bien, ça ne se fera pas en criant «zingo», là, il va falloir prévoir des mesures de transition, ce que vous me... vous avez semblé dire que vous êtes déjà là-dedans.

Ces mesures transitoires, le centre ambulatoire, vont permettre de faire une attraction pour attirer des nouveaux médecins. En ce moment, chez nous, les médecins, ça ne leur tente pas de venir. Vous êtes un médecin, vous savez très bien que les médecins aiment ça travailler avec de l'équipement puis avec des services à offrir. Vaudreuil-Soulanges, on est comme le parent pauvre du Québec — j'allais dire de la Montérégie, mais je vais vous dire, c'est au Québec. Pour la croissance de population qu'on a versus les services qu'on a, ça devient urgent. Je ne peux pas vous dire combien de fois je rencontre des gens, notamment des personnes âgées, qui sont vraiment inquiets; ils n'ont pas de médecin de famille. Il y a plus de 40 % de la population chez nous qui n'a pas de médecin de famille. Il y a des gens qui ne sont pas capables de faire compléter leurs formulaires parce qu'ils n'ont pas de médecin de famille. Ils vont dans les cliniques sept jours, sept jours disent : Ce n'est pas nous autres qui faisons ça. Bref, ça crée toutes sortes de problématiques, et je suis certaine que vous êtes déjà au fait de tout ça.

L'agence de santé travaille avec le centre de services, le CSSS de Vaudreuil-Soulanges, pour le développement de services, et vous en êtes conscient, j'en suis convaincue. Quand vous avez mentionné tantôt la réponse pour la demande aux soins chez nous, que les gens allaient vers Montréal, oui, en partie, mais je peux vous dire qu'il y a beaucoup de notre population non seulement qui va à Hawkesbury, mais qui va à Cornwall, Alexandria, ils regardent partout. J'ai même de la population qui m'a dit — je n'ai pas vérifié s'ils l'avaient fait encore, et j'espère que non, je veux qu'on garde nos Québécois au Québec : On pense déménager pour obtenir des soins de santé convenables.

L'hôpital du Suroît, dont vous avez fait mention — je suis tout à fait d'accord avec vous, et d'ailleurs votre prédécesseur en avait fait déjà état — a besoin d'une mise à niveau. L'hôpital du Suroît a été construit pour 55 000 personnes. Juste chez nous, je vous l'ai dit tantôt, on est 143 000, à part de la population qui est à Salaberry-de-Valleyfield.

C'est clair que notre manque fait en sorte que les hôpitaux autour, que ce soit Lakeshore, que ce soit le Suroît, que ce soit Anna-Laberge, ça déborde, ça refoule. Pour l'avoir expérimenté moi-même, je vous dis, ça refoule, puis c'est parce qu'on n'a pas l'installation. Si nous avions notre hôpital, ça permettrait aux autres établissements de bien servir leur propre population.

Alors, ce que je veux aussi vous sensibiliser, c'est que, chez nous, il y a deux enjeux importants. Puis ce n'est pas partout au Québec qu'on vit ça comme ça, mais, chez nous, on a une population qui est vieillissante. Le vieillissement de la population dans Vaudreuil-Soulanges est — je ne sais pas comment le dire — plus rapide qu'ailleurs. Ce n'est pas parce que le monde vieillissent plus vite, c'est parce qu'on a une courbe de croissance plus accentuée, puis, bon, on a une population qui vieillit, et on a, en même temps, un taux de naissance élevé. Seulement pour Vaudreuil-Soulanges, en 2007, 1 642 naissances, et 64 % des naissances se sont faites dans des hôpitaux de Montréal, 36 au Suroît, 36 %.

Vous pouvez constater, déjà là, c'est des dynamiques différentes qui nécessitent des soins de première ligne, deuxième ligne, évidemment différents, mais qui sont en complémentarité. Puis il est évident que, si on pense au vieillissement de la population... Ma mère, qui est toujours avec nous autres, elle regarde ses arrière-petits-enfants puis elle est contente, mais on vit... Juste pour votre information, chez nous, ça peuple, il y a quatre petits bébés. Il y en a trois déjà arrivés puis il y en a un au four, qui est sur le point d'arriver. Mais ça, c'est une famille typique de Soulanges, mais je vous dirai que c'est comme ça à la grandeur de Vaudreuil-Soulanges. Chez nous...

Une voix : ...

Mme Charlebois : C'est dans l'eau, c'est ça. On aime ça, les enfants. Mais on garde nos parents avec nous en raison de toutes nos améliorations d'habitudes de vie.

Alors, je viens au sujet : le projet de clinique ambulatoire, c'est un regroupement de cinq cliniques, vous devez être au courant. En ce moment, il y a cinq espaces qui donnent des services de CLSC sur différentes adresses à Vaudreuil-Dorion. Écoutez, quand on veut aller, là, on dit : Une prise de sang, c'est à quelle? C'est-u 412? C'est-u 401? On ne sait plus où on va. Ça n'a aucun bon sens.

Non seulement ça, quand il y a de la vaccination, on manque de vaccins. Il faut retourner au centre de... à la base, aller chercher d'autres... Ça a zéro bon sens parce qu'il y a une perte d'efficacité, il y a des coûts qui se rattachent à ça, il y a la gestion des ressources humaines. Bref, vous le savez sûrement, les baux de tous ces emplacements-là, des cinq emplacements... On a 11 sites dans Vaudreuil-Soulanges, on veut en regrouper cinq. Je vous explique pourquoi les six autres, on ne veut pas les regrouper. Ils sont dans mon territoire, principalement. Il y en a aussi dans le territoire de Vaudreuil, qui sont plus à l'extrême, notamment à L'Île-Perrot, je crois, ou Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, mais pour ce qui est de chez, c'est Coteau-du-Lac, Saint-Polycarpe, c'est dans les populations rurales où le territoire est vaste. Les cinq qui sont concentrés à Vaudreuil-Dorion, on voudrait bien les voir ensemble, parce que, de toute façon, il va y avoir une récupération des coûts de location éparpillée, il y aura une élimination des coûts de déplacement, une meilleure gestion des ressources humaines. Tu sais, au lieu d'avoir cinq réceptionnistes sur cinq sites différents, on en aura une, mais les autres pourront être réaffectées à des tâches pour rendre plus optimaux les services de santé.

Bref, je vous entends me parler du plan transitoire — vous avez parlé de ça tantôt — je veux vous entendre davantage, mais je veux que vous me rassuriez, mais rassurez la population que le plan transitoire, qui fait l'unanimité des intervenants... D'ailleurs, on avait une lettre de l'agence de santé, dont je n'ai plus devant moi, qui confirmait que le projet de clinique ambulatoire regroupé en un immeuble est en cours actuellement — mais vous l'avez dit vous-même tantôt — l'appel d'offres pour la location des nouveaux locaux a été complété, les recommandations de l'agence ont été acheminées au ministère en décembre. Nous attendons l'autorisation et, ce qui nous fatigue un peu, dans le sens «impatience», c'est que les baux se terminent en septembre 2014. Il faudrait comme commencer à prévoir toute la construction en vue de location, là, comme vous le mentionniez tantôt, printemps. Mais, pour ça, il faut une décision ministérielle. Je vais respecter le fait que vous voudriez venir l'annoncer d'ici quatre semaines, quand vous allez rencontrer les intervenants, mais...

• (12 h 10) •

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : En terminant, s'il vous plaît.

Mme Charlebois : Mais tout ça pour vous dire que ça devient urgent, M. le ministre, que vous donniez un signal clair à la population de Vaudreuil-Soulanges pour les rassurer, mais que vous donniez aussi un signal clair au personnel qui oeuvre dans le Centre de santé et de services sociaux de Vaudreuil-Soulanges, qui sont essouffés, qui travaillent dans des espaces qui n'ont aucun sens. Alors, je vous demande votre collaboration là-dedans et j'attends votre réponse.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, pour une très courte réponse, s'il vous plaît.

M. Hébert : Oui, bien, écoutez, effectivement, il faut améliorer l'offre de service dans Vaudreuil-Soulanges, et actuellement cinq GMF aussi, là, qui sont à Vaudreuil-Soulanges. Le plan d'action du développement des GMF va également profiter à ces cinq GFM là. Comme vous le savez, on va bonifier l'offre de service dans les GMF en ajoutant des ressources professionnelles. Il y a déjà des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. Il y aura du personnel supplémentaire qui va être ajouté, notamment d'autres professionnels de la santé, comme nutritionnistes, intervenants psychosociaux, pour venir aider les groupes de médecins de famille à améliorer et à bonifier l'offre de service de façon à ce qu'on puisse faire en sorte que la population de Vaudreuil-Soulanges ait accès aux médecins de

famille et qu'on augmente le pourcentage de la population qui est inscrite à un GMF et qui est inscrite à un médecin de famille.

Parallèlement à ça, bien sûr, il y a le recrutement médical. Alors, comme vous le savez, on a des plans d'effectifs médicaux qui tiennent compte des besoins des régions. Et les besoins sont surtout localisés dans la couronne autour de Montréal actuellement, et c'est ces régions-là qui sont priorisées au niveau des plans d'effectifs médicaux, qui tiennent compte aussi des départs à la retraite des médecins. Et il y a des plans d'effectifs. Il y a 42 médecins omnipraticiens qui ont été ouverts, 42 postes de nouveaux facturants qui ont été autorisés pour la Montérégie, et l'agence est très active pour répartir en Montérégie ces médecins-là.

Il y a un problème spécifique, dans Vaudreuil-Soulanges, d'attraction des médecins, parce que, bien qu'il y ait des postes, souvent c'est difficile d'aller recruter les médecins. Et il y a un plan d'action qui est en train de se mettre sur pied entre le département régional de médecine générale et l'agence pour être capables d'améliorer l'attractivité de la région de Vaudreuil-Soulanges, pour être capables de combler les postes qui sont actuellement octroyés.

Le centre ambulatoire, dont j'ai fait mention tout à l'heure, je ne suis pas sûr — et là je vais faire les vérifications — qu'on va régler le problème des cinq points de service, là, je ne suis pas certain que c'est inclus là-dedans.

Une voix : ...

M. Hébert : C'est inclus là-dedans? Alors, bon, ça, ça va régler une partie du problème. Mais nous, ce qu'on veut, c'est qu'il y ait des nouveaux services à la population. Et c'est ça qu'on va rajouter. Ce n'est pas juste de mettre les cinq ensemble, mais il y a 2 millions de plus pour ajouter des services à la population et rendre...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

M. Hébert : ...plus attractif Vaudreuil-Soulanges pour des médecins parce que, comme vous l'avez dit, on attire des médecins avec une infrastructure qui leur permet de travailler de façon efficace.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. M. le député d'Argenteuil, pour un bloc de 16 minutes.

M. Richer : Merci, M. le Président. Alors, M. le ministre, je voudrais saluer également le personnel politique et le personnel du ministère, les collègues, et particulièrement ceux qui se sont ajoutés à nous ce matin.

Alors, M. le ministre, hier, dans votre préambule, après avoir annoncé le thème sur la prévention, vous avez rapidement insisté sur la nécessité d'une première ligne efficace. Et, pour y arriver, vous avez parlé de la création des GMF. Alors, j'anticipe déjà de voir l'urgence de mon CSSS désengorgée. Donc, on peut penser que le projet d'amélioration de l'accessibilité des services de première ligne passera, sera rendu possible par l'organisation de services autour des groupes de médecine familiale. Mais, quand on parle d'accessibilité, M. le ministre, on parle souvent d'accessibilité lors des heures dites défavorables : les soirs, les fins de semaine. Pourtant, beaucoup, actuellement, beaucoup de ces GMF sont fermés le soir, les fins de semaine et, chez moi, c'était même fermé à l'époque de Noël et du jour de l'An.

Alors, M. le ministre, vous avez déjà touché cette situation un petit peu dans une des questions précédentes, mais j'aimerais savoir comment vous comptez remédier, d'abord, quant au manque de GMF. J'aimerais savoir comment ça va, la mise en place des GMF : Combien il y en a? Est-ce qu'il y en a dans toutes les régions? Comment c'est structuré? Y a-t-il des incitatifs à créer des GMF ou à joindre un GMF pour les médecins? Mais j'aimerais également que vous précisiez... un complément de réponse en ce qui est une question qui m'inquiète un peu concernant l'accessibilité.

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

M. Hébert : Merci beaucoup, M. le député d'Argenteuil. Les groupes de médecin de famille, on se rappellera, c'était une recommandation de la commission Clair pour être capables de mieux articuler l'offre de première ligne à la population québécoise. Les groupes de médecins de famille sont un modèle qui a été évalué au cours des 10 dernières années, et ces évaluations montrent que c'est un modèle qui est efficace et que c'est un modèle qui, vraiment, améliore l'accès à la première ligne et améliore la qualité des services à la population.

Actuellement, on a 250 GMF qui sont accrédités. Il y en avait 244 au mois d'août. Alors, en six mois, il y a eu une progression importante du nombre de GMF, et on a 17 projets actuellement qui sont en préparation un peu partout au Québec dans les différentes agences. Et notre objectif, d'ici la fin de l'année financière, d'ici le 31 mars, ce serait qu'il y en ait 23 nouveaux, GMF, qui puissent être soit sur le point d'être accrédités ou encore accrédités. Actuellement, il y a plus de la moitié des médecins au Québec qui pratiquent en GMF, et nous souhaiterions augmenter ce nombre de médecins pratiquant en GMF jusqu'à des taux de 70 % à 75 %.

Un GMF, c'est un investissement, hein, de la part du gouvernement du Québec. Au total, on investit 134 millions de dollars par an dans les GMF. La moitié... presque la moitié va à la rémunération des médecins, parce qu'il y a des forfaits particuliers pour les médecins qui pratiquent en GMF, et le reste pour être en mesure d'apporter des services de soutien, d'apporter des ressources professionnelles aux GMF et de pouvoir soutenir l'implantation du dossier médical électronique, comme on le mentionnait hier.

En moyenne, il faut à peu près 400 000 \$ par GMF par an. C'est ce que donne l'État pour financer, soutenir un GMF. 400 000 \$ par an, c'est un montant substantiel, vous en conviendrez, M. le Président. Il faut donc s'assurer que le contrat qu'on passe avec les GMF soit respecté. Or, ce qu'on constate, c'est qu'il y a 40 % des GMF, M. le Président, qui

n'atteignent pas les cibles d'inscription qui étaient convenues dans le contrat. On paie 412 000 \$ par année et on ne livre pas les cibles d'inscription qui étaient entendues lors du contrat qu'on a signé avec ces groupes de médecins de famille.

Pire, M. le Président, et pour répondre à la question du député d'Argenteuil, 43 % des GMF actuellement au Québec ne sont pas accessibles la fin de semaine, M. le Président, alors que c'est spécifiquement dans le contrat qu'ils doivent ouvrir 68 heures par semaine, dont huit heures le samedi puis huit heures le dimanche, M. le Président. Ce n'est pas rempli dans l'entente contractuelle, actuellement, dans 43 % des GMF. Et il y en a même qui signent des ententes pour que la couverture soit faite par l'urgence. Alors, non seulement ils ne font pas le travail d'assurer une ouverture, mais ils déplacent les patients vers l'urgence. Et c'est ce que j'expliquais tout à l'heure, ça additionne l'effet centripète qu'on observe dans beaucoup d'urgences au Québec, où ils reçoivent des clients qui auraient dû être vus par des groupes de médecins de famille ou des cliniques-réseaux.

Ce qu'on constate, c'est que les GMF ont été gérés à la petite semaine, au cas par cas, dans chacune des régions et qu'on n'a pas tenu une rigueur dans l'observance des obligations contractuelles dans les GMF. Et je pense qu'il faut, lorsqu'on investit plus de 400 000 \$ par année dans un GMF, être capables d'avoir en retour les obligations qu'on avait convenues en termes de nombre de patients inscrits et également d'heures d'ouverture. Et c'est ce que nous allons faire, M. le Président. J'ai déjà eu une discussion avec le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le Dr Godin, là-dessus, et nous sommes tous les deux du même avis qu'il est temps que nous puissions resserrer la gestion des GMF de façon à s'assurer que l'argent des contribuables qu'on investit dans les GMF produise les résultats escomptés en termes de nombre d'inscriptions et en termes d'ouverture pour rendre accessibles les GMF en dehors des heures habituelles, le jour, pour qu'ils soient accessibles le soir et les fins de semaine également.

• (12 h 20) •

Alors, nous allons travailler, en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens, à un cadre de gestion, un cadre de gestion qui va réaffirmer les obligations contractuelles des GMF, qui va assouplir, pour certains GMF, les obligations d'inscription.

Actuellement, comme vous le savez, M. le Président, pour être un GMF, il faut avoir au moins une cible d'inscription de 9 000 patients. On va établir une catégorie pour 6 000, bien sûr, en diminuant le financement pour ces gens-là, mais ça va nous permettre de financer des GMF dans des secteurs où c'est plus difficile d'atteindre le minimum de 9 000 patients inscrits. Alors, on va l'assouplir et on va faire en sorte qu'il puisse y avoir des obligations respectées, à défaut de quoi, bien, on devra retirer une partie, du moins, du financement des GMF, parce que c'est l'État... ce sont les contribuables québécois qui paient pour qu'on puisse avoir un service, avoir l'accessibilité à un service. Et je pense qu'il est du devoir d'un État responsable de s'assurer que les argents qui sont investis produisent les résultats qui sont convenus et qui sont escomptés.

Nous avons un plan, pour le développement des GMF, de compléter le réseau, je le disais tout à l'heure. Il y a encore beaucoup de potentiel à Montréal et dans la couronne autour de Montréal. On connaît des cliniques médicales qui pourraient devenir GMF, et il faudra être proactifs pour convaincre ces médecins d'adopter le modèle GMF, avec tous les avantages que le modèle GMF procure en termes d'amélioration de l'efficacité, d'amélioration des infrastructures et de bonification de l'offre de professionnels de travail interdisciplinaire. Alors, on complètera le réseau des GMF, comme je le disais tout à l'heure.

Mais notre deuxième cible vise à attirer les finissants en médecine vers la médecine de famille pour qu'on ait au moins la moitié des finissants qui choisissent la médecine de famille et l'autre moitié, bien sûr, les autres spécialités médicales. Alors, on en avait 320, finissants en 2013 qui étaient disponibles, 320 nouveaux arrivants, nouveaux facturants, et, au net — parce qu'on sait qu'il y a des départs à la retraite — c'est 170 médecins de plus, en 2013, là, médecins de famille de plus qui vont arriver dans le réseau. Notre objectif est d'avoir au-dessus de 400 finissants en médecine de famille d'ici quelques années, M. le Président. Et ça, il faut continuer à travailler à valoriser, dans les facultés de médecine, la pratique de la médecine de famille et faire en sorte que les finissants choisissent ce mode de pratique extrêmement intéressant.

Il faudra également que les médecins de famille puissent être incités à travailler en cabinet. Actuellement, lorsqu'un médecin de famille s'établit, il doit réaliser un certain nombre d'activités médicales particulières, ce qu'on appelle les AMP, qui sont surtout ciblées, M. le Président, sur le travail à l'urgence, le travail à l'hôpital, le travail en CHSLD, ce qui fait en sorte que, lorsqu'un finissant termine ses études de médecine, à cause des activités médicales particulières, il ne lui reste pas beaucoup de temps pour faire du cabinet.

Or, M. le Président, si on veut vraiment avoir une approche pour améliorer l'accessibilité à la première ligne pour faire en sorte que les maladies chroniques sont bien suivies, il faut insister sur la pratique en cabinet et faire en sorte qu'on puisse libérer les médecins de famille de certaines tâches hospitalières qu'ils ont faites lorsqu'on avait des pénuries de spécialistes. Les médecins de famille ont pallié à la pénurie de spécialistes bien souvent en ayant des tâches hospitalières. On est en train de régler la pénurie des spécialistes. Il faut donc que les spécialistes reprennent le travail à l'hôpital et libèrent les médecins de famille de façon à ce qu'ils puissent avoir la majorité de leur temps en cabinet. Donc, il faudra moduler les activités médicales particulières, les AMP, pour inclure le travail en cabinet dans les activités visées par ces activités médicales particulières.

L'autre stratégie que nous avons dans notre plan d'action, c'est de doter les groupes de médecins de famille d'autres professionnels de la santé. Et nous avons annoncé en novembre une augmentation de 10,5 millions pour justement doter chaque groupe de médecins de famille de deux ou trois autres professionnels qui vont venir appuyer le médecin dans le suivi des maladies chroniques : on pense aux diététistes, par exemple, dans plusieurs maladies chroniques, l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires; on pense aux intervenants psychosociaux, dans le suivi des patients avec des problèmes de santé mentale; on pense aux inhalothérapeutes, dans le suivi des patients avec des problèmes pulmonaires,

ainsi de suite. Alors, cet ajout va permettre de libérer le médecin d'un certain nombre d'activités qui vont être faites en partenariat avec les autres professionnels pour qu'il puisse accueillir de nouveaux patients dans sa clientèle et faire en sorte que les listes d'attente pour avoir accès à un médecin de famille puissent diminuer de façon considérable.

Actuellement, dans les groupes de médecins de famille, on a une infirmière pour 7 500 patients inscrits. On veut passer à une infirmière pour 6 000 patients inscrits, au cours de la prochaine année, avec une telle stratégie, en plus des autres professionnels qui vont venir bonifier l'offre de service. Et on souhaite également que l'offre de service en première ligne des CSSS puisse être arrimée avec les GMF, qu'on ne travaille pas en parallèle, qu'on ne travaille pas en tuyau d'orgue ou en silo, mais qu'on puisse faire en sorte de délocaliser un certain nombre de ressources professionnelles qui, actuellement, travaillent dans les CSSS pour qu'ils puissent être sur le terrain, dans les GMF, en collaboration avec les médecins de famille.

Bien sûr, il faudra également, à l'inverse, faire en sorte que les médecins de famille dans les GMF aient accès aux laboratoires, aient accès à l'imagerie médicale — et ça, c'est un thème qui est cher à la députée de Groulx — pour qu'on puisse faciliter l'accès des CSSS, des facilités de laboratoire et d'imagerie aux groupes de médecins de famille en priorité. Et j'ai envoyé un message très clair dans le réseau au cours de l'automne pour qu'on puisse travailler sur cette rapidité d'accès.

Finalement, M. le Président, nous avons annoncé, et nous l'avons souligné hier, la mise en place du dossier médical électronique, et je pense que c'est un élément incontournable pour améliorer l'efficacité des groupes de médecins de famille. Alors, on va injecter 15,4 millions de dollars par an sur quatre ans pour que 5 200 médecins et 1 000 infirmières puissent avoir accès au dossier médical électronique. Actuellement, il y a huit fournisseurs qui sont homologués, donc qui ont satisfait les standards du ministère et les standards d'interopérabilité et qui sont actuellement examinés par les groupes de médecins de famille et par les médecins de famille pour qu'ils puissent avoir le choix de choisir la solution informatique qui leur convient, solution informatique qui leur permet... qui leur permettra d'avoir des communications efficaces avec les pharmacies, des communications efficaces avec les laboratoires des centres de santé et de services sociaux et de faire en sorte qu'on puisse, en 2013, M. le Président, se passer du fax, qui est encore utilisé, croyez-le ou non, par la plupart des médecins pour renouveler des ordonnances avec les pharmaciens. Le fax, M. le Président. On est en 2013, là. Alors, je pense qu'il faut quitter l'âge de pierre et aller vers des communications qui sont beaucoup plus efficaces et qui font intervenir les nouvelles technologies de l'information.

Alors, l'ensemble de ce plan, M. le Président, meilleure rigueur pour que les GMF puissent respecter les ententes, respecter les contrats et un plan de développement des GMF et de l'offre de service en GMF, va nous permettre d'améliorer l'accès à la première ligne et surtout de faire en sorte que les patients sont mieux suivis, et que les patients n'ont pas besoin de se ramasser à l'urgence, faute de suivi ou faute d'une disponibilité et une accessibilité le soir et les fins de semaine, et que les patients n'aient pas besoin d'être hospitalisés indûment parce que le suivi n'a pas été au rendez-vous pour leurs maladies chroniques. Et cette stratégie-là va nous permettre, M. le Président, de rendre le système de santé plus accessible et surtout d'améliorer la qualité du suivi des patients avec des maladies chroniques.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Un bloc, pour le gouvernement, de 13 minutes. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste une question au ministre, après ça, je vais laisser au député de Rivière-du-Loup. Baie-Saint-Paul, 12 000 de population; La Malbaie, 15 000 de population; ils ont chacun leur GMF. Si je comprends bien, vous allez les obliger à avoir un médecin huit heures par jour le samedi et dimanche dans leur clinique...

M. Hébert : Pardon?

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

M. Hébert : Ce que nous allons faire... Oui ou non? Il veut toujours avoir des réponses «oui ou non». M. le Président, je ne connais pas la situation particulière de Baie-Saint-Paul et La Malbaie, M. le Président. Lorsqu'il y a des ententes avec les salles d'urgence, il faut s'assurer que les salles d'urgence sont capables d'accueillir les patients, et c'est ça qui n'est pas présent actuellement dans les ententes.

Il y a des milieux, en région éloignée, en région périphérique, où les médecins de GMF participent à l'offre de service en urgence, et ça peut être tout à fait approprié, M. le Président. Mais il y a des ententes actuellement qui couvrent des salles d'urgence qui sont déjà en surachalandage, et ces ententes-là font en sorte d'augmenter davantage l'achalandage et d'augmenter davantage l'encombrement de ces salles d'urgence là.

C'est ça qu'il faut régler, M. le Président. Je ne dis pas qu'on va abolir toutes les ententes; je dis que ces ententes-là devront tenir compte de la capacité des salles d'urgence de pouvoir accueillir les patients le soir et les fins de semaine lorsqu'il y a des ententes.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Rivière-du-Loup.

M. D'Amour : Merci, M. le Président. Rivière-du-Loup—Témiscouata. Alors, chers collègues, l'ensemble de la Chambre aujourd'hui, M. le ministre, de façon particulière, j'aimerais vous saluer.

Moi, j'ai deux préoccupations dans ma région, dans le Bas-Saint-Laurent, mais particulièrement dans ma circonscription, sur deux volets différents. Villa Dubé, un dossier sur lequel je reviendrai un peu plus tard, ça va peut-être laisser le soin au monde autour de vous, aux gens autour de vous aider à vous situer dans ce dossier-là.

Mais d'abord la question du CSSS chez nous. La situation, elle est simple : au cours des deux dernières années, celui qui occupait le fauteuil de ministre de la Santé et des Services sociaux, qui est ma droite, le député de Jean-Talon, avait annoncé un ambitieux projet d'aménagement d'un nouveau CHSLD, 72 unités, et le projet, depuis ce temps-là, est en route, sur le plan du processus, en vue d'une réalisation. Il était question, au moment de l'annonce, d'un appel d'offres fin 2013, début de construction en 2014. Je voudrais savoir d'une part qu'en est-il exactement, où est-ce qu'on en est de façon précise.

Deuxièmement, il y a un second volet à ce projet-là, qui a été annoncé assez récemment, c'est le renforcement sismique au niveau de l'hôpital. C'est un projet de 11 millions de dollars. Et finalement, tout ça, là, ces interventions-là doivent donner lieu à l'aménagement d'un centre parent-enfant. Parce qu'au CSSS de Rivière-du-Loup l'établissement qu'on appelait à l'époque le Centre hospitalier régional du Grand-Portage, il n'y a pas eu d'investissement majeur qui permette aujourd'hui aux femmes qui accouchent d'avoir un environnement, comme on en trouve bien d'autres au Québec, dans un cadre beaucoup plus moderne.

Alors, ma question a comme trois volets. CHSLD, où est-ce qu'on en est? Renforcement sismique, est-ce que ça évolue comme ça doit évoluer? Et finalement le centre parent-enfant, à travers tout ça, dans les préoccupations ministérielles, où se retrouve-t-il?

• (12 h 30) •

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

M. Hébert : O.K. Bien, merci de votre question, M. le député. Comme je le mentionnais hier, votre collègue de Jean-Talon a fait de nombreuses annonces sans avoir la précaution de les attacher au plan quinquennal d'immobilisations, et, évidemment, le projet que vous soulevez fait partie de ceux-là. Alors, on a un projet qui est presque à la phase finale actuellement, mais pour lequel il n'y avait pas eu de provision au plan quinquennal d'immobilisations. J'ai demandé, comme je l'expliquais hier, aux gens du ministère d'établir une grille de priorités, et nous avons établi cette grille de priorités. J'ai demandé à l'ensemble des agences de prioriser les projets dans leur région. Et je peux vous dire que le projet du CHSLD en question est le deuxième, en termes de priorités, parce qu'il y a le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent également qui fait partie de ces priorités-là. Alors, c'est la priorité de l'agence actuellement.

Et nous allons, comme je l'expliquais hier, suite à l'annonce du budget d'immobilisations et au partage entre l'Éducation, les Transports, les Affaires municipales et la Santé, être en mesure de voir où se situe l'échéancier pour inscrire le projet du CSSS de Rivière-du-Loup dans le plan quinquennal d'immobilisations. Ce processus-là va être transparent. Je peux vous assurer que, lorsqu'on fera des annonces dans ce dossier-là, on aura les sommes qui seront réservées au budget et que ces annonces-là vont être des annonces qui vont confirmer qu'on va bel et bien construire le CHSLD au CSSS de Rivière-du-Loup.

Concernant le renforcement sismique, ça, c'est un projet qui doit être géré dans la région. Alors, ça, c'est les agences, c'est chacune des agences qui gèrent ces projets-là. Alors, actuellement, on me dit que l'agence va le gérer à l'intérieur de son enveloppe régionale.

Le troisième, c'est sur le centre mère-enfant. Alors, je dois vous avouer que je n'ai pas eu ce projet-là au ministère. Alors, j'imagine que ça doit être au niveau de l'établissement et au niveau de l'agence, là. Moi, on me dit qu'on n'a pas ça encore dans les cartons au niveau du ministère. Alors, il doit être dans une étape plus en amont du processus.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Rivière-du-Loup—Témiscouata.

M. D'Amour : Alors, sur la question du CHSLD, il est possible que le projet soit retardé. Est-ce que je vous entends bien à cet égard-là?

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

M. Hébert : Je ne ferai pas d'annonce oui ou d'annonce non. Je peux vous dire que le projet a été priorisé au niveau de l'agence et qu'on est actuellement dans l'exercice de voir, avec l'enveloppe du plan quinquennal, lesquels projets pourront être réalisés au cours des prochaines années. Alors, dans quelques semaines, je pourrai vous dire, M. le député, où en est, où en sera le projet de CHSLD. Mais soyez assuré que je ne ferai pas d'annonce tant et aussi longtemps qu'on n'aura pas une provision au plan quinquennal d'immobilisations. Ça, je peux vous assurer de ça.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Rivière-du-Loup—Témiscouata.

M. D'Amour : Alors, le deuxième sujet qui m'amène ici ce matin, c'est celui de la transformation Villa Dubé, de Saint-Jean-de-Dieu. Saint-Jean-de-Dieu est située dans une MRC qui s'appelle la MRC des Basques. Il y a deux ans, cet établissement a été fermé parce qu'on était en excédent de lits, nous disait-on. Le CSSS des Basques a procédé à une fermeture de la Villa Dubé de Saint-Jean-de-Dieu.

Or, à ce moment-là, la communauté s'est prise en main. Il y a un comité de bénévoles qui a été créé, qui s'est inspiré d'une formule qui avait été mise en place du côté de Thetford Mines, c'est-à-dire que la communauté a dit : Nous, il nous faut le bâtiment. On veut y intégrer une ressource intermédiaire, quelques lits; des personnes âgées en perte d'autonomie, quelques lits aussi, pour un total de 26, avec comme projet la possibilité d'y installer un point de service du CLSC des Basques. Alors, le projet a été préparé. Le projet a d'ailleurs été soumis à l'agence, et le ministère refuse de céder le bâtiment pour un dollar. On peut le comprendre, il y a des règles, on peut vivre avec.

Ma question : Est-ce qu'on peut espérer qu'on puisse s'entendre sur une location des lieux, faire en sorte que ce soit, à tout le moins, loué à des coûts très abordables et très raisonnables pour permettre à la population de recevoir des services? Et je tiens à signaler que le CSSS des Basques priorise la réalisation de ce projet-là. Il en est de même du côté de l'agence de la santé.

Alors, il y a un établissement qui a été fermé, puis les règles étaient celles-là, et on vit avec. Bâtiment fermé, mais il y a une communauté qui se prend en main, qui dit : Nous, on est prêts à offrir des services, les voici. Le CSSS dit : On est d'accord... Non seulement on est d'accord, mais on a des besoins. Dans les prochaines heures, sinon les prochains jours, il y a une nouvelle proposition de location des lieux ou d'occupation des lieux qui va être faite à l'agence. Moi, je veux savoir jusqu'où le ministère pourra aller pour appuyer une communauté dans le développement d'un projet comme celui-là. Et, ceci dit, on comprend, là, qu'on a une préoccupation très locale, très régionale, M. le ministre. Sans doute avez-vous eu des informations là-dessus, du moins, je l'espère. Sinon, on pourra se reparler, mais simplement vous signifier que les attentes sont très, très, très nombreuses.

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

M. Hébert : Bien, M. le député, je dois vous avouer que je n'ai pas entendu parler de ce projet, alors donc, je ne peux pas vous répondre de façon intelligente sur ce projet-là. Ce que je peux vous assurer, par contre, c'est que je vais prendre les informations auprès de l'agence pour voir où en est ce dossier-là, est-ce qu'il y a un rôle du ministère dans ce dossier ou si l'agence est en train de le gérer et qu'on n'a pas un rôle actif à jouer. Alors, je vais prendre les informations, m'assurer que ce dossier-là chemine bien et être capable de vous répondre là-dessus.

Le Président (M. Bergman) : ...demanderais si la réponse viendrait au secrétaire de la commission pour diffuser aux membres de la commission, s'il vous plaît, M. le ministre.

M. Hébert : Oui, et, en plus de la réponse officielle, on pourra avoir une communication officieuse, M. le Président, avec le député dès que j'aurai les informations.

Le Président (M. Bergman) : Merci.

M. D'Amour : Mais juste une parenthèse pour dire...

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Rivière-du-Loup.

M. D'Amour : Merci, M. le Président. Je m'excuse, je suis allé un peu vite. Simplement dire que nous avons une collaboration de l'agence qui, à mon sens, est exceptionnelle. Ça, je tiens à le dire. Le dossier a bien évolué, mais il y a un problème, c'est le bâtiment, quant à sa propriété. Il y a une dette sur ce bâtiment-là. Je comprends du ministre que je vais avoir une réponse ultérieurement. Je vais attendre, mais le plus tôt sera le mieux, vous comprenez. Il y a une population qui est en attente d'une décision finale. Je pense que c'est important qu'on y accorde toute l'attention nécessaire à ce moment-ci.

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

M. Hébert : Je comprends, M. le député, qu'il y a une contre-proposition qui va être formulée à l'agence, là, là-dessus. Alors, O.K., c'est bien ça. On va suivre ça.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Rivière-du-Loup—Témiscouata... M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Combien il nous reste de temps, M. le Président?

Le Président (M. Bergman) : Il reste trois minutes sur ce bloc.

M. Bolduc (Jean-Talon) : On pourrait-u le mettre sur l'autre bloc?

Le Président (M. Bergman) : Oui.

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

Le Président (M. Bergman) : Sur votre bloc, M. le député de Mégantic, il vous reste trois minutes.

M. Bolduc (Mégantic) : Merci, M. le Président. Je vais passer rapidement. Donc, je reconnais la présence du ministre et son équipe, de mes collègues des deux côtés de la Chambre. Puisqu'on en est à la priorisation des CHSLD, on a une situation à East Angus avec un CHSLD, la sapinière, que je suis sûr que le ministre connaît bien. Est-ce qu'on pourrait en connaître la situation en termes de priorisation?

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

M. Hébert : Merci, M. le député. C'est une situation que je connais bien, hein, un motel qui a été recyclé en centre d'hébergement à un moment où ça se faisait, là, et où il y a une situation, vraiment, qui est, je pense, déplorable, de vétusté. Alors, tout le monde s'accorde là-dessus. L'agence s'accorde là-dessus, et, personnellement, je suis tout à fait d'accord qu'il faut faire quelque chose dans ce cas-là bien précis.

Mais, comme je l'expliquais, les demandes sont multiples, et les engagements de votre collègue ont été très importants, de sorte qu'il y a une queue au niveau du plan quinquennal d'immobilisations, et on doit gérer ces attentes dans l'ensemble du réseau. Et je peux vous dire que la situation d'East Angus, bien sûr, est vraiment préoccupante, mais il y a aussi beaucoup d'autres CHSLD dans la même situation au Québec qui sont également aux prises avec une situation comme celle-là.

Nous avons, comme je le disais, demandé aux agences de faire une priorisation. L'agence de l'Estrie nous a mis ce projet en première priorité, et il y a un autre projet, qui est le Centre femme-jeunesse-famille, qui est tout de suite derrière, mais qui est d'un autre ordre, nous en conviendrons. Alors, ce qu'on essayait de voir avec l'agence, dans ce cas, c'est, si on est incapables de le mettre dans le plan quinquennal rapidement, comment est-ce qu'on peut, par phases, être capables de le gérer avec les enveloppes régionales. C'est ce qu'on est en train de regarder avec l'agence de la santé et des services sociaux. Mais soyez assurés que, pour moi et pour l'agence, ce dossier-là devrait être traité en priorité, et on va essayer de faire tout en notre possible pour solutionner, trouver des solutions à ce problème d'infrastructures pour améliorer la qualité des services et surtout la qualité de l'environnement des personnes âgées en perte d'autonomie qui sont hébergées dans cette installation.

• (12 h 40) •

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Le gouvernement, pour un bloc de 17 minutes, M. le député d'Argenteuil.

M. Richer : Merci, M. le Président. Lorsqu'on parle des grands projets des centres hospitaliers universitaires de Montréal, je ressens beaucoup d'inquiétude dans la population vis-à-vis de possibles dépassements de coûts. Dans le contexte actuel, où les dépassements de coûts ont été fréquents dans d'autres projets, et lorsque l'on considère l'importance des sommes en jeu, je comprends bien ces inquiétudes.

Alors, M. le Président, j'aimerais qu'on m'explique où en sont les grands projets des CHU. Je voudrais mieux comprendre comment le bureau de la modernisation des CHU de Montréal gère les grands projets et quelles actions pose-t-il afin d'éviter de tels dépassements.

M. Hébert : M. le Président, c'est un dossier spécifique, et je voudrais demander le consentement de l'opposition pour demander à M. Clermont Gignac, le directeur exécutif du bureau de modernisation des CHU, de pouvoir répondre de façon précise à la question du député d'Argenteuil.

Le Président (M. Bergman) : M. Gignac, si vous pouvez donner votre nom et votre titre, s'il vous plaît.

M. Gignac (Clermont) : Clermont Gignac, directeur exécutif du bureau de modernisation des trois hôpitaux hospitaliers universitaires de Montréal.

Le Président (M. Bergman) : Parfait. M. Gignac, vous avez la parole.

M. Gignac (Clermont) : Première des choses, pour répondre, M. le Président, à la question, ça prend, dans ces projets de 6,2 milliards, beaucoup de rigueur pour bien contrôler les changements une fois que le projet a été bien planifié, les contrats sont signés. Donc, il faut gérer avec rigueur et référer continuellement au budget autorisé, M. le Président.

L'autre facteur, je vous dirais, de succès — mais on va attendre d'avoir tout livré, mais, jusqu'à maintenant, ça va bien — c'est le style de gestion et la directivité de la gestion et des autorisations qui doivent passer nécessairement par le bureau du directeur exécutif. Et je peux vous dire, M. le Président, on n'est pas très collégial dans notre gestion en regard des changements. C'est pour ça qu'on tient ça assez serré, et je vais vous faire une revue des trois projets pour dire où c'en est réellement et aussi où en est la réserve ou la provision pour les contingences, les imprévus et les risques.

Commençons par le centre hospitalier de Montréal, commençons par le centre de recherche. Le centre de recherche a été signé il y a trois ans bientôt, il est en cédule et il sera livré, tel que prévu, à l'automne 2013. On a, après... On a actuellement moins de 1,5 % de changement dans tout le projet de 500 millions de dollars, et ce sera livré à temps. Pas de surprise, ça va bien. Du côté du centre hospitalier de Montréal, le CHUM, la partie centre hospitalier, on va fêter le deuxième anniversaire du début de la construction bientôt. Actuellement, on est en cédule. Si vous allez à Montréal, vous allez voir que, d'ici un mois, on va déjà être rendus à la rue Sainte-Catherine, et ça va rapidement par la suite. On a des très bons entrepreneurs. Il faut parfois discipliner les gens à l'intérieur, c'est tout à fait normal, et actuellement on est en cédule. Je pense qu'il y a deux semaines de retard mais qui vont se rattraper bientôt, et on est en bas de 1,3 % de changement jusqu'à maintenant, ce qui est... Et je peux vous dire que les deux tiers des plans sont complétés par les entrepreneurs et en accord avec tous les gens de l'hôpital. Donc, la période difficile, là, d'ici la fin de l'année, va être terminée, et on pense bien être en deçà de 1,5 % de dépassement dans le budget, mais ce n'est pas un dépassement au budget parce qu'on a... c'est financé par une réserve, une provision de contingence déjà acceptée par le gouvernement. Donc, ça, ça va bien.

Du côté de Sainte-Justine, à Sainte-Justine, dans un an, à la fin de mars, ça fera un an qu'on a débuté la construction. C'est un projet de 1 milliard. Le projet de construction lui-même est 500 millions. Le nombre de changements après un an, c'est 0 %, donc la contingence est intacte.

L'autre, le dernier projet qui va être livré dans un et demi, M. le Président, c'est un projet qui a débuté voilà trois ans. C'est le projet du CUSM, au site Glen. C'est un projet qui, actuellement, a un certain nombre de semaines de retard. Et on est en discussion avec l'entrepreneur qui doit nous présenter, d'ici la fin de février, un plan de mitigation pour rattraper les semaines de retard. Il y a différentes raisons, mais on est en discussion là-dessus. Jusqu'à maintenant, on est à 3,6 % de dépassement après trois ans, et c'est assez peu dans ces grands projets, et on va livrer à l'automne 2014 suivant l'échéancier.

Comme je vous ai dit, il y a des retards. On est à négocier leur plan de mitigation, et l'hôpital travaille actuellement pour que les trois hôpitaux planifiés — le déménagement de l'Hôpital Royal Victoria, du Montréal Children's et du Chest Hospital, ça fait à peu près 10 000 personnes en tout — ...pour déménager tous ces gens-là en dedans de quelques semaines, mais ça ira à l'été 2015. Donc, ça fait, je pense, le tour des trois projets et un peu au niveau financier, budgétaire, où on est rendus, M. le Président, dans les quatre projets des trois hôpitaux.

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

• (12 h 50) •

Mme Proulx : Oui. M. le Président, alors, écoutez, avec tout ce qu'on entend, avec toutes les informations qu'on reçoit, notamment depuis que notre gouvernement est en poste, depuis quelques mois, malheureusement, je vous dirais que force est de constater que le gouvernement qui a été en place avant nous à Québec, de 2003 à 2012, s'est malheureusement laissé traîner les pieds dans plusieurs domaines touchant la santé. Je pense que c'est important de dire les choses telles qu'elles sont, M. le Président, et de ne pas avoir peur d'assumer ce qu'on a fait ou ce qu'on n'a pas fait.

Alors, permettez-moi de vous citer un extrait de la plateforme du Parti libéral du Québec, au gouvernement, je vous le rappelle, de 2003 à 2012, donc un extrait de leur plateforme de la dernière campagne électorale de 2012. «[Le Parti] libéral soutiendra davantage les malades chroniques, en mettant en place un modèle qui confiera aux infirmières et infirmiers la coordination des soins qui doivent être prodigués par les différents professionnels de la santé.»

Pour appuyer les infirmières et infirmiers dans cette tâche, le Parti libéral disait qu'il allait soutenir «le développement d'initiatives et de protocoles cliniques pouvant améliorer la gestion des [maladies] chroniques. Afin d'assurer une prise en charge plus complète, [ils allaient mettre] en place un modèle de suivi des malades chroniques dans la communauté basé sur des appels à domicile. Puisque certains patients ne peuvent compter sur le soutien et l'encadrement de leur entourage, le suivi des malades chroniques dans la communauté permettra de s'assurer que le patient respecte bien le plan de traitement, que la médication est correctement utilisée et que toute dégradation dans l'état de santé soit signalée sans délai.» Alors, c'était donc un extrait de la plateforme électorale du Parti libéral en 2012.

Je pense que je peux me demander à juste titre pourquoi ce n'est qu'en 2012 que le précédent gouvernement s'est mis à entamer une réflexion au sujet des maladies chroniques, alors qu'ils auraient peut-être dû s'en occuper depuis 2003, parce que la gestion des maladies chroniques est un des défis les plus importants que le Québec devra surmonter, et doit surmonter, et a commencé à devoir surmonter depuis quelques années. On sait notamment que le vieillissement de la population est un phénomène démographique évident pour tous, connu, on peut le constater. Ce vieillissement, cette espérance de vie augmentée est une bonne nouvelle en soi. Je pense qu'on est tous contents que, grâce à la science, aux avancées technologiques, grâce aux innovations aussi, les hommes et les femmes du Québec peuvent espérer vivre une vie pleine, enrichissante et active.

Je suis toujours moi-même tellement agréablement surprise de constater à quel point les personnes âgées sont de plus en plus actives et contribuent activement au développement de notre société. C'est important pour elles de demeurer actives, et ce n'est pas parce qu'on a 70, 75 ou 80 ans qu'on n'est pas actif, qu'on ne peut pas avoir de projets et qu'on n'a pas encore bien des rêves à réaliser. À 70 ans, 80 ans, on a tout un bagage de vie, on a développé toute une expertise dans une multitude de domaines. Particulièrement, vous savez qu'au Québec le bénévolat, c'est l'affaire des personnes âgées. Ce sont elles qui s'impliquent dans toutes sortes d'organismes communautaires pour permettre bien souvent à des personnes plus démunies d'avoir accès à des services. Le bénévolat est une activité mutuellement enrichissante. Toute la société y gagne, et les personnes âgées peuvent demeurer impliquées dans leurs communautés, demeurer actives et être extrêmement utiles à leurs concitoyens.

Mais, quand on parle de maladie chronique, il y a, bien sûr, le phénomène de vieillissement de la population, mais il n'y a pas uniquement les personnes âgées qui doivent vivre avec des maladies chroniques. Alors, moi, j'aimerais, M. le Président, que le ministre de la Santé nous explique ce qu'il compte faire pour que les Québécois et les Québécoises qui souffrent de maladies chroniques soient mieux pris en charge par notre système de santé.

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

M. Hébert : M. le Président, merci à la députée de Sainte-Rose pour cette question. Effectivement, les maladies chroniques sont au cœur de notre plan d'action, comme je l'expliquais dans les notes introductives à cette commission. Le vieillissement de la population nous amène à s'intéresser, à prioriser le suivi des maladies chroniques, et cette priorisation-là doit prendre place dans plusieurs actions gouvernementales, évidemment en prévention d'abord, parce que la plupart des maladies chroniques peuvent être prévenues par des modifications au niveau du tabagisme, par des modifications au niveau de l'alimentation, par une emphase mise sur l'activité physique.

Il faut faire en sorte que les Québécois se mettent à l'activité physique, et ça, l'activité physique, ça commence de la garderie jusqu'en milieu de travail, en passant par l'école. Et on devra développer toute une stratégie pour faire en sorte de développer, chez nos jeunes, d'autres muscles que ceux des pouces pour être capables de pitonner sur leurs machines électroniques, mais l'ensemble des muscles du corps humain pour qu'on puisse avoir des jeunes en santé et

qu'on puisse avoir également des jeunes qui vont continuer la pratique d'activités physiques une fois sur le marché du travail. Et là il va falloir faire en sorte que les entreprises du Québec réalisent que des employés qui sont actifs physiquement, c'est des employés qui ont moins d'absentéisme, c'est des employés qui ont une meilleure productivité au travail, c'est des employés qui vont bénéficier moins souvent des prestations d'accident de travail et donc qu'il y a un gain, un gain direct et aussi un gain indirect, à pouvoir encourager la pratique d'activités physiques. Et l'activité physique, c'est aussi bon lorsqu'on a quitté le marché du travail, c'est aussi bon à la retraite, chez les groupes d'ânés, et il y aura donc toute une stratégie de remise en forme des Québécois pour être en mesure de prévenir les maladies chroniques.

La mauvaise alimentation est un autre exemple, M. le Président. Les boissons sucrées sont probablement, au XXI^e siècle, ce qu'a été la cigarette au XX^e siècle, c'est-à-dire un fléau. Les boissons sucrées sont associées non seulement à des excès de poids, non seulement à des maladies comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires, mais commencent de plus en plus, dans la littérature scientifique, à être associées à des cancers, notamment le cancer de la prostate qui a fait l'objet d'une étude scientifique il y a quelque temps. Et les boissons sucrées, tout comme la cigarette l'avait été il y a 30, 40 ans, font l'objet de stratégies extrêmement efficaces de la part de l'industrie pour inciter les jeunes à consommer ces boissons, à diversifier les produits qui sont mis à la disposition, et il faudra avoir des mesures énergiques pour être capable de contrer ce fléau qui entraîne son lot d'obésité, de diabète, de maladies cardiaques et autres maladies chroniques. Alors, la prévention, et je l'annonçais hier, la prévention va faire l'objet d'un livre vert global, mais qui va comprendre des actions spécifiques pour les maladies chroniques, livre vert qui va être déposé au printemps, avec une consultation pour une politique que nous comptons lancer à l'automne prochain.

Deuxième stratégie pour les maladies chroniques, le suivi en première ligne. J'en ai déjà parlé, je n'insisterai pas là-dessus, mais c'est, pour moi, fondamental que les gens avec des maladies chroniques puissent être bien suivis par non seulement le médecin de famille, mais l'ensemble des professionnels de première ligne qui peuvent apporter leur contribution à un meilleur contrôle de ces maladies, un meilleur contrôle de la diète, un meilleur contrôle de la médication et, surtout, de faire en sorte que les patients puissent eux-mêmes se prendre en main, et l'autosoin, dans une stratégie de maladie chronique, est un aspect fondamental de l'approche des maladies chroniques. Il faut absolument que les patients puissent être les maîtres d'oeuvre de leur propre traitement et qu'on puisse enseigner aux patients comment suivre leur maladie et, surtout, comment ajuster les différentes options thérapeutiques qui sont à leur disposition pour qu'ils deviennent réellement actifs dans la gestion de leurs maladies chroniques. Et ça, c'est un virage extrêmement important, hein, dans une société où c'est le docteur et les professionnels de la santé qui s'occupent de la santé des patients vers une approche où c'est d'abord le patient qui est au coeur de son traitement, qui est au coeur de son suivi de maladie chronique avec l'appui des différents professionnels de la santé. Alors, il y a là tout un virage à faire.

Nous avons élaboré, au ministère... Je dis le «nous», ce n'est pas le «nous» de Sa Majesté, là, c'est le «nous» de la collectivité. Donc, le ministère de la Santé a élaboré un cadre de référence en prévention et en gestion des maladies chroniques, qui a été mis à la disposition du réseau, avec une concertation de plusieurs directions. Au niveau du ministère, vous comprendrez qu'à la fois la direction de santé publique, mais aussi la direction des services de santé et des services sociaux sont impliquées, parce que les maladies chroniques font intervenir l'ensemble des facteurs, tant au niveau de la promotion de la santé, des services sociaux que des services de santé. Alors, il y a un effort interdirection qui a été réalisé pour qu'on puisse avoir un cadre de référence et implanter, dans les centres de santé et de services sociaux, des équipes interdisciplinaires spécifiquement dédiées aux maladies chroniques, et, comme je le disais tout à l'heure, il faudra que ces équipes puissent se délocaliser dans les groupes de médecins de famille, parce que c'est là que ça se passe, le suivi des maladies chroniques.

On va également implanter, en 2013-2014, toute une série d'indicateurs de qualité parce que ce n'est pas tout d'avoir des actions, il faut mesurer ces actions-là, mesurer l'efficacité des actions, et l'INESSS, dans un rapport qu'elle a déposé au ministre de la Santé en juin 2012, propose un certain nombre d'indicateurs, en fait 26 indicateurs spécifiques aux maladies ciblées comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'asthme, et 38 indicateurs plus génériques, là, sur les facteurs de risque, et les habitudes de vie, et l'autogestion, notamment. Alors, ces indicateurs-là vont être implantés de façon à ce qu'on puisse suivre l'efficacité et l'impact des actions qui sont mises en oeuvre pour lutter contre les maladies chroniques.

• (13 heures) •

Et un dernier point, M. le Président, si vous permettez, sur lequel je me permettrai d'insister : nous avons des approches qui sont spécifiques à certaines maladies, hein? On développe des approches pour le diabète, avec une infirmière pivot pour le diabète et tout un ensemble de services mieux coordonnés pour faire face au diabète, même chose pour les maladies cardiaques, même chose pour l'asthme. Alors, toutes les maladies chroniques ont fait l'objet de développement d'équipes interdisciplinaires. C'est tout à fait efficace pour des adultes qui, souvent, souffrent d'une seule de ces maladies-là. Mais vous comprendrez que les personnes âgées ont la mauvaise habitude de souffrir de plusieurs maladies chroniques et qu'il faut plutôt intégrer davantage les services, surtout auprès de la population âgée, et je voudrais rappeler le rôle primordial du réseau intégré de services aux personnes âgées, qui permet, autour d'un gestionnaire de cas, autour d'un mécanisme de guichet unique d'accès aux services, autour d'une concertation de l'ensemble des acteurs, autour de la mise en commun d'outils comme des outils d'évaluation, des outils pour le plan de services individualisés et des outils informatiques... L'ensemble des ces stratégies-là permet d'avoir une approche concertée et mieux coordonnée, mieux intégrée pour les personnes âgées, qui, bien souvent, vivent deux, trois, quatre de ces maladies chroniques. Et il est important que nous puissions compléter l'implantation des réseaux intégrés de services aux personnes âgées à l'ensemble du territoire québécois. Actuellement, nos indicateurs montrent qu'on est autour de 60 % d'implantation. Et nous savons, par les données scientifiques, qu'il faut avoir une implantation au-dessus de 70 % si on veut vraiment avoir un impact populationnel. Et, au cours de la prochaine année, nous comptons dépasser ce 70 % d'implantation pour que les personnes

âgées, qui souffrent souvent de plusieurs maladies chroniques, puissent avoir accès à des services mieux coordonnés, mieux intégrés et de meilleure qualité.

Je terminerais en précisant deux maladies qui doivent faire l'objet d'une priorité particulière. Les maladies mentales, qui font partie du groupe des maladies chroniques et qui sont souvent oubliées. D'ailleurs, quand vous regardez toute la littérature scientifique sur les maladies chroniques, bien souvent on ne parle pas des problèmes de santé mentale, mais ce sont des maladies chroniques. Ce sont des maladies qui vont être vécues par les individus tout au cours de leur vie et qui nécessitent également d'avoir une approche coordonnée, intégrée, et une approche très active et axée sur le domicile des gens, et non pas sur l'hôpital. Et je pense qu'un futur plan d'action en santé mentale va nous permettre de pouvoir compléter l'offre de services en santé mentale, surtout au niveau des interventions tant de prévention, de lutte à la stigmatisation que les interventions de première ligne et les interventions de suivi intensif dans le milieu.

L'autre maladie qui est devenue une maladie chronique — ça, je pense que c'est une bonne nouvelle — c'est le cancer. Avant, on mourait du cancer. C'était une maladie aiguë. Et maintenant, à cause des progrès dans le traitement des cancers, c'est devenu une maladie chronique, et ça conditionne donc un changement dans l'offre de services, qui doit être beaucoup plus intégrée de façon à ce que les gens qui souffrent d'un cancer puissent non seulement trouver accès à un diagnostic et un traitement dans la première phase de la maladie, mais ensuite, par un suivi plus attentif et mieux coordonné, pouvoir assurer que cette maladie-là reste sous contrôle et qu'on prend les mesures nécessaires pour un traitement à long terme et une surveillance, surtout, à long terme du cancer. Et c'est ce que va nous donner le Plan directeur en oncologie qui va être rendu public au cours des prochaines semaines, M. le Président.

Alors, voilà un ensemble de mesures — avec les indicateurs nous permettant de pouvoir quantifier l'atteinte des objectifs, l'atteinte des cibles — que nous allons suivre au cours des prochains mois pour faire en sorte que les maladies chroniques soient réellement au cœur des préoccupations du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. La deuxième opposition, pour un bloc de 13 minutes. Mme la députée de Groulx, pour un bloc de 13 minutes.

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Rebonjour, en fait. Rebonjour à tous. Je voudrais d'abord vous remercier, effectivement, de consacrer vos énergies au temps d'attente dans les urgences, qui, actuellement, sont en moyenne de 17 heures. Et je pourrais vous parler de la région des Laurentides, qui dépasse largement le 17 heures, surtout en période hivernale. Et j'ai été étonnée d'apprendre aujourd'hui que 43 % des GMF, actuellement, ne respectent pas leurs contrats. Alors, j'imagine qu'à la signature de ces contrats-là il doit y avoir des gens qui sont responsables de s'assurer du respect des contrats. Qui sont-ils? Et quelles mesures va-t-on prendre pour s'assurer que ces gens-là fassent un suivi serré et s'assurent du respect des contrats déjà signés avec les groupes de médecins de famille?

Ma deuxième question concerne aussi les corridors d'accès. Je suis aussi heureuse d'apprendre qu'on va peut-être, finalement, avoir accès à des corridors prioritaires. Ça fait déjà 10 ans, par contre, qu'on nous a annoncé ces corridors d'accès là, lors de la création des groupes de médecins de famille. Ça devait être une des façons d'accélérer le traitement. Malheureusement, je peux vous dire que, 10 ans plus tard, ce n'est pas le cas. Comme médecin oeuvrant dans les groupes de médecins de famille, on n'a pas accès ni aux plateaux techniques ni aux spécialistes de façon prioritaire. Alors, permettez-moi d'être inquiète et de vouloir avoir un échéancier sur ces promesses qui nous ont déjà été faites il y a plus de 10 ans.

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

M. Hébert : Merci beaucoup, Mme la députée de Groulx. Je suis très sensible à vos préoccupations et je les partage. Et je peux vous assurer de la volonté du gouvernement et ma propre volonté d'opérer un virage majeur, d'abord dans la responsabilité des fonds que nous avons à gérer. Et, comme je le mentionnais tout à l'heure, ce qui m'étonne, me bouleverse, et, je dirais même, me scandalise, c'est que, dans certains cas, on donne 400 000 \$ à 500 000 \$ à des groupes de médecins de famille, avec des exigences au niveau du nombre d'inscriptions, au niveau des heures d'ouverture et que ces exigences-là ne sont pas remplies, et ce, sans aucune sanction, et c'est, je pense, une mauvaise utilisation des fonds publics. Je pense que, si on investit des sommes aussi importantes dans les groupes de médecins de famille, on doit s'attendre à ce que les ententes soient respectées et que ce qu'on s'était entendu soit livré.

Ce qu'on me dit, c'est qu'on n'a jamais voulu avoir de sanctions parce qu'on ne voulait pas qu'il y ait des groupes de médecins de famille qui arrêtent et on voulait en avoir de plus en plus, des groupes de médecins de famille. Mais moi, je pense que ce n'est pas une bonne approche parce que ça envoie un mauvais message. D'abord, ça envoie un mauvais message à la majorité des groupes de médecins de famille, qui eux se conforment à l'entente, qui eux atteignent les cibles d'inscription, qui eux ouvrent le soir et les fins de semaine. Là, ce qu'on envoie comme message, c'est que vous n'avez besoin de suivre l'entente, on va vous le donner pareil, le 400 000 \$. Ça, ça n'a pas de bon sens.

Alors, il faut mettre fin à ça. Il faut mettre fin à ça et il ne faut pas laisser les réseaux locaux aux prises avec des décisions comme celles-là. Vous comprendrez que c'est parfois difficile pour un réseau local de prendre des sanctions pour des médecins qui sont des collègues ou qui participent à la vie de la communauté. Alors, il faut dégager. Il faut que ce soit un rôle de l'agence et, ultimement, du ministère, qu'on s'assure que les ententes soient respectées.

Mais il faut aussi que les règles du jeu soient claires. Actuellement, ce n'est pas clair, et donc c'est pour ça qu'on va avoir un cadre de gestion avec des obligations très claires. On va l'assouplir, jusqu'à un certain point, pas dans les exigences, mais on va l'assouplir en termes du nombre d'inscriptions. C'est-à-dire qu'actuellement il y a des paliers qui sont très importants. Puis le premier palier, c'est 9 000 inscriptions. Bien, on va mettre un palier à 6 000 puis on va en

mettre aux 3 000. Mais ces paliers-là vont être associés avec un financement proportionnel au nombre d'inscriptions, et on va s'assurer également que la couverture les soirs et les fins de semaine soit au rendez-vous pour qu'on puisse avoir vraiment le résultat qui correspond à l'investissement qu'on fait dans ces groupes de médecins de famille là.

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

Mme Daneault : ...préciser ma question. C'est : Actuellement, ça fait quand même 10 ans que les GMF existent, qui a la responsabilité de s'assurer que les contrats sont respectés?

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

• (13 h 10) •

M. Hébert : Bien, je vous dirais que ça fait partie du problème : Ce n'est pas clair, O.K.? C'est parce qu'on n'a pas clarifié... c'est ça que je veux dire par «le cadre de gestion», c'est : qui fait quoi? Qui a la responsabilité d'aller vérifier si le contrat est respecté? Et qui a la responsabilité, à un moment donné, de serrer la vis et de prendre les sanctions? Et quelles sont les sanctions qui s'appliquent lorsque le contrat n'est pas respecté? Alors, c'est ce que nous allons clarifier. Nous sommes en train de le faire, et on va faire le travail avec la Fédération des médecins omnipraticiens, qui est consciente du problème et qui souhaite également qu'on puisse être plus rigoureux dans la gestion des groupes de médecins de famille.

Ça veut peut-être dire qu'on va être obligés d'arrêter des contrats avec des groupes de médecins de famille, mais je pense qu'il faut avoir le courage de faire... de prendre cette décision-là si on veut faire en sorte que les groupes de médecins de famille participent vraiment à améliorer l'accès en première ligne. Je pense que c'est absolument incontournable, et vous en conviendrez avec moi.

Au niveau des corridors d'accès, moi, j'ai rappelé à tous les CSSS de travailler sur l'aménagement de ces corridors d'accès pour... et il y en a plusieurs qui le font déjà. Et je suis désolé d'apprendre que, dans votre région, ça ne se fasse pas encore. Lorsque je suis allé visiter l'agence dans votre région, j'ai rappelé — je me suis permis de leur rappeler — qu'il était important qu'on puisse aménager ces corridors d'accès. Je suis tout à fait d'accord avec la députée de Groulx qu'il faut que, rapidement, les médecins de famille puissent avoir accès à du laboratoire, puissent avoir accès à de l'imagerie s'ils veulent être capables d'être efficaces dans leurs interventions et ne pas attendre quelques jours que la situation se détériore, et là que le patient soit obligé de s'en aller à l'urgence pour avoir sa radiographie ou pour avoir sa prise de sang; ça ne fait pas de sens. Et, si on veut vraiment faire en sorte de donner au médecin de famille les outils pour pouvoir avoir un portrait juste de la situation de son patient, avoir un bon diagnostic, pouvoir intervenir sur le plan thérapeutique rapidement, il faut absolument qu'il puisse avoir accès à ces examens de laboratoire et ces examens d'imagerie. Et il n'y a pas plus de coûts à ça, M. le Président, il y a moins de coûts. Parce que, si on a un accès à des tests de laboratoire et des tests d'imagerie rapidement...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion.

M. Hébert : ...c'est moins de coûts qu'on aura dans le futur.

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

Mme Daneault : M. le Président, oui, je suis convaincue de l'efficacité des... pas besoin de me convaincre là-dessus. Mais ma question est : L'échéancier. Quel est l'échéancier que vous avez demandé aux agences pour l'implantation de ces corridors? L'échéancier. Est-ce qu'on a donné un échéancier? Pas 10 ans, pas cinq ans, pas 20 ans. Est-ce qu'on a donné un échéancier? C'est ça, la question.

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

M. Hébert : Mais, pour moi — et je rappellerai à la députée de Groulx ce que j'ai déjà dit — ce n'est pas compliqué de faire ça, et ça peut se faire dans les semaines ou dans les mois qui viennent. De développer des corridors, là, et des facilités d'accès, là, ce n'est pas quelque chose qui demande du budget supplémentaire, un. Ce n'est pas quelque chose qui demande la mise en place d'infrastructures, d'immobilisations. C'est juste de mettre en place un fonctionnement simple pour qu'on donne la priorité aux médecins de famille, comme on le fait pour d'autres secteurs du centre de santé et de services sociaux. Et j'ai demandé aux CSSS, au cours des prochains mois, de régler cette question. Et, si on n'a pas un résultat tangible au cours des prochains mois, je mettrai une date précise à partir de laquelle il faudra qu'on puisse avoir des résultats.

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

Mme Daneault : Est-ce qu'on peut s'entendre sur trois mois?

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

M. Hébert : Il y a un point : je demande un petit peu plus que trois mois. J'aurais besoin de six, si vous m'en permettez d'avoir ça, parce qu'il y a une partie de négos sur l'accueil clinique qu'on doit faire avec la Fédération des

médecins spécialistes. Et on travaille là-dessus parce que c'est une petite partie qui nous manque. Alors, je vous demande un petit peu plus de délai pour cette partie-là.

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

Mme Daneault : O.K. Bon, va pour six mois. Je vais faire le suivi, inquiétez-vous pas. Il y a une autre chose qui m'a... Il me reste combien de temps?

Le Président (M. Bergman) : Il vous reste un autre trois minutes.

Mme Daneault : Ah! O.K. J'étais heureuse aussi d'entendre le ministre dire qu'en 2013 on est étonnés de voir circuler des fax. Je suis entièrement d'accord avec vous. Mais je ne sais pas si le ministre est au courant que la Régie de l'assurance maladie continue de nous inonder d'infolettres depuis de nombreuses années, alors que la régie... — et là on parle du dossier électronique — et que depuis des années qu'on facture, à la régie, en ligne. Comment se fait-il que la Régie de l'assurance maladie continue de nous inonder, autant omnipraticiens que spécialistes, de ces infolettres? Et quels en sont les coûts? Parce que, là, j'ai une copie, malheureusement, mais, quand on la reçoit chez nous, elle est en couleurs, alors on sait que, déjà là, ça coûte plus cher. Alors, j'aimerais savoir quels sont les coûts de ces infolettres-là, et quand est-ce qu'on va arrêter de nous envoyer ça, et de nous les faire parvenir par courrier électronique, comme la facturation, et le reste?

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, dans 1 min 30 s.

M. Hébert : Alors, avec le consentement de l'opposition, je demanderais à M. Marc Giroux, le P.D.G. de la Régie de l'assurance maladie, de répondre à cette question précise.

Le Président (M. Bergman) : M. Giroux, identification de votre nom, s'il vous plaît, votre titre, et il vous reste une minute.

M. Giroux (Marc) : Marc Giroux, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie.

C'est une excellente question. On a un souci très important d'informer tous les professionnels de la santé des multiples modifications qui sont faites aux ententes et qui rendent parfois l'application des ententes un peu lente. Donc, il y en a de façon très régulière, vous êtes bien placée pour le savoir. Un des éléments de solution que j'ai demandés à mes gens, c'est de pouvoir avoir effectivement l'adresse courriel de tous les médecins pour leur envoyer cette information-là.

Vous savez aussi qu'on peut déjà vous envoyer ça sur mode courriel, hein? On a un service Web qui vous donne ces informations-là, là. Peut-être que vous n'êtes pas inscrite sur notre système Web, là.

Le Président (M. Bergman) : Conclusion, s'il vous plaît.

Mme Daneault : Est-ce qu'on peut arrêter d'envoyer ça sans arrêt papier, là? Et quels sont les coûts reliés à ces envois-là?

M. Giroux (Marc) : Je ne les ai pas actuellement. Je pourrais vous les faire parvenir à la commission, M. le Président, dans les jours qui viennent. Je n'ai pas les coûts précis de ça. Mais, comme je vous dis, vous avez une alternative à aller sur notre service Web.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Le bloc est terminé. Merci beaucoup, M. Giroux, pour l'information supplémentaire. S'il vous plaît, envoyez ça au secrétaire de la commission, qui va l'envoyer à tous les membres de la commission.

Alors, le bloc du gouvernement pour huit minutes. Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. Alors, il est connu et documenté qu'il existe un problème d'inéquité du financement du réseau entre les régions du Québec. On sait que l'étalement urbain a eu un impact sur les besoins en soins de santé des populations qui vivent en périphérie des grands centres. Certaines régions sont dans cette situation, et ceci, depuis plusieurs années. Cette réalité-là me préoccupe particulièrement parce que la région de Lanaudière fait face à cette réalité-là. On a un manque à gagner de 42,5 millions de dollars quand on se compare à d'autres régions... accompagné de d'autres régions également, particulièrement la Montérégie, la région des Laurentides également et d'autres régions, des fois, en moindre importance.

Alors, avant l'arrivée des libéraux au pouvoir, en 2003, le Parti québécois avait amorcé un plan de rattrapage et avait injecté des sommes dans ce sens. Sous la gouverne libérale, pendant neuf ans, aucun geste n'a été posé afin de rétablir ces inéquités. Alors, M. le ministre, dans le contexte où la population de ces régions augmente considérablement... On entendait, d'ailleurs, tout à l'heure les réalités de Vaudreuil-Soulanges, situation très similaire à ma région, Lanaudière, qui a connu une explosion démographique très importante, et je vais me permettre de ne pas citer toutes les autres régions dans cette réalité-là, mais où la population est en explosion considérable. Alors, comment entrevoyez-vous remédier à ce problème, M. le ministre?

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, vous avez six minutes pour répondre.

M. Hébert : Six? O.K. Je vais être en déficit de minutes pour être capable de répondre à ce déficit de services. Alors, effectivement, le ministère a actuellement les informations pour calculer les écarts entre ce qui devrait être consenti pour chacun des programmes du ministère. Alors, on parle des programmes de santé mentale, de santé publique, de déficience intellectuelle, déficience physique, de soutien à l'autonomie des personnes âgées, de dépendance, de jeunes en difficulté. Alors, pour chacun des programmes, on est capables d'établir, pour chacune des régions, ce que la région devrait recevoir, compte tenu de sa population, compte tenu de l'éloignement et de plusieurs autres facteurs spécifiques, et ce qu'elle reçoit en réalité. Et cet exercice-là, lorsqu'on le fait pour l'ensemble des programmes, nous amène aux conclusions qui sont soulevées par la députée, à savoir qu'il y a des régions qui sont en surplus de ressources — et on parle surtout de la région de Montréal, de la Capitale-Nationale et des régions, je dirais, périphériques, les régions éloignées — et il y a des régions qui sont en déficit de ressources, en déficit relatif — et on parle de la couronne de Montréal, de l'Estrie, de la région de la Mauricie et le Centre-du-Québec et de l'Outaouais. Alors, cette situation-là est connue, et effectivement il y a eu, à une époque, des plans pour pouvoir corriger ces inéquités-là, mais ces plans-là n'ont pas été mis en action au cours des neuf dernières années. Alors, on aboutit à des situations où des régions... La région que vous soulevez est en déficit de 40 millions, déficit relatif de 40 millions, alors qu'il y a d'autres régions qui sont en surplus, comme la Capitale-Nationale, de 68 millions.

Alors, quand on regarde ça, on pourrait avoir... de dire... la solution simpliste, c'est d'avoir l'approche Robin des Bois et de prendre aux riches pour donner aux pauvres, mais ça ne fonctionne pas comme ça. Les services qui sont actuellement dispensés, même dans des régions en surplus, répondent à des besoins de ces populations-là, et on ne peut pas avoir une telle approche.

• (13 h 20) •

Par contre, on peut avoir une stratégie pour être capables de corriger un certain nombre de ces inéquités-là, et je vais vous en donner quelques-unes. Alors, la première stratégie qu'on va utiliser, c'est le rapatriement des usagers qui, actuellement, consomment leurs services sur l'île de Montréal et qui habitent dans la couronne autour de l'île de Montréal, dans les régions de Montérégie, de Laval, de Laurentides et de Lanaudière. Alors, lorsqu'on a élaboré les projets des grands centres hospitaliers universitaires, le CHUM et le CUSM, il y avait eu, dans ces prévisions de lits et de ressources, une préoccupation pour transférer vers les régions de la couronne un certain nombre de services qui étaient réalisés dans les hôpitaux universitaires et qui auraient avantage à être réalisés à proximité. Mais il n'y a pas eu de suivi de ce transfert-là. Et moi, j'ai remis, dès mon arrivée au ministère, en place un groupe de travail spécifique qui fait intervenir les CHU et les agences des couronnes pour être en mesure d'opérer ce transfert-là et de faire en sorte que, lorsque les centres hospitaliers universitaires intégreront leurs nouveaux locaux, bien, qu'on puisse avoir un retour de services dans les régions périphériques et pouvoir corriger un certain nombre de ces inéquités-là.

La deuxième stratégie qu'on va utiliser, c'est lorsqu'on fait des investissements supplémentaires et on va donc prioriser les régions qui sont en déficit. Et, comme on l'annonçait, on aura un investissement de 110 millions pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées, alors on devrait être en mesure de corriger, dans ce programme-là, une grande partie des inéquités. Nous investirons donc en priorité dans les régions qui sont en déficit de façon à pouvoir corriger, du moins dans ce programme, les inéquités qui sont apparentes au niveau du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Nous avons aussi, dans le budget 2013-2014, une certaine somme qui va au développement et nous avons l'intention d'utiliser cette somme-là pour corriger également des inéquités au niveau des programmes de santé physique, au niveau de l'accès aux services spécialisés pour les citoyens et citoyennes des régions de Laval, Laurentides, Lanaudière et de la Montérégie.

Alors, nous allons donc avoir un plan. Et là je vous donne trois éléments de ce plan, mais il faudra également, dans les autres programmes — que ce soit la déficience physique, déficience intellectuelle et la santé mentale, par exemple — pouvoir utiliser les sommes de développement pour corriger d'abord des inéquités et faire en sorte que chacun des citoyens du Québec, peu importe où il demeure — qu'il soit sur l'île de Montréal, autour de l'île de Montréal, en région — puisse avoir une chance égale d'avoir accès à des services de qualité pour l'ensemble des programmes du réseau de la santé et des services sociaux, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. M. le député de Jean-Talon, pour un bloc de 10 minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président. Bien, je continuerais peut-être sur le sujet actuel. Quand on sait qu'une grande ville, exemple la région de Québec ou la région de Montréal, c'est très peu de gens de ces grandes régions qui vont aller vers la périphérie, mais on sait qu'il y a toujours une partie de la population qui va partir de la périphérie, qui va venir vers la grande ville soit pour des soins surspécialisés ou encore tout simplement parce qu'il y a quand même plus de gens qui restent en périphérie qui viennent travailler dans la grande ville, donc le désir de consultation peut être où la personne demeure ou encore où elle travaille, est-ce que le ministre a prévu un plan pour que l'argent suive le patient?

Entre autres, on est tout à fait d'accord... D'ailleurs, ce que le ministre a expliqué tantôt, je pense que les gens du ministère le savent, ça fait trois ans qu'on en fait la promotion. Il y a déjà du rapatriement qui a été commencé en Montérégie. C'est commencé également dans les Laurentides. Donc, c'est une poursuite des politiques qu'on avait prises. Le ministre peut peut-être dire : Moi, j'ai l'intention de peser sur la pédale pour aller plus vite, mais la réalité, c'est que c'était déjà commencé, dont, entre autres, la Montérégie, récupération au niveau des effectifs médicaux, hein, c'est

déjà fait. Les Laurentides, Lanaudière, Laval, j'étais toujours accueilli pratiquement en héros parce qu'on rapatriait beaucoup de services localement.

Puis c'est une politique, je pense, qui doit être continuée. Il faut offrir... les gens d'être traités le plus près possible d'où ils demeurent ou encore où ils vont travailler parce que c'est là qu'ils veulent avoir le service. Je ne pense pas que le ministre va remettre en question le choix du patient, où il veut recevoir son service.

Ma question : Est-ce que le ministre a planifié pour être capable de calculer le pourcentage d'une population, en moyenne, qui va aller consulter localement, même une fois que tous les services vont être mis en place soit en Montérégie, soit dans la région de Laurentides, Laval, Lanaudière? Également on parle de Chaudière-Appalaches, et je pense que c'est le même principe qui s'applique — on en a discuté lorsqu'on a rencontré les agences — au niveau de la région de l'Outaouais, où il y a une partie de population de l'Outaouais qui va aller consulter à Ottawa parce que c'est l'alternative qu'ils ont, sinon ils viendraient à Montréal. Il faut voir que c'est sur la question de services spécialisés.

Et puis, encore là, je ne veux pas faire de partisanerie politique, mais j'aimerais juste qu'on établisse des bases pour qu'à un moment donné chaque citoyen puisse recevoir ses services. Mais également il faut penser que ça ne fonctionne pas, comme certains le prétendent dans certaines régions, où on devrait y aller tout simplement en fonction de la population qui est recensée dans le secteur sans tenir compte d'où ils consultent. M. le ministre, s'il vous plaît.

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

M. Hébert : M. le Président, le député de Jean-Talon devrait savoir que, dans les méthodes de calcul de ces inéquités interrégionales, le phénomène de consommation vers les régions centripètes que sont Québec et Montréal principalement est tenu en compte déjà. Alors, même dans les chiffres que je vous mentionnais tout à l'heure, déjà dans les calculs, dans ces indicateurs qui permettent de calculer l'écart entre les services qui devraient être donnés et les services qui sont effectivement donnés, il y a déjà une prise en compte de cet élément centripète des régions de Québec et de Montréal et de l'accès à des services spécialisés. C'est déjà pris en compte dans ces régions-là. Le phénomène qu'on observe, c'est que les gens n'y vont pas pour le plaisir, consommer leurs services à Québec, à Montréal, ou, pire, du côté de l'Ontario, ils y vont parce que le service, il n'est pas disponible dans leurs communautés, n'est pas disponible à proximité. Et c'est ça qu'il faut renverser, M. le Président, il faut faire en sorte que ces services de proximité soient disponibles. Je pense que le choix du patient... je veux bien, mais on veut développer des services de proximité pour le patient là où il habite, M. le Président, et je pense que ça, c'est une priorité qui doit être respectée. Il faut développer, en Montérégie, dans Laurentides, Lanaudière, en Outaouais, les services qui sont nécessaires pour qu'on n'ait pas besoin de recourir tantôt à Montréal ou en Ontario pour avoir les services.

J'étais en Outaouais, M. le Président, et je suis vraiment étonné de constater qu'on a eu des plans de rapatriement, au début des années 2000 et à la fin des années 90, des services en Ontario, mais ces plans de rapatriement, depuis 2003, ont été abandonnés, M. le Président, de sorte que le nombre de patients qui sont obligés d'aller en Ontario a augmenté de façon importante parce qu'on n'a pas prévu de stratégie pour augmenter les services en Outaouais et faire en sorte que la population de l'Outaouais puisse trouver ces services dans sa région, des services qui sont financés à grands frais, M. le Président, qui sont financés par le Québec pour des installations qui sont en Ontario. Je pense qu'il faut avoir un plan de rapatriement. Je ne dis pas que tous les services devraient être rapatriés, mais je pense, au moins, que les services de première et deuxième ligne devraient trouver réponse en Outaouais au lieu de trouver réponse de l'autre côté de la frontière. Que les gens aillent consulter pour certains services spécialisés du côté d'Ottawa parce que c'est plus près, j'en conviens, mais que des gens soient obligés d'aller accoucher de l'autre côté de la rivière parce qu'il n'y a pas suffisamment d'accès aux services d'obstétrique dans la région de l'Outaouais, ça, je pense qu'il faut rectifier cette situation-là qui n'est pas acceptable.

Alors, on a un plan, comme je le disais tout à l'heure, pour corriger, avec notre groupe de travail 514-450, l'accès aux services dans la région de la couronne de façon à faire en sorte que les gens n'aient pas de besoin de traverser les ponts pour avoir accès aux services de santé de première et de deuxième ligne. Il restera toujours des services spécialisés pour lesquels nos centres hospitaliers universitaires doivent accueillir des usagers de leur territoire de RUIS, nous en convenons, et c'est normal. Mais, pour recevoir les services de première ligne et les services de deuxième ligne, il faut qu'ils puissent trouver en Montérégie, à Laval, dans les Laurentides, dans Lanaudière et en Outaouais ces services-là, qu'ils soient disponibles et accessibles.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président. Là, je veux juste bien comprendre le ministre, là, juste être certain qu'on pense la même chose. Si quelqu'un demeure à Saint-Jérôme, il travaille à Montréal puis il a déjà vécu à Montréal, le ministre ne nous dit pas, même une fois qu'on va avoir tout développé des services, qu'il va être obligé de consulter à Saint-Jérôme parce que c'est chez lui versus à l'endroit où il travaille ou encore... Selon la loi, c'est le choix du patient de consulter à l'endroit qu'il veut. Je veux juste que le ministre me rassure en me disant qu'il va laisser le libre choix aux gens d'aller consulter où ils veulent. Et également, si vous regardez ici, dans la région de Québec, il y a des gens qui viennent tout simplement consulter à Québec parce que la semaine ils travaillent à Québec, donc c'est un choix personnel. Parce que le ministre avait l'air d'insister en disant que ce serait pratiquement une obligation de consulter près de chez soi. Juste me rassurer, M. le ministre.

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

M. Hébert : Dans la situation actuelle, M. le Président, le patient, il n'a pas le choix. Il ne l'a pas, le choix. Il est obligé d'aller à Québec et à Montréal parce qu'il n'en a pas, de services chez lui. Alors, moi, ce que je veux, c'est justement donner le choix à l'usager d'avoir des services près de chez lui. Vous savez, la fin de semaine, quand on ne travaille pas, il faut avoir accès à son groupe de médecins de famille. Alors, si on est obligés de traverser le pont pour aller à Montréal, à son groupe de médecins de famille, je ne suis pas sûr qu'on a rendu service aux patients puis je ne suis pas sûr que les patients ne vont pas choisir plutôt d'avoir un groupe de médecins de famille à proximité de leur domicile, comme ils ont un dentiste à proximité de leur domicile, comme ils ont un garagiste à proximité de leur domicile pour avoir les services plus près de leur domicile. Il faut donner un véritable choix, M. le Président, aux patients de pouvoir recevoir, à proximité de leur lieu de résidence, les services dont ils ont besoin.

• (13 h 30) •

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, le ministre, j'aimerais qu'il réponde à la question, là. Une fois qu'on a développé les services partout de façon correcte, que les gens ont accès aux services, si le patient, la personne décide de continuer avec son médecin sur l'île de Montréal ou dans la ville de Québec, est-ce que le ministre est d'accord avec ça, que c'est le choix du patient? Les services sont développés, là, on ne remet pas ça en question, là. Je parle plus longtemps parce qu'il parle longtemps pour l'expliquer, mais j'ai tout compris ça, ça fait longtemps. Ce que je veux savoir : Une fois que tout est équilibré, est-ce que le patient va continuer d'avoir le choix de consulter à l'endroit qu'il désire?

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

M. Hébert : Il me semble que ma réponse a été claire, M. le Président. Je veux augmenter le choix. Actuellement, la situation actuelle fait en sorte que le patient, il n'a pas le choix. Il ne l'a pas, la possibilité d'avoir un traitement à proximité, chez lui. Alors, moi, ce que je veux, c'est que le patient ait le choix de recevoir le service où il veut le recevoir, mais qu'il ait le choix, qu'il ait l'option de le recevoir chez lui. Et ce qu'on observe dans la plupart des pays, lorsque les gens ont le choix de recevoir leurs services près de chez eux, ils préfèrent ce choix-là, ils préfèrent cette option.

Mais loin de moi l'intention d'obliger les patients à avoir recours à des services de proximité. C'est prévu dans la loi, je suis tout à fait d'accord. Moi, je veux redonner le choix aux patients. Actuellement, les patients, ils n'ont pas le choix de recevoir des services près de chez eux, ils n'ont pas le choix de recevoir des soins à domicile plutôt que d'être hébergés en CHSLD. Je veux redonner le choix aux gens d'avoir des services de proximité.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Jean-Talon, il reste 1 min 30 s.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, bien, c'est... Pour conclure, il faut respecter le choix, parce que j'avais un peu de crainte. Je pense que même le ministre n'était pas trop sûr. On semblait... qu'il voulait enlever le choix puis pratiquement obliger les gens à consulter à un seul endroit. Idéalement, c'est leur groupe de médecine de famille, mais ils ont quand même le choix de leur groupe de médecine de famille.

L'autre élément... Là, le ministre, tantôt, nous parlait des soins spécialisés. Est-ce que, dans la première ligne, lorsque vous tenez compte des iniquités interrégionales, ou inter-CSSS... Est-ce que, dans la première ligne, vous le mesurez également ou c'est seulement que dans les soins spécialisés? 15 % de la population de Chaudière-Appalaches viennent chercher leurs services en première ligne ici, dans la ville de Québec. Est-ce que ceci, vous le mesurez, ou vous ne tenez compte que des soins spécialisés?

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

M. Hébert : Dans les soins généraux, c'est mesuré. Dans le programme des soins généraux, ce mouvement de personnel, ce mouvement centripète est tenu en compte dans l'équation des besoins populationnels.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...puis j'aimerais ça peut-être que le Dr Rodrigue, là, qui connaît bien le domaine, pouvait juste me dire si, oui ou non, c'est mesuré, les gens qui viennent consulter en première ligne, en médecine de famille. Est-ce que... J'ai vu un signe de tête. J'aimerais ça qu'on le dise, le mot du signe de tête.

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

Des voix : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : C'était quelqu'un en arrière. J'ai vu un signe de tête.

M. Hébert : Oui, c'est François Dion.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Le signe de tête, c'est quoi?

Des voix : ...

M. Hébert : Ce n'est pas séparé, c'est l'ensemble des services. Si vous voulez que j'identifie la première ligne... La première ligne n'est pas un programme dans l'ensemble des programmes. Tu as les services généraux, tu as le programme de santé physique, santé mentale, soutien à l'autonomie. Alors, la première ligne, c'est transversal, ça comporte une partie des services généraux, de santé physique, etc. Et, dans chacun des programmes, l'effet centripète...

Le Président (M. Bergman) : Conclusion, s'il vous plaît.

M. Hébert : ...est tenu en compte dans les équations pour établir les besoins de la population.

Le Président (M. Bergman) : Alors, collègues, compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30. Nous reprendrons dans cette même salle, mais je demanderais de quitter avec les effets personnels. Il y a une autre commission qui siège aujourd'hui, cet après-midi. Alors, on reprend ce soir, à 19 h 30. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 34)

(Reprise à 19 h 33)

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. Nous allons procéder à la mise aux voix des crédits rattachés au volet Santé à la fin de la séance.

Puisque nous avons débuté nos travaux à 19 h 30... 19 h 32, je m'excuse, et qu'une période de trois 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 30... jusqu'à 22 h 32? 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 : le gouvernement, environ 1 h 15 min; l'opposition officielle, environ 1 h 23 min; le deuxième groupe d'opposition, environ 16 minutes.

Lors de la suspension de nos travaux cet après-midi, M. le député de Jean-Talon avait la parole.

Documents déposés

Mais, avant de vous donner la parole, M. le député, pour un bloc de 11 minutes, je reconnais le ministre pour un dépôt de document.

M. Hébert : Merci beaucoup, M. le Président. J'ai déposé des réponses à des questions qui n'avaient pas été répondues dans les documents qu'on a déposés aux deux oppositions officielles, et également un amendement à une page, la page 43 du cahier des réponses aux questions générales, où une erreur s'est glissée. Alors, je dépose ces documents et je voudrais en profiter pour remercier l'ensemble des personnes du ministère qui ont travaillé, au cours des dernières semaines, à produire ces réponses de façon très professionnelle et très rigoureuse. Alors, je voudrais les remercier et les féliciter pour le travail qu'ils ont accompli.

Le Président (M. Bergman) : Alors, merci, M. le ministre, pour le dépôt. Alors, je reconnais maintenant le député de Jean-Talon pour un bloc de 11 minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...Trois-Rivières.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Trois-Rivières, bienvenue. Vous avez la parole pour un bloc de 11 minutes.

Mme St-Amand : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, d'entrée de jeu, permettez-moi de vous saluer, saluer le ministre, les collègues d'en face évidemment, les collègues... mon collègue le député de Jean-Talon, toute l'équipe qui entoure le ministre aussi. On le sait, ce sont des gens qui font un travail colossal, alors heureuse de les retrouver.

M. le Président, le 7 mai dernier, avec mon collègue de Jean-Talon, nous avons annoncé un investissement de 51,5 millions de dollars pour la réalisation de la phase II du déploiement des services du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, centre hospitalier qui est affilié universitaire, évidemment. Il est important de préciser que le centre hospitalier a fait toutes ces démarches. Une somme, d'ailleurs, de 6 virgule quelques millions a été débloquée l'année dernière pour qu'ils puissent aller aux plans et devis.

C'est une infrastructure qui est extrêmement importante dans notre communauté, qui est attendue depuis de nombreuses années. Alors, les gens ont travaillé d'arrache-pied pour monter un dossier solide, et, évidemment, vous

savez, on est grandement préoccupés de savoir si ce dossier-là va suivre son cours. Je tiens à le répéter, M. le Président, on espère vraiment que notre ministre viendra annoncer une pelletée de terre dans les prochains mois. On sait que les plans et devis vont être finalisés dans quelques mois.

Alors, évidemment, ma question s'adresse au ministre, à savoir si, dans son budget, il est prévu la poursuite des travaux de la phase II du CHRTR?

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

M. Hébert : M. le Président, le dossier du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières est un bel exemple des annonces qui ont été faites par mon prédécesseur. Et, vous l'avez souligné, le 7 mai, alors que quelques semaines plus tard, on retirait ce projet-là du PQI, alors qu'il y était, et c'est une décision qui a été faite par le gouvernement précédent de retirer ce projet du PQI pour le remplacer par d'autres projets, et le Conseil du trésor, dans une décision le 19 juin, retirait ce projet du plan quinquennal d'immobilisations.

Alors, c'est un projet qui, comme plusieurs autres projets dont j'ai pu énumérer la liste lors d'une séance précédente, fait en sorte qu'il y a pour 2,3 milliards de dollars d'annonces qui ont été faites, mais pour lesquelles il n'y avait pas de provision au plan quinquennal d'immobilisations. Alors, on se retrouve devant une situation difficile, où des gens, un peu partout au Québec, de bonne foi, ont travaillé sur des projets avec une assurance, une fausse assurance qu'on avait attaché ces projets.

Et je peux vous dire que, dans mon propre comté, le comté de Saint-François, où il y a le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, il y a un projet qui a été annoncé au moins cinq fois, au cours des dernières années, par le gouvernement précédent et pour lequel, à ma grande stupéfaction, lorsque je suis arrivé en poste, j'ai constaté qu'il n'y avait pas de provision au plan quinquennal d'immobilisations.

Alors, je suis tout à fait sympathique à ce que vous vivez et à ce que les citoyens et les personnes du CSSS et de l'agence vivent actuellement, mais nous avons un devoir de rigueur et nous allons, au cours des prochaines semaines, analyser l'ensemble des projets sur la base des financements qui sont disponibles dans le plan quinquennal d'immobilisations. On a reçu la part de la santé pour les immobilisations. Nous avons fait tout un travail, au cours des dernières semaines, de priorisation, de priorisation d'abord clinique et administrative, au niveau du ministère, de chacun des projets et de priorisation à l'intérieur de chacune des agences, et je peux vous dire que l'agence Mauricie—Centre-du-Québec a placé la rénovation du CHRTR en première position, donc c'est la première priorité. Alors, s'il y avait un projet qui allait de l'avant dans la région de Mauricie—Centre-du-Québec, ce serait ce projet, qui en est à sa phase finale, comme vous le savez, et qui attend, pour aller de l'avant, d'avoir une autorisation de procéder avec un engagement au plan quinquennal d'immobilisations.

Alors, lorsque j'annoncerai, et je l'ai dit à plusieurs reprises devant cette commission, le projet du CHRTR, c'est parce que le budget sera là et qu'on pourra aller de l'avant avec une pelletée de terre.

• (19 h 40) •

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...faire une clarification. Je ne sais pas si le ministre manque de rigueur, est de mauvaise foi ou ne sait pas comment ça fonctionne. Lorsqu'on fait un grand projet, il y a plusieurs étapes d'annonces et, à chaque étape, il est très clair que c'est une étape et non pas le projet.

Un exemple : Lorsque vous faites un projet... Vous l'avez dit vous-même après-midi, il y a un besoin d'avoir un hôpital à Vaudreuil-Soulanges. Donc, on dit, on va dire aux gens : On reconnaît qu'il y a un besoin à Vaudreuil-Soulanges. Deuxième étape, on va faire des plans, on va travailler pour définir le plan clinique. On va aller dire aux gens, parce qu'on veut les informer... On ne se garde pas ça par manque de transparence, complètement dans un coin, puis un jour on arrive, on fait une pelletée de terre. Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne, puis je pense qu'il serait peut-être intéressant maintenant — vous êtes médecin, vous avez été chercheur — d'avoir au moins l'honnêteté intellectuelle de reconnaître qu'il y a différentes étapes, arrêter le jeu... de jouer le jeu de partisanerie politique mais dire comment ça fonctionne.

Comme vous travaillez actuellement, vous allez travailler dans des petits bureaux, sans que jamais personne ne sache exactement ce qui va se passer. C'est ce qui s'est passé dans tous les projets. En passant, c'est important d'avoir cette transparence parce qu'en cours de route les projets sont réévalués. Un exemple : À Sherbrooke, ils avaient un premier projet qui... par la suite, lorsqu'ils sont arrivés à différentes étapes, se sont rendu compte qu'il fallait qu'ils refassent l'urgence avant de faire leur centre mère-enfant. Donc, c'était normal au moins qu'ils sachent qu'ils s'en allaient vers ce centre mère-enfant là et ils l'ont réajusté.

M. le ministre, aujourd'hui, je vous demande d'être plus rigoureux, arrêter de jouer la partisanerie politique et mettre le système de santé en avant des intérêts de votre parti, comme je l'ai fait pendant les quatre dernières années, et vous savez que c'est vrai. Donc, je vous demanderais, du côté de Trois-Rivières, d'expliquer comme il faut que tout était là, sauf que l'enveloppe cette année, c'est une priorité. C'est ça qui devrait être annoncé, comme l'urgence d'Alma. Ça fait que vous pouvez jouer encore le jeu politique, vous jouez votre cassette, mais je peux vous dire qu'à toutes les fois que vous le faites je pense que les Québécois sont en mesure de juger que vous ne travaillez pas pour le système de santé, vous travaillez soit pour votre intérêt personnel ou juste pour des intérêts politiques.

M. le Président, par la suite, je vais laisser la parole à la députée de Trois-Rivières.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Trois-Rivières.

M. Hébert : M. le Président, est-ce que je peux me permettre de rappeler au député de Jean-Talon qu'il doit s'adresser au président de la commission et non pas s'adresser à moi lorsqu'il fait des interventions.

Le Président (M. Bergman) : Je vous demande, tous les députés dans la commission, pour... s'adresser à la présidence, s'il vous plaît. Mme la députée de Trois-Rivières.

Mme St-Amand : Oui. M. le Président, écoutez, on a besoin de plus que de la sympathie du ministre. Mon collègue le député de Jean-Talon l'a dit, l'argent était au rendez-vous. D'ailleurs, c'est pour ça qu'il y avait 6 millions de dollars qui étaient là pour les plans et devis qui sont à se compléter. Alors, ce n'est pas vrai que c'est un projet inachevé. C'est un projet qui a été annoncé, c'est un projet qui est en cours.

Les gens de Trois-Rivières, là, nous regardent ce soir. Les médias sont là, ils veulent savoir exactement ce qui se passe. Moi, je fais appel à la corde sensible du ministre de la Santé, qui sait... On ne tient pas les gens en otages comme ça. S'il y a un projet qui est mobilisateur, un projet qui n'est pas tant... Il est local, oui, mais il est régional, il est suprarégional, parce qu'on couvre aussi, dans plusieurs domaines, le Centre-du-Québec. Et vous savez, au mois d'août 2012, le 22 août, la candidate du Parti québécois disait : Je me réjouis de la réalisation de ce projet-là. «Vous savez, le projet de la phase II d'agrandissement du CHRTR, c'est un projet du Parti québécois. Je suis navrée de constater qu'on a dû attendre neuf ans pour qu'il soit financé.»

Ma collègue Mme Champagne, la députée de Champlain, a réclamé ce projet-là le 17 mars dernier ici, dans cette Chambre. Elle l'a fait au nom des citoyens de Trois-Rivières. Alors, moi, ce que je veux entendre du ministre, c'est... Écoutez, je comprends qu'il y a des projets qui ont peut-être été présentés, qui sont en cours, qui sont... ou qui ont demandé des autorisations au Conseil du trésor. Le projet du CHRTR, de la phase II à Trois-Rivières, a franchi toutes ces étapes-là. Les gens sont aux plans et devis. Je pense que l'équipe qui accompagne le ministre est capable certainement aussi de lui expliquer ça.

Alors, moi, ce que je veux ce soir, c'est que le ministre puisse rassurer les gens de chez nous, qu'il puisse leur dire... Je fais appel à son côté humain. C'est un projet important, il nous le dit, l'agence de santé l'a priorisé. Il connaît son enveloppe, il sait où il s'en va. Je sais qu'il y a beaucoup de coupures, mais il y a quand même des priorités. C'est un projet que les gens chez nous attendent depuis des années. Alors, je lui demande : Est-ce que le ministre peut nous confirmer qu'il va procéder à la réalisation du projet sans tarder?

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, il reste deux minutes dans ce bloc.

M. Hébert : M. le Président, ce projet est dans sa phase finale, M. le Président, attendait l'autorisation du Conseil du trésor pour être... aller de l'avant avec les appels d'offres, M. le Président. Le 7 mai, lorsque le ministre précédent, en compagnie de la députée, a fait l'annonce, M. le Président, il était dans le plan quinquennal d'immobilisations, et, quelques semaines après... On est dans la phase finale, on n'est pas dans un projet qui va arriver dans plusieurs années, on est dans la phase finale. Quelques semaines après, on retirait du plan quinquennal d'immobilisations ce projet et on refusait d'aller de l'avant. C'est le gouvernement précédent qui a pris cette décision-là, M. le Président, comme il l'a pris pour toute une série de projets qui étaient au plan quinquennal et qui ont été retirés. KPMG-Secor, dans son rapport, dénonce d'ailleurs cette manœuvre de retirer à la pièce certains éléments du plan quinquennal pour en faire entrer d'autres. Ce n'est pas des mesures, des processus qui sont conformes aux règles du Conseil du trésor et aux règles habituelles du gouvernement.

Alors, je regrette, mais le projet, il était provisionné, et on l'a retiré de l'enveloppe du plan quinquennal. Alors, c'est un exemple d'une irresponsabilité du gouvernement précédent, qui n'a pas respecté ses engagements. Et je suis très étonné d'apprendre que, le 7 mai, on avait fait même une annonce sur ce projet-là. Alors, on ne parle pas d'un projet qui devait être construit dans deux, trois, quatre, cinq, 10 ans, on parle d'un projet qui était prêt à construire. On l'a annoncé le 7 mai, on l'a retiré du plan quinquennal...

Le Président (M. Bergman) : En conclusion, s'il vous plaît.

M. Hébert : ...et je pense que ça, c'est la situation dramatique dans laquelle on se trouve, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Alors, on procède avec le bloc du gouvernement pour 11 minutes. Mme la députée de Masson... M. le député de Bonaventure.

M. Roy : Merci, M. le Président. M. le ministre, M. le Président, collègues députés, messieurs et mesdames du ministère, je vous salue. Je voulais souhaiter bonne journée, mais là je vais vous souhaiter bonne soirée. Je n'ai pas eu l'occasion de discuter avec vous cet après-midi.

J'aimerais revenir sur le plan directeur du cancer, M. le Président. Bon, on sait que le cancer, c'est la première cause de mortalité, et, par ricochet, sa lutte doit nécessairement être une priorité pour notre société. Malgré cette priorisation, des défis restent à relever, et ce, afin de répondre aux besoins grandissants d'une population qui vit de plus en plus de cas de cancer. Ça nous renvoie donc, bon, à l'accessibilité des services et surtout à la qualité de ces derniers. Mais la qualité va être associée au fait d'être à la fine pointe des avancées technologiques, cliniques et organisationnelles qui ont été démontrées efficaces.

D'une manière rétrospective, on peut dire qu'en 1998 le ministère de la Santé et des Services sociaux adoptait le Programme québécois de la lutte contre le cancer, et là j'ouvre la parenthèse, *Pour lutter efficacement contre le cancer,*

formons équipe, fin de la parenthèse. Donc, ce programme prônait une organisation hiérarchisée et intégrée des services et des soins, comme le démontre l'extrait que je vais vous citer : «L'un des principaux défis liés au renouvellement de l'organisation des services est d'assurer la complémentarité et surtout la continuité des multiples expertises et ressources requises pour la lutte contre le cancer. Outre cette difficulté inhérente au domaine, il faut également considérer la volonté de plus en plus manifeste des personnes d'être traitées près de chez elles, dans leur région. Pour faciliter les démarches d'organisation de services sur le plan régional, le comité a défini les critères de qualité, d'efficacité et de pertinence des services tout en tenant compte des niveaux souhaités d'accès aux services : local, régional et suprarégional. À ces critères, il fallait ajouter la nécessité de prévoir les mécanismes pouvant assurer l'accessibilité et la continuité des services aux personnes qui, souvent, se plaignent d'être ballottées d'une ressource à l'autre, de se sentir perdues dans les dédales du système.» Donc, M. le Président, nous pouvons constater que ce n'est pas d'hier que la lutte au cancer nécessite une forme de révolution dans les façons de faire et de remise en question.

La question va probablement s'adresser, bon, à un sous-ministre ou à un responsable d'organisme, M. le Président. Donc, la question est la suivante : Est-ce que le ministre, bon, ou quelqu'un qui le représente pourrait nous dire où en est la Direction québécoise de cancérologie dans l'établissement d'un programme de lutte au cancer?

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

• (19 h 50) •

M. Hébert : M. le Président, je remercie le député pour cette question. J'ai eu l'occasion de souligner la priorité qu'on voulait accorder à la lutte au cancer au niveau du ministère de la Santé et des Services sociaux et j'ai annoncé qu'un plan directeur en cancérologie allait être rendu public très bientôt. Il est actuellement en consultation. On a rencontré plusieurs intervenants, il y a eu une rencontre des organismes qui sont impliqués dans la lutte et les services en cancérologie.

Et, pour répondre de façon plus complète à la question, je vais inviter Mme Rompré, qui est la directrice adjointe de la direction de cancérologie, si j'ai le consentement de l'opposition, pour qu'elle puisse donner plus de détails sur le plan directeur. Ça va?

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

M. Hébert : Et je dois excuser le directeur de la lutte... la direction de la cancérologie, qui est à l'extérieur du pays actuellement et qui sera dignement représenté par Mme Rompré.

Le Président (M. Bergman) : S'il vous plaît, madame, vous identifier et votre titre aussi.

Mme Rompré (Michelle) : Alors, Michelle Rompré, directrice adjointe à la Direction québécoise de cancérologie. Bonsoir.

Le Président (M. Bergman) : ...la question.

Mme Rompré (Michelle) : Alors, écoutez, je vais réitérer les excuses du Dr Latreille de ne pas pouvoir être avec nous ce soir. En fait, on est en train de finaliser le Plan directeur en cancérologie. Pour ce faire, on est allés en consultations auprès de l'ensemble des agences, des établissements, des comités régionaux de lutte contre le cancer et, comme le Dr Hébert l'a mentionné, auprès des organismes communautaires dédiés à la lutte contre le cancer.

L'approche du nouveau plan directeur, qui sera connu prochainement, est une approche qui s'inspire beaucoup de ce qui a été fait depuis 1998 et qui s'inspire d'un travail vraiment en réseau, d'un réseau hiérarchisé de lutte contre le cancer avec les intervenants, non seulement les spécialistes, mais aussi les intervenants psychosociaux, les infirmières pivots et tout le réseau de lutte qui fait partie du continuum de soins et services. On est vraiment en phase finale. On fait un pas de plus par rapport à tout ce qui a été fait depuis le plan de lutte de 1998. Il y a des choses qui ont été réalisées, et on veut aller plus loin avec le nouveau plan de lutte.

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

M. Roy : Oui. O.K. Merci beaucoup, madame. Bon, dans un autre contexte, autre ordre d'idées, bon, le sujet que j'aimerais aborder ce soir, c'est la procédure de décès à distance. On sait que, bon, il y a eu un fait divers qui a été, je dirais, évoqué par les médias, qui nous disait que l'automne dernier au Saguenay on a raconté l'histoire d'une personne qui est décédée puis, parce qu'un nouveau protocole de déclaration de décès à distance avait été mis en place, est demeurée sans assistance et sans transport ambulancier sur les lieux de l'accident. On sait maintenant que cette personne, cette victime décédée, n'est pas demeurée seule sur la chaussée, car les policiers étaient demeurés sur place pour assurer la sécurité des lieux jusqu'à ce que le fourgon funéraire arrive et récupère la dépouille.

Donc, la question va être adressée probablement à un sous-ministre qui peut nous expliquer la situation, et on aimerait comprendre pourquoi le nouveau protocole a été mis en place et comment ce dernier fonctionne-t-il.

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

M. Hébert : M. le Président, avec le consentement de l'opposition je demanderais au Dr Jean Rodrigue, qui est sous-ministre adjoint à la Direction des affaires médicales et universitaires, de répondre à cette question spécifique.

Le Président (M. Bergman) : Consentement? Consentement. M. le sous-ministre, alors votre nom, s'il vous plaît, et votre titre.

M. Rodrigue (Jean) : Oui, bonjour. Jean Rodrigue, sous-ministre adjoint au service de santé et à la médecine universitaire. Alors, merci d'avoir posé cette question. Effectivement, le protocole de déclaration de mort était un protocole qui était déjà utilisé dans quelques régions depuis quelques années déjà, notamment en Chaudière-Appalaches, et qui avait démontré, finalement, son utilité. Ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il ne s'agit pas de simplement regarder quelqu'un puis de le laisser là comme sans aide, mais c'est de permettre finalement au technicien ambulancier qui arrive sur les lieux d'un accident, par exemple, et qui constate que, parmi les personnes impliquées dans l'accident, il y a une personne qui est décédée, qu'il y a une mort évidente, alors, à ce moment-là, le technicien ambulancier peut laisser ce patient-là sous la garde des policiers et s'occuper des autres personnes qui, elles, sont blessées et qui requièrent ses soins.

Alors donc, ce protocole-là, qui, comme je vous le rappelais, avait été utilisé dans quelques régions puis qui avait démontré son efficacité, on a donc décidé de permettre finalement que, dans les autres régions, ce protocole soit utilisé aussi en tout respect des personnes, c'est-à-dire que, autant des personnes décédées que des personnes blessées, puis en s'assurant que les soins sont donnés, finalement, à la personne qui les requiert et que la personne qui est décédée, de toute évidence, elle, puisse avoir une surveillance, si je peux dire, en attendant qu'on puisse venir recueillir le corps.

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

M. Roy : Oui. Juste une dernière question. Est-ce que le constat de mort... Donc, ce que vous me dites, le constat de décès peut être fait par les professionnels ambulanciers ou...

Le Président (M. Bergman) : M. Rodrigue.

M. Rodrigue (Jean) : Oui, merci. Dans les faits, le technicien va constater la mort évidente, mais il y a, par télémétrie... pas par télémétrie mais par téléphone, il peut communiquer avec un médecin qui, lui, va agir, finalement, comme consultant pour vraiment attester, là, du décès de la personne. Alors donc, le technicien ambulancier est toujours, si je peux dire, assisté d'un médecin à distance, parce qu'on sait que finalement, sur les lieux d'un accident, il y a rarement un médecin qui est présent.

Le Président (M. Bergman) : M. le député de Bonaventure, il vous reste 1 min 30 s sur ce bloc.

M. Roy : Ça va pour moi. Écoutez, merci beaucoup, monsieur.

Le Président (M. Bergman) : Parfait. Alors, Mme la députée de Trois-Rivières pour un bloc de 18 minutes.

Mme St-Amand : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, évidemment, vous allez comprendre, M. le Président, que je suis extrêmement déçue de la réponse du ministre. Et, à ce moment-ci, il m'apparaît important, comme mon collègue l'a dit tout à l'heure, je tiens à dire aux gens de Trois-Rivières qui nous écoutent, aux gens de chez nous, que l'argent était bel et bien au rendez-vous. Le ministre sait pertinemment que l'argent est déboursé l'année où les travaux se font. Dans le cas du CHRTR, on est aux plans et devis depuis septembre pour une période d'à peu près 18 mois. Donc, il était normal que l'argent ne soit pas là à ce moment-là, mais il était prévu.

Donc, j'espère, j'ose espérer, M. le Président, que le ministre ne fera pas de politique partisane sur le dos des gens de Trois-Rivières, des gens de la Mauricie. Ça serait extrêmement déplorable. Et je vais espérer que le ministre pourra, dans les prochains jours, dans les prochaines semaines, nous confirmer que ce projet, qui tient à coeur à notre communauté, sera poursuivi, puisqu'il est déjà en cours, puisqu'il y a déjà des sommes engagées, qu'il sera poursuivi, et que, suite aux plans et devis qui vont se finaliser dans quelques mois, il donnera son accord pour que les sommes soient au rendez-vous, et que la pelletée de terre se fasse, et qu'on puisse avoir notre phase II.

Maintenant, M. le Président, vous savez, au début des années 2000, j'ai eu le privilège d'être la P.D.G. de la Fondation du CHRTR pendant un peu plus de sept ans, et, quand je suis arrivée en janvier 2000, il y avait un projet qui était sur la table à dessin, qui était celui de l'hémodynamie. L'hémodynamie, à Trois-Rivières, ça représente plus de 1 500 procédures coronariennes qui pourraient être réalisées chez nous, localement. Les gens sont obligés d'aller à Montréal ou dans les grands centres, Montréal ou Québec, et c'est un service qui nous apparaissait comme vraiment essentiel.

Donc, nous avons, le 6 juillet dernier, après que le dossier ait évidemment été travaillé de façon habile par nos gens de l'agence et nos gens du CHRTR, procédé à l'annonce de l'implantation du service d'hémodynamie. Évidemment, le dossier était en démarrage. C'est un dossier qui est important pour notre communauté, qui est attendu depuis de nombreuses années et qui est bien ficelé. Les gens ont pris le temps de bien faire les choses, et, comme je vous dis, c'est un projet qui était là au début des années 2000, qui me tient à coeur, qui tient à coeur à notre communauté. Et je sais que les gens de chez nous attendaient, ce soir, que je vienne rencontrer le ministre pour lui poser ma question. Alors, évidemment, je veux savoir quelles sont les intentions du ministre par rapport au projet d'hémodynamie au CHRTR.

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

M. Hébert : M. le Président, je voudrais revenir sur certaines affirmations de la députée de Trois-Rivières. Pour que les fonds soient débloqués pour un projet de construction, il faut que le projet soit inscrit au plan quinquennal d'immobilisations. Or, le 19 juin 2012, ce projet a été retiré du plan quinquennal d'immobilisations, M. le Président, ce qui fait que le projet n'est pas attaché au plan quinquennal. Le plan quinquennal, ça le dit, c'est sur cinq ans. Alors, le projet n'était plus inscrit au plan quinquennal d'immobilisations parce qu'il a été retiré. Il l'était jusqu'en juin 2012; il a été retiré pour faire place à d'autres priorités.

Alors, nous, nous avons une démarche non partisane, et je tiens à vous rassurer, Mme la députée de Trois-Rivières, il n'y aura pas de partisanerie dans ce travail-là. J'ai justement demandé qu'il y ait une grille de priorités. Un travail comme ça, ça n'existait pas. Alors, il y a une grille de priorités maintenant, où la partisanerie n'a pas d'influence. Alors, on évalue la priorité. J'ai demandé aux agences de prioriser.

Le projet du CHRTR est en priorité numéro un au niveau de l'agence. Alors, nous allons examiner ce projet-là comme les autres projets qui ont été déjà annoncés, et qui sont déjà dans le collimateur, et qui ont été priorisés par les agences, et je serai en mesure, au moment où on pourra l'inscrire au plan quinquennal d'immobilisations, de vous dire quand il sera réalisé, et cela, sans aucune partisanerie. Vous avez, de toute façon, juste à côté de votre comté, un comté qui est représenté par le Parti québécois, dans Champlain, alors il n'y a pas de partisanerie...

• (20 heures) •

Une voix : ...

M. Hébert : Dans Saint-Maurice aussi. Il n'y a pas de partisanerie là-dedans, Mme la députée de Trois-Rivières, et je tiens à vous l'assurer, et que ce soit bien clair, parce que, comme vous le dites, c'est les priorités cliniques qui doivent prévaloir au-delà de toute partisanerie. Je pense qu'on est un gouvernement qui représente l'ensemble des citoyens québécois, et soyez assurée qu'il n'y a pas de question de partisanerie.

En ce qui concerne la salle d'hémodynamie, effectivement, si on veut être capables de rendre des services aux citoyens de la région de Mauricie—Centre-du-Québec et qu'ils puissent avoir des services d'hémodynamie en deçà d'un délai d'une heure, on devrait avoir une salle d'hémodynamie qui soit localisée à Trois-Rivières. Je pense que les évaluations du Réseau de cardiologie tertiaire du Québec montrent qu'il y a un besoin. Actuellement, si on regarde le nombre de salles d'hémodynamie au Québec, on en aurait suffisamment. Le problème, c'est qu'elles ne sont pas nécessairement aux endroits les plus appropriés. Et donc c'est un projet qui reste une priorité, et, lorsque nous aurons des disponibilités financières, soyez assurée que c'est un projet auquel nous allons donner suite.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Trois-Rivières.

Mme St-Amand : Oui, M. le Président. Pour un dernier commentaire, écoutez, je vais juste dire au ministre que Trois-Rivières, le comté de Trois-Rivières, la région de la Mauricie a été extrêmement éprouvée depuis six mois, et c'est difficile chez nous. Alors, j'ai bien entendu son propos, c'est bien noté, et je vais me faire un plaisir de le répéter et je compte vraiment sur lui pour venir nous soutenir dans ces deux projets-là. Merci, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Juste seulement un commentaire sur la question de la cardiologie à Trois-Rivières. C'était au début des travaux, l'avis de pertinence était présent. Les gens de Montréal étaient d'accord pour qu'on développe parce qu'à un moment il y avait eu un blocage de ce côté-là. Je pense que ça faisait consensus partout. Et, lorsqu'on regarde en termes de coûts, une fois les immobilisations qui sont quand même mineures... et il y a une partie qui peut venir du niveau régional, le ministre sait comment ça fonctionne. Quand on parle de PQI, il sait parfaitement, là, comment ça fonctionne. Ce n'est pas nécessairement pris dans le PQI, c'est pris également dans les enveloppes régionales. Il est tout à fait justifié d'aller dire à la population : On va faire le projet parce qu'on est rendus là, et il y a du financement qui avait déjà été attaché pour les premières étapes.

Pour ce qu'il s'agit du financement du coût récurrent, le ministre a utilisé l'argument tantôt : Il faut la faire en quelque part, cette intervention-là. Pourquoi ne pas la faire dans les milieux près où les gens demeurent? En plus de ça, c'est un des seuls endroits avec une grande population de plus de 200 000 qui n'a pas accès à la cardiologie tertiaire, entre autres pour les dilatations en urgence. Donc, je pense que, le ministre, il comprend ça.

On va essayer de ne pas faire de politique avec ce dossier-là, puis c'est sûr qu'il peut ramener toujours son discours que ce n'était pas prévu, mais juste un... je veux juste... M. le Président, je vais vous parler à vous, là, juste un message au ministre. S'il attend de tout avoir attaché avant de donner la vision du réseau de la santé, on va prendre de trois à cinq ans de retard au cours des prochaines années. Je pense qu'en cours de route il va prendre de l'expérience comme ministre, il va se rendre compte que c'est important d'avertir, à chacune des étapes, de qu'est-ce qui doit être fait.

Et, quand il parle de son 2,3 milliards, lui-même a reconnu, après-midi, les besoins d'un hôpital à Vaudreuil-Soulanges. Dans son 2,3 milliards, il y a 800 millions qui viennent de Vaudreuil-Soulanges et il ne peut pas dire aujourd'hui que le 800 millions avait besoin d'être budgété aujourd'hui parce que la construction ne commencera pas avant quatre ans. Et, le rapport de KPMG, il fait mention de ces choses-là, puis c'est certain que... Je suis certain qu'il y avait quelqu'un du Conseil du trésor qui regardait par-dessus l'épaule pour lui dire exactement comment le rédiger pour que ça fasse mal politiquement, puis ça, ça fait partie de la game, on accepte ça au niveau politique, sauf qu'à un moment donné il faut se lever au-dessus de la partisanerie politique et avoir l'honnêteté intellectuelle pour ne pas nuire au réseau de la santé plus tard parce que c'est important de bien donner les orientations pour chacun des secteurs.

Et, à un moment donné, il y a des projets, pour toutes sortes de raisons, qui peuvent être un peu retardés, mais qui vont devoir être faits. Et je suis certain qu'avec un comité de priorisation il va se rendre compte... parce que, quand même, les gens du ministère ont fait des recommandations par rapport à ça, puis il va se rendre compte que les priorisations avaient du gros bon sens par rapport à ce qui a été fait au cours des 10 dernières années.

Maintenant, M. le Président — c'était juste un commentaire que je voulais faire — j'aurais aimé ça parler avec le ministre au niveau des ressources intermédiaires. Récemment, j'ai rencontré des groupes qui avaient du financement via des ressources intermédiaires, avec des gens qui étaient très handicapés, et ils m'ont dit qu'on a changé la formule pour le remboursement au niveau des soins donnés aux personnes, entre autres au niveau du montant per diem.

Et j'aurais aimé que quelqu'un, soit le ministre ou quelqu'un de son équipe, vienne nous expliquer c'est quoi, la transformation. Et, par la suite, je ferai un commentaire au ministre juste dans un but humain, parce qu'il y a des gens très handicapés, qui sont considérés soit comme des ressources intermédiaires ou en CHSLD léger, qui ne reçoivent peut-être pas les montants pour être capables de soutenir des ressources qui sont des organismes communautaires. Ça fait que je ne sais pas s'il y a quelqu'un au niveau du ministre qui peut venir nous expliquer ça.

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

M. Hébert : M. le Président, je trouve le ton du député de Jean-Talon un peu condescendant. Je peux lui dire que, de la vision, j'en ai, et on peut donner des orientations au réseau, mais je peux vous assurer, M. le Président, que je ne suivrai surtout pas le modèle de mon prédécesseur et que je ne ferai pas d'annonce à moins d'avoir attaché les dossiers au Conseil du trésor et d'être capable de livrer, M. le Président. Et ça, c'est l'engagement que je fais, de ne pas faire d'annonce pour mettre de... susciter des espoirs et susciter des fausses assurances auprès de la population. Alors, ça, je ne le ferai pas et je ne suivrai pas cet exemple-là, je peux vous l'assurer.

Concernant les ressources intermédiaires dans le domaine de la déficience physique et de la déficience intellectuelle, il y a eu, au cours des derniers mois, des négociations pour en venir à une entente avec l'ensemble du réseau des ressources intermédiaires, négociations qui étaient basées sur un nouveau cadre législatif qui donnait à ces ressources un statut particulier, pour lesquelles il fallait s'entendre sur de nouveaux modes de rémunération selon la clientèle qu'elles recevaient.

Les négociations se sont bien déroulées avec la majorité des représentants de ces ressources intermédiaires, et il y a eu des ententes de conclues avec plusieurs de ces groupes. Il ne reste qu'à conclure une entente avec un des groupes, le RESSAQ, qui n'accepte pas les conditions qui ont été négociées avec les autres groupes. Les négociations se poursuivent, M. le Président, se poursuivent de façon intensive, et les résultats de ces négociations-là sont, au contraire, une augmentation du revenu des ressources intermédiaires, une augmentation même substantielle du revenu avec des ressources financières qui ont été augmentées pour ces ressources intermédiaires dans le domaine de la déficience physique, de la déficience intellectuelle, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, seulement pour faire un commentaire, c'est une approche positive. J'ai rencontré quelques groupes que ça mettait même leur mission en danger. Ça fait que je demanderais peut-être juste au ministre et aux équipes ministérielles responsables de ce dossier de prendre une attention particulière qu'il y a certaines clientèles, entre autres des jeunes très handicapés... puis je vais vous donner un exemple. J'ai visité une Maison Martin-Matte. C'est des gens qui seraient dans nos CHSLD, qu'on a été capables de remettre dans la société, un organisme communautaire qui est financé en partie aussi par une fondation, semblerait-il que les montants mettent à risque le fonctionnement de la maison. Je laisse ça au bon vouloir du ministre, puis ce n'est pas un dossier de partisanerie politique, mais c'est un endroit où est-ce qu'on a l'occasion de rencontrer et l'équipe ministérielle et l'équipe des responsables de ce type de dossier.

Donc, je demanderais peut-être à ce qu'on fasse une attention particulière pour ne pas mettre en danger des bons organismes que même le ministre, lorsqu'il va avoir l'occasion de les visiter, va reconnaître qu'il se fait du bon travail, de s'assurer qu'il puisse y avoir une pérennité, sans compter que ces gens-là, quand ils ne sont pas dans des endroits comme la Maison Martin-Matte, à ce moment-là, on est obligés de les récupérer dans nos CHSLD. Puis je pense que le ministre est d'accord pour dire que ce ne sont pas ces types de clientèle là qu'on veut dans nos CHSLD. C'est plutôt des gens qu'on veut dans la communauté, mais ça leur prend des installations particulières.

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

• (20 h 10) •

M. Hébert : M. le Président, je suis tout à fait d'accord avec les propos du député de Jean-Talon. C'est effectivement des ressources qui sont essentielles pour être en mesure de fournir des services à ces clientèles-là et de le faire dans un contexte de milieu de vie plutôt que de milieu de soins.

Les négociations, il faut faire attention, là, il y a... On est dans une phase de négociation, alors il est normal que les parties prenantes fassent des pressions et fassent valoir leurs revendications. Je peux vous dire que les négociations qui ont été conclues avec des groupes vont faire en sorte que la nouvelle grille tarifaire augmente de 250 millions de dollars annuellement ce qui va être versé aux ressources intermédiaires. Alors, ce n'est quand même pas rien, là, c'est de l'argent, c'est de l'argent de plus qui va aux ressources intermédiaires, et je pense qu'on s'en réjouit. Et il nous reste à conclure, avec un des groupes importants, qui ne forme pas la majorité, mais un des groupes importants, le RESSAQ, qui est associé à la CSD... pour conclure l'ensemble de cette négociation avec les ressources intermédiaires, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, seulement une question : D'où vient le 250 millions de coûts supplémentaires que ça va entraîner?

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

M. Hébert : C'est un ajustement tarifaire qui a été négocié, justement, suite à la loi qui a été adoptée l'an dernier, et le Conseil du trésor avait ajusté le budget de cette somme-là suite à la législation.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le Président, puis, juste pour être certain, je pense que c'est ça qu'on... comme ça qu'on l'avait prévu également. Est-ce que le ministre peut nous assurer que ce 250 millions ne nuira pas au financement du réseau de la santé ou va être incorporé dans le financement du réseau de la santé?

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

M. Hébert : ...je peux le rassurer là-dessus.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le ministre. M. le ministre, j'aimerais ça qu'on fasse un mot sur... M. le Président, j'aimerais ça que le ministre fasse un mot sur l'INESSS. Je pense que c'est une de nos organisations qui a été mise en place, qui est de très haute qualité, et j'aurais aimé savoir où en est rendu le dossier de négociations au niveau des... de discussions au niveau des médicaments pour les rendre accessibles, entre autres dans le dossier du médicament sur le cancer.

L'INESSS est une organisation qui est reconnue. Il y a du travail qui a été fait, et j'en profiterais, M. le Président, pour reconnaître le bon travail qui est fait par l'INESSS, également par tous les organismes, là, qui sont sous la gouverne du ministre et... Mais j'aurais aimé ça faire ce point-là — parce que, pour les Québécois, c'est un dossier qui était important, c'est l'accessibilité des médicaments contre le cancer — et, étant donné que le cancer est une grande priorité, je pense, au niveau du Québec, qu'on puisse savoir exactement où on en est.

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, en 2 min 30 s.

M. Hébert : En deux minutes? Ce n'est pas facile de répondre en deux minutes à une question comme celle-là. Écoutez, les médicaments innovants contre le cancer sont des médicaments qui sont souvent utilisés dans des phases très avancées de cancer, mais qui peuvent prolonger la vie de malades atteints de cancer de plusieurs mois, voire quelques années. Donc, pour les malades qui en souffrent, c'est vraiment des médicaments extrêmement importants.

Par contre, le coût de ces médicaments-là est souvent important et dépasse les bénéfices attendus en termes de nombre d'années ou le nombre d'années avec une qualité de vie gagnée, parce que vous savez que la façon que l'INESSS évalue les médicaments, c'est non seulement leur efficacité, mais aussi la correspondance avec le coût par rapport aux années vécues. Et donc c'est des critères qui sont établis pour l'ensemble des médicaments. Et je souligne l'excellence de l'INESSS dans toute cette démarche-là. Et d'ailleurs il y a un rapport récent, la semaine dernière, qui nous disait que le mécanisme d'approbation des médicaments au Québec était un des meilleurs au Canada. Alors, j'en étais très satisfait.

L'INESSS nous avait recommandé de pouvoir faire ce que d'autres provinces canadiennes font, conclure des ententes confidentielles avec des compagnies pour faire en sorte que le prix soit plus bas que le prix que les compagnies demandent. Donc, c'est des ententes d'inscription. Ça pose des problèmes, comme je le disais au député de Mercier, des problèmes de transparence, d'une part, parce que, si nous avions accès à ces ententes confidentielles qui sont conclues dans d'autres provinces, on pourrait bénéficier de ce prix le plus bas, en vertu de nos règles, pour déterminer le prix des médicaments, ce qui n'est pas le cas. Et, deuxièmement, ça pose un problème d'équité entre les citoyens québécois qui sont assurés dans le secteur privé versus ceux qui sont couverts par le régime public. Alors, si on le donnait seulement aux gens du public, les gens du privé, eux, paieraient plein prix, ce qui augmenterait les primes des gens dans le privé, et je pense que ce serait inéquitable.

Alors, on est à examiner comment on peut trouver une voie de passage pour être capables de négocier les prix en toute transparence, en toute équité et en respectant surtout nos lois et nos règlements, parce qu'il y a aussi des obstacles au niveau juridique qui nous empêchent, actuellement, selon les avis juridiques qu'on a obtenus, de pouvoir conclure de telles ententes comme ça se fait dans d'autres provinces canadiennes. Mais je peux vous assurer qu'on continue à travailler pour trouver une voie de passage dans ce dossier.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Le gouvernement, pour un bloc de 16 min 30 s, Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Alors, merci, M. le Président. On sait que l'industrie pharmaceutique, qui est une industrie importante pour le Québec, notamment dans ma région, à Laval, où on a vu une concentration de centres de recherche...

On a l'Institut Armand-Frappier, qui est avec nous à Laval. On a aussi plusieurs entreprises pharmaceutiques et des biotechs qui se sont installées à Laval. On a d'ailleurs, notamment, Pharmabio Développement, qui est le comité sectoriel de main-d'oeuvre de l'industrie biopharmaceutique.

Donc, en fait, ce comité sectoriel est une instance paritaire qui regroupe des représentants des travailleurs de l'industrie pharmaceutique et des représentants des entreprises et qui mettent en commun toute la problématique et leurs préoccupations reliées à la main-d'oeuvre, à la qualification de la main-d'oeuvre et notamment, dans l'industrie pharmaceutique et biopharmaceutique, à la recherche d'une main-d'oeuvre qualifiée. Alors, il y a tout ce grand défi et cette problématique de recruter des chercheurs et, dans l'industrie pharmaceutique aussi, au niveau des opérations, de recruter des techniciens.

Donc, cette instance-là est bien implantée à Laval, et, en fait, on sait que, soit dans l'industrie biopharmaceutique ou comme dans toute autre industrie, de plus en plus, la question de la main-d'oeuvre est centrale. Si on veut une industrie forte, quelle qu'elle soit, on doit pouvoir miser sur les compétences de la main-d'oeuvre, et, en ce sens, les comités sectoriels de main-d'oeuvre apportent vraiment une contribution intéressante, là, à toutes les industries au Québec.

Vous savez, pour soutenir et favoriser l'essor de l'industrie biopharmaceutique innovatrice, le gouvernement du Québec a instauré, en 1994, la règle des 15 ans. Puisque la durée des brevets est de compétence fédérale, le gouvernement du Québec a choisi de stimuler l'investissement en agissant sur le principal levier à sa disposition, soit le remboursement des médicaments dans le cadre du régime public d'assurance médicaments. Ce régime, comme on le sait, couvre environ 42 % de la population québécoise.

En vertu de la règle de 15 ans, le médicament innovateur est remboursé par le régime public selon son prix, même si un produit générique est aussi inscrit à la liste des médicaments, mais à un prix inférieur. La règle de 15 ans s'applique durant les 15 premières années d'inscription du médicament innovateur à la liste de médicaments. Donc, un fabricant de médicaments innovateurs dont un produit est couvert par la règle de 15 ans peut conserver plus longtemps ses parts de marché que dans le reste du Canada, où le remboursement s'effectue selon la méthode du prix le plus bas.

Dans le dernier budget, notre gouvernement a aboli la règle des 15 ans. Est-ce que le ministre pourrait nous en dire davantage sur l'abolition de la règle des 15 ans et également et surtout nous dire combien le Québec va économiser en abolissant cette règle des 15 ans?

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

M. Hébert : Merci, Mme la députée de Sainte-Rose, qui a bien expliqué la règle des 15 ans. En fait, lorsqu'un médicament innovateur entre sur le marché, il est protégé par un brevet, un brevet qui empêche d'autres de copier ce médicament. Et, comme la députée de Sainte-Rose l'a bien mentionné, ces règles de brevet sont gérées par des lois fédérales.

Le Québec, en 1994, pour stimuler l'industrie pharmaceutique, vous savez, qui est établie surtout autour de Montréal, a ajouté au brevet une période de temps supplémentaire, donc un total de 15 ans à partir du moment de l'inscription, ce qui prolonge, en fait, la protection pour des temps variables qui peuvent aller de quatre à même six ou sept ans, donc qui prolonge ce privilège de pouvoir rembourser aux compagnies du médicament breveté le prix coûtant, même si un générique a été mis sur le marché, parce que, lorsque le brevet vient à échéance, des génériques peuvent produire le même médicament, mais à un coût beaucoup moindre. Alors, cette règle des 15 ans avait pour but de pouvoir stimuler l'industrie pharmaceutique au Québec.

Au cours des dernières années, on s'est rendu compte que ce mécanisme pour soutenir l'industrie pharmaceutique avait beaucoup moins d'impact au Québec puisque le modèle d'affaires des compagnies pharmaceutiques s'est transformé en profondeur au cours des dernières années. Ainsi, l'industrie biopharmaceutique tend à délaisser ce modèle traditionnel où on investissait dans les centres de recherche de la compagnie elle-même et on se tourne maintenant vers une extériorisation de la recherche via des centres de recherche et via des partenariats avec des centres hospitaliers ou des partenariats de type public-privé.

• (20 h 20) •

Alors, ce qui était nécessaire avant pour stimuler l'industrie pharmaceutique devenait moins nécessaire, et, en contrepartie, cette règle des 15 ans avait un coût, bien sûr, qui s'est multiplié par cinq, donc 500 % d'augmentation au cours des six dernières années. C'est une règle des 15 ans qui nous coûtait à peu près 30 millions de dollars et qui est passée à 154 millions de dollars. Donc, il y avait un coût important sans avoir les bénéfices qu'on escomptait lorsqu'on a implanté cette règle des 15 ans.

Alors, nous avons, lors du dernier budget, annoncé que nous abolissions la règle des 15 ans pour faire en sorte qu'on puisse, lorsque le médicament atteint son terme en termes de brevet, utiliser et rembourser le coût du médicament générique, et l'abolition de cette règle de 15 ans, dans l'exercice financier 2013-2014, va faire épargner 150 millions de dollars à l'assurance médicaments. Alors, c'est une économie qui est extrêmement importante pour diminuer les coûts de l'assurance médicaments.

En contrepartie, M. le ministre des Finances a annoncé plusieurs mesures pour soutenir la recherche pharmaceutique et s'adapter à ce nouveau modèle d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Alors, il y aura une hausse de 17,5 % à 27,5 % du taux de crédit d'impôt à la recherche-développement pour les salaires dans le secteur biopharmaceutique et une enveloppe d'appariement de 125 millions sur cinq ans pour la création de partenariats public-privé entre les entreprises et nos centres de recherche publics dans le cadre du nouveau modèle d'affaires, donc, pour soutenir et stimuler ce nouveau modèle d'affaires dans l'industrie pharmaceutique, M. le Président.

On observe, au cours des dernières semaines, une nouvelle stratégie, ce que j'ai appelé une astuce de certains fabricants de médicaments brevetés, où on utilise une carte de fidélité, M. le Président, pour dire aux pharmaciens : Vous facturez le patient au prix du générique, et la compagnie, avec cette carte de fidélité là, va rembourser au pharmacien

la différence entre le coût du générique et le coût du médicament. C'est une astuce qui permet aux compagnies pharmaceutiques de ne pas modifier le prix affiché de leurs médicaments et donc de maintenir artificiellement un prix pour le reste des autres provinces et des autres pays, mais qui pose un certain nombre de problèmes. Il y a déjà eu, dans le passé, des tentatives pour introduire ce genre de cartes de fidélisation, mais qui n'ont pas été soutenues, parce qu'elles soit contrevenaient à certains règlements et certaines lois de l'assurance médicaments ou encore au code de déontologie de l'ordre des pharmaciens.

Cette nouvelle stratégie, M. le Président, ne contrevient pas aux lois actuelles et aux règlements. Par contre, l'Ordre des pharmaciens du Québec, dans un avis qu'il a envoyé à ses membres la semaine dernière, met en garde les pharmaciens et les invite à la prudence, parce qu'ils peuvent être sujets à des entorses au code de déontologie des pharmaciens. Et je pense que cette invitation à la prudence est très judicieuse de la part de l'ordre, et nous serons très attentifs à d'éventuelles demandes de l'ordre pour modifier le code de déontologie, de façon à fermer la porte, purement et simplement, à ce genre de stratégies, M. le Président, qui font en sorte que les prix se maintiennent artificiellement. Et je pense que c'est encore une fois les citoyens du Québec qui sont assurés dans le régime privé qui font les frais de cette stratégie de maintien artificiel des prix et je pense que, si on veut être équitables envers tous les citoyens du Québec, il faut que ces réductions de prix puissent être applicables à l'ensemble des citoyens, pas juste à ceux qui sont couverts par le régime public, M. le Président.

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

M. Richer : Merci, M. le Président. J'aimerais maintenant parler du processus d'agrément des établissements de santé et des services sociaux. En 2005, l'adoption du projet de loi n° 83 a établi l'obligation de tous les... tous les établissements, dis-je, de solliciter l'agrément aux trois ans. En effet, en vertu de l'article 107.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tout établissement public ou privé doit solliciter un agrément auprès d'un organisme reconnu de son choix. Les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements, déposées en juillet 2006, sont venues préciser cette obligation de renouvellement tous les trois ans. En juillet 2011, le projet de loi n° 127 vient renforcer cette obligation légale en insistant sur le fait de maintenir en tout temps cet agrément. L'agrément est passé de trois à quatre ans, et les rapports d'agrément sont désormais rendus publics sur les sites Internet des établissements.

Alors, M. le Président, j'aimerais poser deux questions. La première : Est-ce que le sous-ministre adjoint responsable du dossier de l'agrément ou le ministre pourrait nous expliquer, en quelques mots, ce qu'est le processus d'agrément pour un établissement? Et, deuxièmement, est-ce que le sous-ministre adjoint responsable du dossier de l'agrément ou le ministre pourrait nous dresser un état de situation sur l'obtention de l'agrément des établissements de santé?

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

M. Hébert : Merci de cette question. Avant de passer la parole, avec le consentement de l'opposition, au sous-ministre adjoint, qui va pouvoir donner des détails, j'aimerais jute préciser qu'on parle beaucoup des visites d'évaluation dans les centres d'hébergement et des visites d'inspection dans les résidences privées, visites qui permettent d'identifier des problèmes lors d'une visite, et j'ai annoncé un renforcement du nombre d'inspecteurs, et du nombre de ces visites, et aussi le fait que ces visites allaient être faites sans préavis, M. le Président. Je pense que ces visites sont importantes, mais ce qui est à la base d'une approche qualité dans le réseau de la santé et des services sociaux, c'est que la qualité des services soit au rendez-vous à tous les jours de l'année, et ce processus-là est encadré par l'agrément des établissements de santé et de services sociaux, agrément qui fournit un cadre pour certifier que l'établissement se conforme aux plus hauts standards de qualité. Et ces visites d'agrément... ce processus d'agrément est vraiment au coeur du maintien de la qualité des établissements de santé et des services sociaux, et les visites d'évaluation viennent compléter le processus d'agrément. Mais je voudrais insister sur le fait que cet agrément, là, qui demande beaucoup d'énergie de la part des établissements afin de se conformer aux différents standards et aux différents processus, cet agrément-là confirme que l'établissement a intégré des processus de qualité dans sa gestion quotidienne. Et je pense que là on a un processus qui est extrêmement solide et rigoureux pour s'assurer que les établissements de santé et de services sociaux, que ce soient les CHSLD ou les centres de santé et de services sociaux, se conforment aux plus hauts standards de qualité au Québec.

Et, avec le consentement de l'opposition, j'aimerais demander à M. Luc Castonguay, sous-ministre adjoint, de venir donner des détails sur le processus d'agrément.

Le Président (M. Bergman) : Consentement? Consentement. M. le sous-ministre adjoint, votre nom, votre titre, et vous avez 3 min 30 s.

M. Castonguay (Luc) : Merci beaucoup. Luc Castonguay, sous-ministre adjoint à la planification, à la performance et à la qualité. Merci pour cette question qui permet de décrire un important processus d'évaluation de la qualité des soins et des services dans les établissements de santé et de services sociaux.

Il s'agit effectivement d'un processus qui est systématique, qui est régulier et qui est obligatoire pour les établissements, vous l'avez mentionné, depuis 2005, et c'est un processus qui permet d'examiner, par des organismes externes, ce que les établissements mettent en place pour répondre d'abord à l'accessibilité des services, à différentes dimensions qui sont en lien avec la sécurité des services, avec les conditions de travail à l'intérieur des établissements, tout le volet qui concerne aussi l'accès des services, mais davantage l'adéquation des services aux besoins de la population, et des clientèles, et de leurs proches. Les organismes vont examiner également la continuité des services et, bien sûr, l'efficacité et l'efficience, alors : Est-ce que les ressources sont bien utilisées? Est-ce que les résultats sont atteints?

C'est un processus qui est extrêmement exigeant de la part des établissements et c'est la raison pour laquelle il est passé de trois ans à quatre ans, parce que, suite à la demande des établissements, les exigences pour réaliser, préparer ce dossier d'agrément et pour la suite aussi, là, en assurer le suivi des recommandations, c'est extrêmement lourd pour les établissements, et un processus de quatre ans leur permet donc de commencer par remplir une autoévaluation avant même de remplir l'ensemble des documents qui sont exigés par les deux organismes d'agrément, le Conseil québécois d'agrément et Agrément Canada, et de soumettre finalement le dossier pour que la visite d'agrément puisse se réaliser.

• (20 h 30) •

Et, par la suite, à la suite de la visite d'agrément, bien, l'établissement doit mettre en place les mesures qui lui permettent d'ajuster les services en fonction des recommandations qui lui sont faites.

À l'heure actuelle... En fait, le portrait en janvier est que, sur les 275 établissements du réseau, 259 établissements ont sollicité et ont obtenu un premier ou un renouvellement de leur agrément, c'est-à-dire 94,2 %. Deux établissements qui ont déjà reçu un agrément ont dépassé cependant leur délai, là, pour renouveler, c'est-à-dire avoir une deuxième ou une troisième visite d'agrément, mais leur processus est en cours. Et il y a six établissements, soit un peu plus de 2 %, qui sont en situation de refus d'agrément.

Alors, pour les deux établissements qui sont en processus et les six qui sont en situation de refus, le ministère, accompagné des agences, sont... accompagnent ces établissements, là, pour leur permettre d'avoir un plan d'action qui va leur... les remettre dans ce processus et leur permettre, effectivement, de passer à travers ce processus d'agrément.

On a aussi une formation qui est offerte aux intervenants régionaux qui sont chargés, en fait, quotidiennement d'accompagner les établissements dans ce processus et de les soutenir, là, dans leur démarche d'agrément et d'amélioration de la qualité.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. Castonguay. Ceci met fin à ce bloc. Alors, le seul bloc de la deuxième opposition pour ce soir, un bloc de 16 minutes, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Merci, M. le Président. Alors, bonsoir. J'aimerais entendre le ministre de la Santé sur le sujet suivant. J'ai assisté à une présentation des étudiants en économie de l'Université Laval qui ont fait la démonstration du fait qu'au Québec on permette aux pharmaciens de facturer, de façon mensuelle, les prescriptions représente un coût d'environ 500 millions de façon récurrente, et ce, annuellement.

Est-ce que... J'aimerais entendre le ministre à cet effet. Est-ce qu'il y aurait possibilité d'étendre les prescriptions aux trois mois, comme ça se fait partout ailleurs au Canada, et ça, de façon à représenter une économie substantielle de 500 millions de façon récurrente, annuellement?

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

M. Hébert : M. le Président, est-ce que je peux avoir quelques minutes pour consulter mes gens sur ce dossier-là, pour être sûr de répondre de façon précise à la question de la députée de Groulx?

Le Président (M. Bergman) : On peut suspendre sur le temps du gouvernement sur le prochain bloc. On suspend.

(Suspension de la séance à 20 h 33)

(Reprise à 20 h 35)

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

M. Hébert : Alors, M. le Président, les lois et les règles d'entente avec les pharmaciens prévoient que les pharmaciens peuvent dispenser des médicaments pour trois mois. Cependant, les frais d'honoraires qui sont associés à ça vont être chargés au patient trois fois au lieu d'être chargés une fois mais pour trois mois. Vous comprenez que, pour certains patients, de payer les honoraires tout d'un coup pour trois mois, ça peut être un problème financier important.

Cette loi-là date de 2002, a été mise en place par quelqu'un que la députée de Groulx connaît très bien, qui est le chef actuel de son parti, qui a établi cette règle et ces ententes, qui a négocié ces ententes à l'époque avec les pharmaciens. Je pense effectivement qu'il y aurait lieu d'examiner ces règles et cette loi de façon à pouvoir être capable de faire quelques économies.

Je ne crois pas, par contre, que les économies soient aussi importantes que ce que le groupe d'étudiants de l'Université Laval semble croire. On comprendra que le renouvellement d'ordonnances aux trois mois s'applique à une partie des ordonnances seulement, parce qu'il y a encore beaucoup d'ordonnances qui ne sont pas au long cours, M. le Président, et qu'il y a des ordonnances qui doivent être modifiées pour ajuster le dosage à la condition du patient ou encore au taux sérique.

Alors, il y a une partie, effectivement, des ordonnances qui pourrait être étalée sur trois mois, mais il va falloir changer l'entente, changer la loi qui avait été négociée par M. Legault à l'époque pour être en mesure de pouvoir le faire sans que le patient soit obligé de payer pour les trois mois d'un coup lors de la délivrance de l'ordonnance, M. le Président.

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

Mme Daneault : Est-ce que je comprends qu'on peut... on a une ouverture à faire, à tout le moins, une étude sérieuse et de comparables avec ce qui se fait? J'invite le ministre, peut-être, à aller valider auprès des autres provinces canadiennes — je pense qu'ils ont une expérience vécue — et de peut-être se procurer aussi l'étude qui a été faite par les étudiants. Je pense que c'est bénéfique pour tout le monde. Si on est capables de le faire ailleurs au Canada, il y aurait peut-être lieu de reproduire les bonnes pratiques de saine gestion qui se font ailleurs. Alors, je pense que ça peut être positif pour l'ensemble des Québécois.

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

M. Hébert : ...à mon arrivée en poste, j'ai demandé aux personnes qui s'occupent des questions pharmaceutiques de réviser complètement les dispositions de la gestion de l'assurance médicaments. L'abolition de la règle des 15 ans s'inscrit dans cette démarche-là. Il y a aussi certaines dispositions au niveau du choix d'un médicament équivalent lorsqu'il y a plusieurs médicaments différents qui sont équivalents mais qui n'ont pas un prix équivalent, comme vous pouvez l'imaginer.

Alors, on examine ça, on examine les ententes d'inscription et on examinera également toute une série d'éléments pour trouver des façons de faire en sorte que le coût de l'assurance médicaments soit moins important pour l'ensemble des Québécois. Alors, ça fait partie des travaux actuels.

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

Mme Daneault : C'était ma deuxième intervention quant au fait qu'ailleurs au Canada tous les médicaments ne sont pas nécessairement autorisés. Quand il y a des équivalents moins dispendieux, moins onéreux, c'est ceux-là qui sont permis en premier. Alors, je suis heureuse d'apprendre que vous allez travailler dans ce sens-là.

J'ai retenu aussi... Vous avez... Il y a le projet de loi n° 41 qui vient en vigueur cette année, et j'ai entendu, lors d'un point de presse, le ministre mentionner que les pharmaciens seraient rémunérés pour certains gestes qu'ils vont devoir poser dans le cadre de ce projet de loi là. Alors, la question est bien simple : Est-ce que vous allez rémunérer les renouvellements de prescription qui sont faits depuis des années par les omnipraticiens mais qui n'ont jamais été rémunérés? Est-ce qu'on comprend que dorénavant, lorsqu'un pharmacien le fera, lui sera rémunéré? Et est-ce qu'on a évalué les coûts et le nombre de prescriptions qui pourraient être envisagées dans les prochaines années?

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

• (20 h 40) •

M. Hébert : Alors, merci, Mme la députée de Groulx, de souligner cette entente historique, je dois dire, entre l'Ordre des pharmaciens et le Collège des médecins, entente qui met en application la loi n° 41... le projet de loi n° 41 et qui permet certains renouvellements de prescription, même certaines prescriptions pour des médicaments à visée préventive ou des médicaments pour lesquels le diagnostic a déjà été établi.

Alors, c'est une entente, je pense, historique qui va permettre un meilleur accès à la première ligne par les citoyens québécois. Et, dans ce contexte-là, il y a eu publication de cette entente à la *Gazette officielle*. Vous savez qu'il y a un délai de 45 jours pour recevoir les commentaires, et, à l'expiration de ce délai, j'espère être en mesure de pouvoir annoncer la mise en place de ce nouveau système.

En parallèle, toutefois, il y a des négociations qui ont cours actuellement pour... entre l'association des médecins... des pharmaciens propriétaires et le gouvernement pour rémunérer un certain nombre d'actes qui vont être réalisés à l'intérieur de cette entente-là. Les négociations sont en cours, donc je ne peux pas répondre à la question précise de la députée de Groulx, et vous le comprendrez, parce qu'on est en train de négocier avec l'association pour en arriver à une entente sur la rémunération d'un certain nombre d'actes qui sont inclus dans ces nouvelles dispositions, M. le Président.

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

Mme Daneault : Merci. Alors, ce que je comprends, c'est qu'on aura une réponse plus tard. Il n'y a pas de...

M. Hébert : Lorsque la négociation va être conclue, ce sera public.

Mme Daneault : Mais, dans le budget, vous n'avez pas prévu de sommes à cette fin-là.

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

M. Hébert : On a un mandat de négo du Conseil du trésor. Alors, on a un mandat de négociation et, lorsqu'on aura convenu, avec l'association des pharmaciens propriétaires, de l'entente, bien, on la rendra publique, évidemment.

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

Mme Daneault : Oui. J'aimerais poser une question sur l'entente entre le centre RocklandMD et l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal. On avait posé les questions concernant le nombre de chirurgies effectuées au centre RocklandMD et on avait demandé aussi quels types d'interventions et le coût de chacune des interventions. On a reçu, dans le cadre... On a reçu les réponses mais on a seulement reçu le nombre de chirurgies et le coût.

Alors, je ne sais pas si vous avez les autres informations, mais ma question au ministre, c'est... En 2012-2013, on a dépensé... on a accordé 3,1 millions au centre RocklandMD pour l'équivalent de 1 368 chirurgies. Alors, si on fait un calcul rapide, on évalue autour de 2 300 \$ par chirurgie, par acte chirurgical. Alors, la question que je pose est : Est-ce que vous êtes au courant de cette entente-là? Et ça me semble élevé. Quand on regarde, la moyenne des actes chirurgicaux rémunérés en établissement tourne autour de 500 \$ pour un acte médical moyen. Alors, quand on fait le calcul ici, on est à 2 300 \$. Est-ce que vous êtes au courant de cette entente-là?

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

(Consultation)

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

Mme Daneault : ...en attendant, là, puis je ne veux pas perdre mon... Est-ce qu'on peut suspendre?

M. Hébert : Je vais essayer de trouver l'information précise avec la grille tarifaire, là. Parce que c'est ça que vous voulez avoir, en fait? Je m'excuse de m'adresser à vous, là.

Mme Daneault : Oui. En fait, ce qu'on a demandé, c'était le type de chirurgies, le nombre de chirurgies et les coûts reliés, parce que là tout ce qu'on a reçu, dans le fond, c'est le nombre de chirurgies et la somme qui était donnée annuellement.

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

M. Hébert : Je voudrais bien comprendre la demande, là, parce que le coût et le nombre de chirurgies, c'est ça qu'on vous a donné, c'est ça que vous aviez demandé. Mais qu'est-ce que vous voulez de plus?

Mme Daneault : J'ai demandé le type d'interventions et le coût de chacune des interventions.

M. Hébert : Alors, le type d'interventions et le coût de chacune des interventions, il faut comprendre que c'est une entente qui a été conclue entre l'établissement et l'entreprise, alors c'est les termes de cette entente-là qui prévoient les chirurgies et le coût par chirurgie. Alors, on va essayer d'obtenir cette information.

Je peux vous dire que cette entente a cours jusqu'en septembre et qu'elle ne sera pas renouvelée parce que l'établissement va réintégrer l'ensemble des chirurgies qui étaient transférées au centre Rockland dans ses propres installations. Mais je vais récupérer l'information pour vous la donner, M. le Président.

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

Mme Daneault : Oui. Est-ce que, dans le cadre de cette entente-là... Est-ce que le ministre est au courant qu'il y avait aussi des frais d'exigés aux patients qui étaient opérés à cet endroit-là?

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

M. Hébert : M. le Président, je n'étais pas au courant qu'il y avait des frais qui étaient facturés aux patients. Je vais faire les vérifications auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec s'il y a eu des réclamations concernant le centre médical Rockland. Je regarde du coin de l'oeil le président-directeur général qui me fait des signes de oui. Alors, il y a eu des réclamations de demandées dans ce contexte-là.

Le Président (M. Bergman) : ...au secrétaire de la commission?

M. Hébert : Oui.

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

Mme Daneault : Oui. La réponse est oui. Est-ce qu'on sait quels montants et à quelle hauteur?

M. Hébert : Je vais demander ces informations, M. le Président.

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

Mme Daneault : Ce matin, j'avais demandé la question relativement à l'infolettre. Je voulais juste savoir est-ce que... parce qu'on a reçu des documents supplémentaires sur les questions qu'on a posées, mais je n'ai pas eu le détail des coûts pour l'infolettre. Est-ce que c'est disponible?

M. Hébert : ...M. Giroux de s'approcher, M. le Président. Avec le consentement de l'opposition, je vais peut-être lui demander de répondre lui-même à ces questions.

Des voix : ...

Le Président (M. Bergman) : Alors, qui prend la parole maintenant? Alors, votre nom et votre titre, s'il vous plaît.

M. Giroux (Marc) : Marc Giroux, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie. Oui, effectivement, en ce qui concerne la clinique Rockland, on avait enquêté suite à une publication d'article le 27 avril 2010, donc on a examiné la situation. En décembre 2011, on informait Rockland que leur forfait santé était illégal, et, suite... à ce moment-là, on a demandé des remboursements aux anesthésistes de 73 000 \$. Par la suite, on a remboursé 263 000 \$ à des personnes assurées et on a envoyé des lettres de recouvrement au Centre de chirurgie Rockland, à la Clinique médicale Rockland MD et au Dr Fernand Taras.

Donc, on est maintenant rendus au niveau des manoeuvres juridiques de recouvrement, c'est-à-dire qu'il y a eu une requête introductive d'instance de la Cour supérieure afin de recouvrer les sommes versées, et on continue les procédures juridiques pour récupérer ces sommes d'argent là.

Le Président (M. Bergman) : Mme la députée de Groulx, il vous reste...

Mme Daneault : Je veux encore l'infolettre. Je suis fatiguée avec mon infolettre, mais...

M. Giroux (Marc) : Oui. La suite de l'infolettre, bon...

Mme Daneault : Oui, c'est ça.

M. Giroux (Marc) : Bon, la première chose qu'il faut savoir, c'est qu'au mois de décembre on a écrit à tous les médecins une infolettre, qui est peut-être passée inaperçue parce qu'il y en a beaucoup, qui disait que, si le médecin ne voulait plus recevoir une infolettre écrite, papier, il pouvait s'adresser à nous, et, à ce moment-là, par notre site Web, on pouvait rendre accessible au médecin ces documents-là, ces infolettres-là. Donc, cette année, on a envoyé 37 infolettres, on a... pour les omnipraticiens, 14 pour les spécialistes. Ce qui se passe, c'est qu'on a un plan, nous, pour progressivement passer du papier à l'électronique. Puis notre cible de passage, au niveau des services en ligne, est de 80 %, puis, en date d'aujourd'hui, on est rendus à 74 %. Autrement dit, actuellement, il y a 2 300...

Le Président (M. Bergman) : ...

M. Giroux (Marc) : Pardon?

Le Président (M. Bergman) : En conclusion.

M. Giroux (Marc) : En conclusion? En conclusion, 74 % des médecins ont fait le virage. Actuellement, ça coûte 300 000 \$ et ça va diminuer graduellement au cours des années.

Le Président (M. Bergman) : Le temps est terminé pour ce bloc. Je m'excuse. Alors, collègues, on procède avec le bloc de l'opposition officielle pour 18 minutes.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...M. Giroux, là, pour... parce que je trouve que l'infolettre est intéressante. J'ai eu l'occasion d'en discuter un peu avec lui.

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

• (20 h 50) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Merci, M. le Président. Je trouve ça intéressant parce que, comme de fait, on en reçoit beaucoup. Puis j'ai vu également qu'il y avait des modifications d'entente qui ne seront plus envoyées, puis c'est tout à fait correct. Sauf que, lorsque vous regardez l'application, au niveau coût, ce n'est pas plus dispendieux. C'est que, si un médecin pouvait le recevoir format PDF directement sur son courriel plutôt que d'y aller par infolettre, ça donne le même résultat, plus facile à conserver. Et je comprends également qu'on ne peut pas demander aux 20 000 médecins du Québec, demain matin, de tous l'avoir comme ça, avoir cette progression-là, mais quand même laisser le choix, et ce serait plus à la personne de dire : J'aimerais ça le recevoir papier, et, à ce moment-là, ces gens-là pourraient l'avoir. Ça fait que, progressivement, probablement qu'on s'en irait vers zéro personne sur quelques années.

Je ne sais pas ce que vous en pensez, parce qu'en termes de gestion je peux vous le dire, même moi, quand je suis retourné en pratique, je suis allé chercher sur le site Web les informations, beaucoup plus facile à conserver, alors que le papier, souvent on va le prendre puis on va le mettre dans la poubelle, et plusieurs informations ne nous concernent même pas dans notre pratique particulière. Quand c'est des pratiques en CLSC, ça ne concerne pas les médecins omnipraticiens en clinique et l'inverse.

Donc, je ne sais pas si vous avez ce plan de transition là à faire. La seule chose, lorsque vous le rendez disponible sur le site Web et que le médecin doit aller le chercher, l'expérience démontre que la technique du pool, elle ne fonctionne

pas. Les gens, ils n'y vont pas le chercher. Mais, si vous le recevez dans votre courriel, si vous avez un intérêt, vous allez le lire. Et la même personne qui va le lire papier va le lire courriel, la personne qui ne le lisait pas papier ne le lira pas courriel. Je ne sais pas qu'est-ce que vous en pensez. Je ne sais pas qu'est-ce que le ministre en pense également, là.

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

M. Hébert : Bien, je trouve que la suggestion était extrêmement intéressante. Jusqu'à récemment, je recevais ces infolettres régulièrement et je les classais en dessous de mon bureau. Je pense qu'il y a de l'argent qui est dépensé inutilement et je pense qu'on devrait passer au virtuel de plus en plus. Et même que le papier devrait devenir... on devrait avoir l'attitude inverse. Si les gens veulent continuer à avoir du papier, ils devraient le signifier; autrement, on devrait mettre par défaut les envois courriels. Je pense qu'on est rendus en 2013, là, il faudrait faire ça comme ça.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : D'ailleurs, M. le Président, c'est ma suggestion. C'est que ce n'est pas de dire aux gens : On va vous l'envoyer papier puis le demander courriel mais, à partir de telle date, on va vous l'envoyer courriel, sans compter que toute la documentation de la RAMQ continue d'être disponible sur le site Web. Puis j'ai vérifié, le site est très, très bien fait, il est convivial. Donc, moi, je pense, ce serait... Mais, si la députée de la CAQ était d'accord, on serait... on partagerait la même opinion par rapport... Puis le 300 000 \$ qui va là-dedans, si on peut le mettre dans les soins directement, c'est ce qui est recherché. Mais merci, M. Giroux, et, en passant, félicitations pour votre bon travail, c'est de très belle qualité.

M. le Président, j'aurais aimé ça qu'on parle un peu des effectifs médicaux. Et on sait qu'au cours des dernières années il y a eu une augmentation au niveau des étudiants en médecine. On essaie d'avoir une répartition équitable à la sortie : 50 % médecins de famille, 50 % spécialistes. Je ne sais pas si le ministre avait l'intention de modifier ce pourcentage, soit à la sortie ou à l'entrée.

Également, moi, j'avais eu des représentations de la part des médecins résidents qui voulaient commencer à diminuer le nombre d'étudiants en médecine, parce que, comme on le dit toujours, les prédictions, de façon dont on voit ça actuellement, c'est qu'il va y avoir de plus en plus de médecins sur le marché. Cette année, d'ailleurs, on a vu le bilan du Collège des médecins qui est sorti très récemment, il y a quelques jours, qui démontre une augmentation significative du nombre de médecins au Québec, entre autres au niveau des médecins de famille et des spécialistes.

Et j'aimerais ça savoir, de la part du ministre, quelles sont ses orientations par rapport au nombre d'admissions en médecine — je ne pense pas qu'il a besoin d'être augmenté, je ne pense pas non plus qu'il a besoin d'être diminué à court terme — et également au niveau de la répartition des effectifs médicaux sur le territoire du Québec.

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

M. Hébert : M. le Président, je remercie le député de Jean-Talon d'une question qui était extrêmement importante et, à mon avis, cruciale. On a vécu, au cours des 15 dernières années, des problèmes de pénurie qui n'avaient pas été anticipés par tous les experts. Et je me souviens d'avoir travaillé avec Morris Barer, qui était directeur d'un des instituts de recherche en santé du Canada, et c'est Morris Barer qui, dans les années 90, avait fait les études démontrant que le Canada s'orientait vers des surplus importants de médecins. Et ses études avaient donné lieu, dans la plupart des provinces canadiennes, y compris le Québec, à des diminutions de l'admission en médecine.

20 ans plus tard, on se rend compte que même des scientifiques qui étudient des aspects de façon très rigoureuse peuvent se tromper, parce qu'il y a un phénomène social qui n'avait pas été prévu par Morris Barer et la plupart des scientifiques dans ce domaine, c'était un changement générationnel qui est arrivé beaucoup plus tôt au Québec que dans les autres provinces canadiennes, changement générationnel qui fait, d'une part, que les femmes sont plus nombreuses dans les études médicales — c'est une bonne nouvelle — mais, en contrepartie, il y a, chez les femmes, des absences plus importantes pour des raisons familiales, donc des congés de maternité.

Mais, au-delà de la distinction hommes-femmes, la nouvelle génération de médecins est plus préoccupée par l'équilibre entre la vie personnelle et la vie familiale, de sorte que le nombre d'heures travaillées par les médecins québécois depuis les années 95, en fait, diminue progressivement, d'année en année, et, là où il fallait deux médecins, il en faut maintenant trois. Alors, cette situation a fait en sorte qu'il y a eu une pénurie relative de médecins, et on a dû donc augmenter progressivement jusqu'à doubler, et même au-delà, les admissions en médecine dans les quatre facultés de médecine avec le développement de campus satellites au Saguenay, à Trois-Rivières, et de campus cliniques dans d'autres régions du Québec pour être en mesure de former ces médecins en maintenant des standards de qualité.

Alors, nous avons atteint, depuis les quatre dernières années, un chiffre de 847 entrées en médecine dans le contingent régulier. Et, de l'avis de tous les experts et de la table de concertation, c'est le chiffre maximal que le Québec peut absorber en formation médicale, parce que, vous le comprendrez bien, ce n'est pas tout d'avoir une formation théorique en médecine, mais il faut offrir à ces étudiants des stages cliniques. Et, actuellement, tous les établissements au Québec sont mis à contribution pour exposer les étudiants en médecine à des situations cliniques et être en mesure de maintenir l'exposition clinique de nos étudiants.

Alors, les situations de pénurie ne sont toujours pas résorbées. On sait que, pour les omnipraticiens, il nous faudra encore plusieurs années pour résorber cette pénurie. Pour les médecins spécialistes, on y arrive progressivement. Et, avant de modifier à la baisse le nombre d'admissions en médecine, je pense qu'il faut être extrêmement prudents, parce que moi, je crois qu'on n'a pas atteint le plateau dans la diminution des heures travaillées et, lorsque la situation de

pénurie va se résorber progressivement, je suis persuadé que les médecins vont travailler de moins en moins et qu'il y en a qui travaillent encore davantage simplement pour répondre aux besoins de la population. Mais, lorsque la pression va diminuer, cet équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle va faire en sorte que le nombre d'heures travaillées par les médecins va continuer à diminuer, et je pense qu'on n'a pas atteint encore une situation d'équilibre dans cette évolution.

Alors, maintenant, pour les finissants en médecine, donc il y a eu tout un travail de fait par les facultés de médecine pour valoriser, mieux valoriser la médecine de famille, de sorte que les étudiants choisissent davantage de s'en aller en médecine de famille. Ce travail-là a eu des impacts bénéfiques au niveau du choix des étudiants en médecine dans plusieurs facultés, et certaines facultés font des progrès pour arriver au même niveau de valorisation.

Il y avait toutes sortes d'obstacles à la valorisation de la médecine de famille, ce qu'on appelle souvent, dans le jargon, le curriculum caché dans les facultés de médecine, où subtilement on laisse entendre aux étudiants en médecine que les grands spécialistes, eux, trouvent la solution que les simples médecins de famille n'avaient pas trouvée. Alors, vous voyez qu'il y a là des jugements de valeur qui sont parfois... parfois inconsciemment, parfois consciemment utilisés pour dévaloriser la médecine de famille.

Et tous ces éléments de curriculum caché ont fait l'objet d'analyses pour les débusquer et corriger cette situation dans la plupart des facultés de médecine, faire en sorte également que la médecine de famille soit mieux connue de la part des étudiants en médecine, pour rendre obligatoire, par exemple, des stages de formation en médecine de famille, des expositions à la médecine de famille dès la première année du cours de médecine. Alors, toute une série de stratégies qui ont porté fruit et qui font actuellement que, dans la plupart des facultés de médecine, en fait, trois sur quatre, 50 % des étudiants choisissent d'aller en médecine de famille.

Il y a eu du travail également pour accueillir ces étudiants en médecine de famille, parce que, pour former des étudiants dans un programme de médecine de famille, il faut disposer d'unités de médecine de famille. Alors, il a fallu développer ces unités de médecine de famille, recruter les professeurs dans ces unités de médecine de famille, et ce processus continue. Il y a encore... Et j'annonçais récemment des créations et des rehaussements d'unités de médecine de famille. Il y en aura d'autres. Et il y en a d'autres en examen actuellement pour augmenter la capacité d'accueil des étudiants en médecine de famille.

• (21 heures) •

Des voix : ...

M. Hébert : On m'a volé ma feuille.

Une voix : ...

M. Hébert : Merci. Alors, de sorte qu'en 2012-2013, sur les 409 postes qui étaient offerts en médecine de famille, 384 ont trouvé preneur. C'est 94 %, et c'est un record de tous les temps quand on sait qu'on parlait à 78 % en 2007-2008. Alors, que 94 % des postes offerts soient comblés par les étudiants en médecine, je pense que c'est une bonne nouvelle. Et on avait, chez les étudiants en médecine... chez les postes de médecine de famille, la même performance que les postes de spécialité qui, eux, sont comblés à 94 %, 95 % habituellement. On se dirige vers une répartition 50-50. On n'y est pas encore. On est encore à 45-55. Notre objectif en développant de nouvelles unités de médecine de famille, c'est d'augmenter le nombre de postes pour qu'on puisse offrir 50 % des postes en médecine de famille versus 50 % en spécialité, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, j'aurais juste une question assez précise au ministre. On regarde la région des Laurentides, la difficulté de recrutement dans la région des Laurentides. Et puis moi, j'avais fait la proposition, puis je sais qu'il y avait un dossier qui avait été fait afin d'avoir une unité de médecine de famille. Le meilleur outil de recrutement et de rétention demeure lorsque les médecins sont formés sur place. Lanaudière avait les mêmes difficultés que Laurentides. Il y a eu deux unités de médecine de famille ouvertes, une au CSSS du Sud-de-Lanaudière et une au CSSS du Nord-de-Lanaudière, qui ont donné d'excellents résultats. On est même passés d'une région où il y avait beaucoup de difficultés à recruter à une région où ils devaient refuser des médecins par rapport aux effectifs qui étaient autorisés. Est-ce que le ministre a le projet ou veut développer un projet d'unité de médecine de famille dans les Laurentides? Et j'ai su également qu'à l'époque les médecins étaient plus ou moins intéressés, mais maintenant il semblerait qu'il y a un intérêt très fort pour avoir une unité de médecine de famille.

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

M. Hébert : ...à Saint-Jérôme il y a trois semaines, et effectivement on m'a parlé du projet d'avoir une unité de médecine de famille. Et je sais à quel point une unité de médecine de famille est structurante pour un milieu parce que, lorsqu'on a une unité de médecine de famille, on reçoit des résidents, mais il y a aussi toute une série de stages en spécialité qui sont organisés, et c'est un moyen extrêmement efficace de faire en sorte que l'enseignement prend place dans un centre de santé et de services sociaux. Et, quand on dit enseignement, on dit attraction de médecins parce qu'évidemment, lorsqu'on fabrique des médecins puis qu'on est du côté de la fabrique, bien, il y a des médecins qui vont rester dans la région dans laquelle ils ont été formés.

Alors, c'est un moyen extrêmement puissant de recruter, de retenir, de rendre plus intéressante la pratique dans un centre de santé et de services sociaux. Et j'ai eu une discussion fort intéressante avec le recteur de l'Université de Montréal, qui me disait, effectivement, que le projet de Saint-Jérôme pourrait et devrait aller de l'avant. Et nous allons appuyer le développement d'une unité de médecine de famille dans ce milieu qui souhaite recevoir des étudiants en médecine de famille, souhaite intensifier son offre d'enseignement. Et je pense que ce sera bénéfique pour l'ensemble de la population de cette région-à, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Merci, M. le Président. Je voudrais demander au ministre... Il y a eu beaucoup de discussions par rapport aux médecins qui se désengageaient du système de santé. Il y a aussi des médecins non participants. C'était quand même un faible pourcentage des médecins qui le faisaient, mais on voit quand même une certaine tendance. Même à Québec, des gens ont tendance à s'en aller dans des cliniques privées où ils ne font seulement que des bilans de santé. Ils font peu de suivi de patients. Quelles sont les orientations du ministre par rapport à cette tendance qui est, d'après moi, légère? Ils en parlent beaucoup dans les médias, puis ils font des pourcentages. Ils disent que ça a augmenté de 200 %, mais on passe des fois des chiffres de deux à trois ou à quatre, là. Ça fait que le ministre comprend très bien mon propos. J'aimerais savoir, compte tenu que le ministre, je pense, veut renforcer le système public, quelle est son orientation pour cette tendance.

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

M. Hébert : M. le Président, je trouve ça préoccupant. Et je pense que je surveille de façon très attentive cette tendance. Effectivement, comme le soulignait le député de Jean-Talon, ce n'est pas encore des chiffres importants en termes de nombre, mais ça envoie des messages un peu bizarres à la population comme de quoi on peut obtenir dans le privé ce qu'on ne peut pas obtenir dans le public. Et je pense qu'il y a beaucoup de mirages qui sont entretenus par les collègues qui choisissent d'aller dans le secteur privé et de faire en sorte que c'est la disponibilité financière qui conditionne l'accès aux services. Je pense que c'est contraire à toute la philosophie et aux valeurs qu'on s'est données au Québec pour l'accès au système de santé.

Ce qui me préoccupe aussi, c'est que certains médecins font, de façon ping-pong, une alternance entre le statut de participant et le statut de non-participant. Vous savez que le délai de carence pour quitter le statut de participant est de huit jours, puis le délai de carence pour retrouver le statut de participant est de 30 jours. Alors, il y a des médecins qui se font un horaire en étant un mois participants, un mois non-participants et en référant... en se référant des patients dans le privé. Alors, il y a une espèce d'astuce, là, un peu perverse qui s'est installée, et on examine actuellement la possibilité d'augmenter les délais de carence pour changer de statut de façon à pouvoir régler ce problème, là, d'une alternance néfaste qui permet des effets tout à fait pervers dans le réseau de la santé.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Merci, M. le Président. Puis...

Le Président (M. Bergman) : 1 min 30 s dans ce bloc.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Pardon?

Le Président (M. Bergman) : 1 min 30 s.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. C'est seulement pour dire au ministre que, je pense, c'est une alternative qui serait intéressante de regarder. Comme de fait, il y en a qui jouent vraiment au ping-pong; ils se désassurent, ils se réassurent, puis ils essaient... Moi, je pense que, si tu vas dans le privé, tu vas dans le privé et, quand tu vas dans le public, tu vas dans le public, mais que tu n'as pas à profiter des avantages, surtout que, des références, souvent c'est pour faire encore plus d'argent puis pas nécessairement pour donner plus de services. Je peux assurer le ministre que, s'il nous arrivait avec un délai de carence pour réussir à changer et qu'il pourrait même aller jusqu'à une année, on serait très favorables à ça. C'est-à-dire que le médecin qui décide de quitter le système public, à partir du moment qu'il l'a quitté, ça pourra prendre une année avant qu'il puisse revenir dans le système public. À ce moment-là, ça nous ferait des règles du jeu beaucoup plus fiables et également ça donnerait un message assez clair aux gens : Si vous voulez le faire, vous pouvez le faire, mais c'est à vos risques et périls. Merci, M. le Président, je vais attendre pour le prochain bloc.

Le Président (M. Bergman) : Alors, on termine ce bloc. On commence le bloc du gouvernement, pour 19 minutes. Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Oui. Merci, M. le Président. Alors, étant de plus en plus confrontés à une augmentation importante des cas de cancer de la peau, pas toujours mortels mais souvent dévastateurs parce que généralement répétitifs... de là l'importance d'agir en prévention. Donc, tout récemment, le 11 février dernier, est entrée en vigueur la Loi visant à prévenir les cancers de la peau causés par le bronzage artificiel après un décret du Conseil des ministres.

Cette loi, qui a été adoptée à l'unanimité en juin dernier, interdit le bronzage artificiel aux mineurs. Le décret du ministre, qui a permis d'accélérer la mise en oeuvre de la loi, a été applaudi par plusieurs organisations comme la Société canadienne du cancer et l'ordre des dermatologistes du Québec. En effet, les effets du bronzage artificiel sont considérés comme étant nocifs pour la santé de la peau, notamment chez les jeunes. M. le Président, pouvez-vous nous décrire... Bien, c'est-à-dire que cette question-là va s'adresser au ministre, sûrement, mais peut-on nous décrire brièvement les impacts du bronzage artificiel sur la santé de la peau et peut-on nous expliquer les modalités de la nouvelle loi?

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

• (21 h 10) •

M. Hébert : M. le Président, effectivement, comme le disait la députée de Masson, les effets nocifs des rayons ultraviolets sont bien démontrés. Il y a de nombreuses études scientifiques qui montrent les dangers du bronzage, et du bronzage artificiel notamment, surtout chez les mineurs, M. le Président. Le Centre international de recherche sur le cancer, qui est l'organisme de l'OMS qui est chargé de la surveillance du cancer, avait classé, en 2009, les appareils de bronzage à émission de rayons ultraviolets dans la catégorie des risques de cancer les plus élevés dans le même... au même titre que la cigarette et que l'amiante, M. le Président. Alors, c'est un danger important pour la santé, et on sait que les problèmes de mélanomes et des autres cancers qui sont dépendants aux rayons ultraviolets ont connu une progression au cours des dernières décennies.

Alors, cette loi, donc, fait en sorte que l'exploitant d'un salon de bronzage ne peut pas offrir des services de bronzage artificiel à une personne mineure. Alors, cette loi prévoit aussi que toute publicité directe ou indirecte en faveur du bronzage artificiel est interdite lorsqu'elle est destinée à des personnes mineures ou lorsqu'elle est fautive, ou trompeuse, ou susceptible de créer une fausse impression sur les effets ou les dangers du bronzage artificiel sur la santé.

J'ai demandé qu'on puisse décréter l'entrée en vigueur de cette loi à partir du 11 février. Vous comprendrez que la période la plus importante d'activité dans les salons de bronzage, c'est la période qui commence actuellement, parce qu'il y a des gens qui vont aller dans le Sud qui veulent se faire bronzer et il y a des gens qui se préparent à la belle saison et qui veulent exposer leur chair bien basanée au cours de l'été. Alors, il était important de mettre l'entrée en vigueur de cette loi-là à un moment qui précède un niveau d'activité extrêmement important chez les exploitants de ces salons de bronzage. Alors, nous avons donc fourni aux exploitants du matériel, là, pour qu'ils puissent afficher dans leurs salons de bronzage les mises en garde des effets nocifs et pouvoir afficher également l'interdiction d'offrir des services à une personne mineure. Alors, l'exploitant doit donc dès maintenant, depuis le 11 février dernier, se conformer à ce règlement et doit, au plus tard le 11 août 2013, se déclarer au registre des entreprises, M. le Président. Et je pense que cette disposition d'une loi qui a été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale va permettre de diminuer l'incidence de cancers de la peau chez notre population, M. le Président.

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

Mme Proulx : M. le Président, le secteur préhospitalier, au Québec, emploie des milliers de personnes dans le réseau de la santé. Vous savez, les travailleurs de la santé sont des gens de coeur, des gens qui travaillent fort, pas toujours dans des conditions faciles et je dirais même parfois dans des conditions assez difficiles. On retrouve, en milieu hospitalier, des médecins, des pharmaciens, des infirmières, des infirmiers, des infirmières auxiliaires, des infirmiers auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, des techniciens en radiologie, des techniciens en laboratoire, des inhalothérapeutes, des préposés à l'entretien, des préposés à l'accueil. Enfin, bref, on retrouve dans le milieu hospitalier une panoplie de métiers et de professions exercés par ces personnes dévouées qui donnent le meilleur d'elles-mêmes au quotidien dans leurs fonctions.

M. le Président, tous les travailleurs au Québec méritent d'être traités avec respect. Des conditions de travail de qualité, le respect des individus sont les fondements mêmes, incontestables, pour avoir de saines relations de travail. Dans un processus de négociation collective sain et efficace, si on veut avoir des résultats, ça implique nécessairement une volonté de régler. Quand un processus traîne en longueur, quand des travailleurs se retrouvent sans contrat de travail pendant plus de deux ans, je pense qu'on peut se poser des questions sur la bonne foi et la volonté de régler et de conclure une négociation dans un modèle gagnant-gagnant.

Les ambulanciers et le personnel paramédical donnent des soins d'urgence aux patients et les transportent en centre hospitalier ou vers d'autres centres médicaux pour des soins plus poussés. Nous avons tous déjà été témoins d'une scène d'accident où nous pouvions justement voir ces femmes et ces hommes intervenir directement en première ligne auprès de personnes souffrantes. Ce secteur d'activité est donc un maillon extrêmement important dans la chaîne de services offerts dans le réseau de la santé. Or, les ambulanciers étaient sans contrat de travail depuis 2010. Après d'intenses négociations avec les ambulanciers, le ministre annonçait publiquement, le 11 janvier dernier, que le gouvernement s'était entendu avec les ambulanciers pour conclure une entente de principe. J'aimerais que le ministre nous explique comment il se fait qu'il ait fallu près de trois ans pour régler ce dossier, M. le Président.

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

M. Hébert : M. le Président, effectivement, c'est un dossier qui avait traîné en longueur. On sait toute l'importance de l'intervention des ambulanciers et des services préhospitaliers. C'est des gens qui sauvent des vies par leurs interventions compétentes et leurs interventions diligentes pour répondre à des besoins, à toutes sortes de situations. Et donc deux ans de négociations n'avaient pas suffi à parvenir à une entente raisonnable pour les deux parties. C'est un dossier qu'on m'a présenté, qu'on a analysé. Et, comme vous le savez, M. le Président, on était dans une situation budgétaire extrêmement

difficile, avec un cadre financier très rigide, qui ne laissait pas beaucoup de marge de manoeuvre pour pouvoir répondre à des demandes des ambulanciers.

Mais j'ai tenu, M. le Président, lors d'une manifestation des ambulanciers à mon bureau de comté, à aller à leur rencontre et à entendre leurs revendications, leurs revendications, qui, contrairement à ce qu'on pourrait penser, n'étaient pas déraisonnables. Ils voulaient qu'on puisse reconnaître leur situation particulière en termes de régime de retraite et faire en sorte pas nécessairement d'avoir plus que les autres employés du secteur public, mais qu'ils puissent avoir un régime de retraite différent qui tient compte du fait que c'est un travail qui est extrêmement demandant, pour lequel on doit habituellement prendre une retraite plus tôt que la plupart des individus et pour lequel, dans les entreprises qui engagent des ambulanciers, il n'y a pas d'autre travail moins demandant qui pourrait être offert à des personnes qui dépassent la cinquantaine et qui pourraient, donc, pouvoir occuper ce genre de poste. Alors, une situation très particulière au niveau du régime de retraite.

Et une autre situation particulière : au niveau du nombre d'échelons, parce que ces ambulanciers ont plus d'échelons que la plupart des autres employés du secteur public pour des raisons évidentes; c'est que la formation de base, collégiale, pour les ambulanciers n'a été introduite que récemment. Et donc la formation des ambulanciers actuellement en service est très, très variée, ce qui donne lieu à des échelles salariales très hétérogènes.

Alors, on a bien entendu, on a discuté avec les ambulanciers, qui étaient très contents de pouvoir avoir un contact direct avec le ministre de la Santé, et, quelques jours plus tard, dû au professionnalisme de nos équipes de négociation, on est arrivés à une entente à la satisfaction des ambulanciers, une entente de principe qui a été entérinée — et je suis très heureux que cette entente-là ait été entérinée — par les membres de ces associations.

Et ce qui compliquait davantage cette négociation, c'est qu'elle devait se faire à deux paliers : un palier bien sûr national, avec les syndicats représentant les ambulanciers, mais aussi à un palier local, parce que, comme vous le savez, dans chacune des régions du Québec, ce sont des entreprises — souvent des entreprises coopératives — qui sont les employeurs. Et donc il fallait avoir des négociations à un palier également local.

Alors, nous avons donc des ententes qui respectent le cadre budgétaire, qui respectent également les augmentations salariales qui avaient été convenues avec les autres employés de l'État, en toute équité, qui maintiennent l'équité également au niveau du régime de retraite — on donne l'équivalent de ce qui est donné dans les autres secteurs du réseau de la santé et des services sociaux, mais on le donne différemment pour s'adapter à la situation particulière des ambulances — et on a été en mesure de s'entendre sur une diminution d'échelons pour réduire de 16 à 14 le nombre d'échelons des grilles salariales des ambulanciers.

Alors, je suis assez fier que nous ayons été en mesure de conclure en quelques jours ce qui avait traîné en longueur pendant plusieurs années avec l'ancienne Administration. Et ça fait, encore une fois, la démonstration que, quand on écoute les gens, on est capables d'en arriver à des ententes sans que ça coûte nécessairement plus cher, mais il faut être capables d'avoir une ouverture et d'être capables d'écouter les demandes qui, parfois, sont légitimes, et qui, parfois, peuvent cadrer avec les contraintes budgétaires du gouvernement, M. le Président.

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

M. Richer : M. le Président, au cours des dernières semaines, les médias ont souvent parlé des projets d'optimisation pilotés par la firme Proaction. Il semble que plusieurs syndicats s'opposent à cette démarche. Certains vont même jusqu'à dire que la méthode utilisée par cette firme contrevient aux codes de déontologie des professionnels de la santé.

Ce matin encore, dans *La Presse*, les médecins responsables des soins à domicile d'un CSSS de Montréal, le CSSS Ahuntsic—Montréal-Nord, dénoncent la méthodologie de cette firme.

Alors, M. le ministre, dans le contexte de ces critiques, est-il acceptable de laisser cours à ces projets?

• (21 h 20) •

M. Hébert : M. le Président, le député d'Argenteuil soulève un sujet extrêmement important. Je pense que les citoyens du Québec, les contribuables sont en droit de recevoir... d'en avoir pour leur argent, de faire en sorte que l'argent qu'ils investissent — et c'est un investissement considérable, conséquent — soit orienté en priorité vers les services aux patients, et qu'on diminue les sommes consacrées à la bureaucratie, consacrées à l'administration des processus, et qu'on puisse faire en sorte qu'on soit le plus efficace, le plus efficace possible.

Alors, il y a différentes méthodes qui ont été développées au cours des années pour optimiser les processus. Le député de Jean-Talon connaît bien la méthode «lean», qu'il a préconisée, qui est une excellente méthode, qui permet, M. le Président, à une unité de production, si vous me permettez d'utiliser ce terme, même pour le domaine de la santé, c'est-à-dire aux gens qui donnent, qui dispensent les soins de pouvoir examiner leurs processus, de pouvoir identifier les secteurs où ils peuvent améliorer le processus, de faire un projet pilote, d'évaluer ce projet pilote et, s'il s'avère que ce projet pilote a les résultats escomptés en termes d'amélioration du processus, bien, on généralise aux autres unités ce qui a été trouvé sur le terrain par les professionnels et les personnels eux-mêmes.

Alors, c'est une méthode intéressante qui a montré... qui a fait ses preuves. Il y a une abondante littérature scientifique sur cette méthode-là. Et je pense que, dans le réseau, actuellement, on développe de plus en plus l'expertise pour appliquer cette méthode-là, qui est une méthode qui respecte tout à fait les employés, les syndicats parce qu'elle part de la base.

Il y a d'autres méthodes d'optimisation des processus qui ont aussi leurs mérites et qui ont démontré également une certaine efficacité, qui, parfois, sont plus descendantes, c'est-à-dire «top-down» — si vous me permettez cette expression bien connue, mais qui reflète bien la réalité — et qui ont démontré une efficacité. Alors, la firme Proaction est une de ces entreprises qui utilisent plutôt une approche envers les gestionnaires pour être capables d'optimiser les processus, une

méthode qui peut avoir des bienfaits, j'en conviens, mais qui parfois pose problème lorsqu'on impose dans des milieux un certain nombre de méthodes qui n'ont pas été bien intégrées, qui n'ont pas été discutées avec les employés, avec les syndicats, et je pense que c'est là qu'il y a des difficultés.

L'autre problème, c'est que cette firme-là présente son intervention comme étant une méthode «lean», ce qui n'est pas vraiment le cas. Et je pense qu'ils ont corrigé maintenant leur site Web. Je pense que c'est important de bien décrire ce qu'on fait. Par contre, cette firme utilise un minutage, des analyses temps-mouvements pour être en mesure d'identifier les zones où il y a des pertes de temps inutiles et les zones d'amélioration. Lorsqu'on minute... Et je n'ai rien contre le minutage, j'ai moi-même, en tant que chercheur, utilisé ces méthodes et développé, même, des méthodes de collecte de données en utilisant les BlackBerry pour être capable de pouvoir faire ce genre de minutage qui donne une information extrêmement intéressante pour décrire le processus et pouvoir intervenir de façon à maximiser le temps d'intervention directe auprès des gens et diminuer les temps indirects, parce que, dans certains cas, les temps indirects sont plus importants que le temps direct passé auprès des patients. Et vous comprendrez qu'une mesure d'optimisation va viser à renverser cette tendance-là.

Alors, le minutage en soi peut être un outil extrêmement intéressant. Lorsqu'on utilise le minutage pour contrôler l'intervention et donner des barèmes ou des balises à ne pas dépasser, là je pense qu'on exagère, là on se sert du minutage à mauvais escient, et je pense que le minutage est un outil qui peut être extrêmement intéressant pour améliorer les processus. Plusieurs établissements ont utilisé la méthode de Proaction et de d'autres firmes dans le but d'améliorer les processus dans les soins à domicile. Il faut réaliser que beaucoup des interventions d'optimisation des processus ont été faites à l'hôpital jusqu'à maintenant et que le domicile n'avait pas fait l'objet, jusqu'à maintenant... ou avait fait moins l'objet de ces mesures d'optimisation. Et, au moment où on s'apprête à investir des sommes considérables dans les soins à domicile, je pense qu'il faut s'assurer que les soins à domicile sont efficaces. Je veux bien croire qu'on puisse passer plusieurs jours à faire l'évaluation d'un patient, mais, lorsqu'il y a des dizaines ou des centaines de patients qui attendent en liste d'attente, je pense qu'on peut condenser l'évaluation et faire en sorte qu'on puisse voir plus de patients et faire en sorte qu'on donne des services d'aussi bonne qualité, mais à un plus grand nombre de patients.

Alors, ces services de soins à domicile font l'objet actuellement de processus d'optimisation, soit par la méthode «lean» soit par une méthode de gestion à partir de la description des temps d'intervention directe-indirecte et des temps d'intervention... des temps cléricaux. Je pense que ces méthodes ont leurs mérites. Par contre, ce que je souhaite, c'est : lorsqu'on applique ces méthodes-là, il faut intégrer les employés, il faut intégrer les syndicats. La méthode «lean» le fait de façon habituelle, mais ces groupes... ces consultants doivent le faire également dans leurs processus. Je pense qu'il est important que le personnel comprenne ce pourquoi on utilise ce genre d'intervention de minutage pour en arriver à améliorer les processus et à maximiser l'intervention auprès des clients.

Un autre phénomène qui me préoccupe, c'est que beaucoup des contrats avec ces firmes ont été donnés de gré à gré. Et c'est des contrats qui sont quand même substantiels, M. le Président. Et je pense qu'il faut rappeler — surtout dans le contexte actuel où on a une commission d'enquête dans un autre secteur d'activité, qui est la construction, sur de la collusion et des malversations — aux établissements du réseau que l'octroi de contrats, ça doit passer par un processus d'appel d'offres, et on doit éviter autant que possible de donner des contrats de gré à gré, fussent-ils avec des entreprises respectables et en étant persuadés qu'il n'y a pas de problèmes de collusion. Je pense qu'on a un devoir de transparence dans l'administration des fonds publics, et il faut utiliser des procédures d'appel d'offres.

La deuxième chose qui me préoccupe, c'est qu'on utilise des consultants pour en arriver à optimiser. On peut utiliser des consultants de façon ponctuelle, mais d'utiliser des consultants sur une base régulière pour l'optimisation des processus, je pense qu'on fait fausse route. Il faut que les établissements développent, à l'intérieur de leurs organisations — et lorsqu'elles sont trop petites, ça peut être une responsabilité de l'agence pour un certain nombre d'établissements — une expertise, développent... engagent des gens qui vont être partie prenante de l'établissement et qui vont faire en sorte que l'optimisation des processus devienne une mission de l'établissement et soit intégrée à la mission sans qu'on soit toujours obligés de faire appel à des contractuels pour la réaliser.

Alors, j'ai rappelé, donc, au réseau que l'optimisation des processus était importante, que je n'allais pas m'immiscer dans le choix de la méthode, mais que je rappelais aux établissements que la participation du personnel et des professionnels était importante, et qu'il fallait éviter les contrats de gré à gré, et qu'il fallait développer, à l'intérieur des organisations, une expertise plutôt que de recourir toujours à des consultants de façon ponctuelle et, encore pire, de façon récurrente, M. le Président.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Alors, pour l'opposition officielle, un bloc de 18 minutes. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président. M. le Président, je vais faire une proposition au ministre, parce qu'on a plusieurs sujets à traiter, mais c'est des sujets dans lesquels... je pense que c'est important qu'on les... au moins, pour en démontrer l'importance. C'est des sujets... J'aimerais avoir peut-être des réponses un peu plus brèves pour que chacun puisse avoir eu son petit mot aujourd'hui dans cette commission.

D'abord, à la question n° 148, on avait une question sur l'hôpital de Lachine. Je ne demande pas à ce qu'on y réponde. C'était par rapport aux fondations. On voulait avoir... C'est dans le volume 1, question n° 148, ça a été répondu : «Cette question n'est pas pertinente à l'étude des crédits.» J'aimerais ça que vous y preniez une attention particulière; c'est par rapport aux fondations puis au litige qu'il y avait. Je ne demande pas de réponse, je ne fais seulement que demander au ministre et à M. le ministre, si c'était possible, de déposer les documents ou de préparer un document puis de nous l'envoyer.

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

M. Hébert : Je n'ai pas de réponse à fournir au député de Jean-Talon. Je ne connais pas... Je connais bien le dossier de l'hôpital Lachine, vous pouvez vous en... mais le dossier spécifique de la fermeture de la corporation, j'imagine, de l'hôpital de Lachine et de sa fondation et le litige qui s'en est suivi, je ne suis pas au courant.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...c'était demandé par le député de l'endroit, c'est très technique. Je fais juste vous demander peut-être de collaborer puis essayer de nous fournir une réponse par rapport à ça, si possible. Ce n'est pas plus engageant que ça.

• (21 h 30) •

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

M. Hébert : ...à l'étude de crédits, mais on va le faire pour répondre à cette...

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...la population, je pense, c'est légitime.

Le Président (M. Bergman) : Merci. Alors, s'il y a un dépôt de document au secrétaire de la commission, qui va le diffuser aux membres de la commission. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, M. le Président. Lorsqu'on a fait, je pense, l'étude du projet de loi n° 83, l'opposition de l'époque avait demandé à ce qu'on puisse rendre disponible des... que chaque établissement, pour commencer, ait un site Web officiel. Donc, j'aimerais ça savoir c'est quoi, le pourcentage des établissements qui ont maintenant un site Web officiel.

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

M. Hébert : M. le Président, pour répondre à la question du député de Jean-Talon, j'ai ici le taux de rapports annuels, parce qu'un des éléments fondamentaux à mettre sur le site Web, c'est le rapport annuel. Alors, il y a 74 % des établissements actuellement qui ont, sur leur site Web, leur rapport annuel, donc qui est mis, rendu disponible aux... Donc, 200 établissements sur 269 l'ont fait. Les agences des régions 01, 09 et 13 ont un espace sur leur propre site afin de dépanner les établissements qui n'ont pas de site Web particulier. Alors, on utilise l'agence, et je pense que c'est une bonne stratégie pour diminuer et partager les coûts.

Et donc ceux qui ne se sont pas conformés, il y a eu un rappel de fait par les agences pour qu'ils puissent se conformer à cette règle-là, M. le Président.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Je pense que M. le ministre est... Je pense que la population du Québec comprend maintenant que les gens vont chercher beaucoup leurs informations par les sites Web. D'avoir des sites Web conviviaux, c'est vraiment une des belles stratégies qu'on a. Même, on a passé vraiment du moment où est-ce qu'on cherchait des informations dans des annuaires ou dans des bottins à on va directement sur les sites Web.

Également, l'autre élément qui avait été adopté dans la loi, c'était de rendre disponible les états financiers, ce qu'on appelle l'AS-471, mais sans les données nominales, c'est-à-dire des gens qui ont... avec leur salaire. Est-ce que M. le ministre sait le nombre d'établissements et le pourcentage qui ont rendu disponible l'information?

M. Hébert : Alors, M. le Président, la loi entrain en application... en tout cas, il fallait se conformer à la loi à partir du 1er février, donc les états financiers de l'année financière se terminant le 31 mars devront être sur le site Web de l'ensemble des établissements en juin. Habituellement, c'est à cette date-là que les états financiers sont disponibles, M. le Président. Et on a des régions, oui, je pense que ça vaut la peine de les souligner, où on a 100 % des rapports annuels de l'année dernière, même si l'entrée en vigueur de la loi donnait jusqu'en février. Donc, le Bas-Saint-Laurent, l'Outaouais, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, Gaspésie—Les Îles, Laval et territoire de la Baie-James ont 100 % des établissements qui se sont conformés.

Il y a des établissements qui traînent. Montréal, 51 % seulement des établissements seulement se sont conformés et, en Montérégie, 63 %, mais les autres sont en haut de 70 % et 75 %. Donc, on a bon espoir que l'ensemble des établissements vont pouvoir se conformer en vertu de la loi.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, encore là, c'est par souci de partager l'information puis la transparence. Puis également on comprend que, la première année, il peut y avoir une période de transition. Est-ce que le ministre, avec le ministère, peut prendre l'engagement qu'au 1er octobre 2013 tous les rapports annuels et tous les états financiers vont être disponibles sur le site Web?

C'est tout simplement... C'est parce qu'on a passé une loi, je pense que tous les partis étaient de bonne foi, et puis, si on ne fait pas ce type de suivi, il y a des établissements qui passent à côté. Donc, si on s'entend, tout le monde, pour faire le suivi, vos équipes vont le faire, et il n'y a pas de conséquence, mais je pense que ça va être important qu'on revienne au 1er octobre l'année prochaine. Et j'aurais aimé que, l'année prochaine, le ministère nous fasse parvenir ces données qu'on vous a demandées, c'est-à-dire le nombre d'établissements qui ont le site Web, la façon dont ils ont... c'est via le régional, également le nombre et le nom des établissements qui ont la disponibilité du AS-471, les états financiers et le rapport annuel pour le 1er octobre. Je pense que c'est une bonne tradition, à chaque année, de faire ce suivi-là, comme opposition.

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

M. Hébert : Oui, M. le Président. Alors, on va s'assurer que tous les établissements respectent la loi le 1er octobre, au moins, et qu'il y ait un rapport à chaque année qui soit fourni pour voir la conformité avec la loi, mais l'objectif, c'est que 100 % des établissements soient conformes.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, mais, par expérience, si on ne fait pas le suivi de nos dossiers, il y a des petites choses qui se passent.

M. le Président, j'aimerais ça que le...

Une voix : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, j'aimerais ça que le ministre fasse le point, parce que, lorsqu'il est rentré en poste, il avait rapidement donné un point de presse en disant qu'il regardait les fusions d'agences, les fusions d'établissements. Et est-ce que le ministre peut nous dire où on est rendus dans l'avancement de ce dossier puis également est-ce qu'il y a une planification cette année qu'il va y avoir des travaux de faits à ce niveau-là?

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

M. Hébert : Alors, lorsque j'ai donné mes orientations au ministère, il y a une partie qui concernait l'optimisation des processus, comme je l'ai dit tout à l'heure, optimisation qui avait pour but de réduire la bureaucratie dans le réseau de la santé et des services sociaux. Certains partis politiques avaient même proposé d'abolir les agences, et je pense que c'est une mauvaise idée puisque ce palier intermédiaire entre le national et le local est absolument nécessaire pour être capable de bien prendre en considération les besoins de la population et d'éviter de centraliser les décisions à Québec, au ministère de la Santé, et de permettre à chacune des régions du Québec de pouvoir adapter un certain nombre de leurs processus et de la distribution budgétaire aux réalités de leur région.

Quoi qu'il en soit, est-ce qu'il faut vraiment 17 régions pour réaliser cet objectif? Et on est en droit de se poser la question, et j'ai demandé, donc, qu'on puisse faire des analyses, d'une part, pour bien clarifier les rôles et responsabilités du niveau national, du niveau régional et du niveau local, et il y a tout un travail qui est actuellement en train de se faire pour préciser les responsabilités et les rôles de chacun, que ce soit sur la gestion des immobilisations et des équipements, sur la gestion des ressources financières, la gestion des ressources humaines, des ressources informationnelles et la gestion de l'organisation et de la prestation des services. Alors, il y a cinq chantiers, avec un chantier central, qui examinent, là, dans le détail quels sont les rôles et responsabilités de chacun pour qu'on puisse avoir vraiment des rôles définis et que chacun puisse savoir quels sont ses devoirs dans la gestion du système de santé et des services sociaux.

En ce qui concerne le nombre d'agences, il y a des travaux aussi qui sont faits pour examiner des possibilités d'avoir un nombre d'agences moins important. Mais il faut aussi réaliser que les économies qui seraient réalisées dans ce secteur-là sont modestes puisqu'on sait que l'ensemble des budgets de l'agence tourne autour de 100 millions. Alors, c'est sûr qu'il n'y a pas d'économies mirobolantes. 100 millions sur un budget de 32 milliards, vous conviendrez que c'est marginal, mais, s'il y a moyen d'améliorer des processus et de faire en sorte qu'on sauve quelques dizaines de millions de dollars pour augmenter les services à la population, je pense qu'il ne faut pas hésiter et le faire. Et nous sommes toujours en réflexion, et il y aura des propositions, éventuellement, qui vont être soumises au gouvernement pour être en mesure d'améliorer l'efficacité administrative de notre réseau de la santé et des services sociaux où il y a toujours place à l'amélioration de ces processus.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : M. le Président, est-ce que le ministre a un échéancier par rapport à cette évaluation?

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

M. Hébert : Bien, je voudrais réaliser cet exercice au cours de l'année 2013, M. le Président, et c'est l'objectif que je me suis donné.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...le ministre, j'ai lu dans les médias qu'il y a eu la fusion entre le CSSS Manicouagan et le CSSS de la Haute-Côte-Nord, qu'on a largement favorisée parce que c'est des petits établissements puis il y a un regroupement. Est-ce que vous envisagez d'autres fusions d'établissements, au Québec, du même type?

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

M. Hébert : Alors, M. le Président, il n'y aura pas de mot d'ordre ou d'imposition de fusion forcée dans les établissements. Mais il faut bien réaliser que de petits établissements se rendent bien compte que, pour maximiser l'attribution de leurs budgets aux services cliniques aux patients, il faut être en mesure de diminuer la bureaucratie, de diminuer les services administratifs, et souvent, ça passe par une mise en commun avec d'autres établissements de services administratifs.

De nos jours, M. le Président, est-ce que la masse critique de petits CSSS est suffisante pour justifier un directeur général, un directeur des services des soins infirmiers, une direction des finances, une direction des ressources humaines? Souvent, c'est difficile de justifier des postes à plein temps dans ces secteurs et, pire, c'est difficile parfois de recruter des gens dans ces postes-là.

Alors, dans bien des cas, et ça a été le cas en Haute-Côte-Nord, on s'est rendu compte que de mettre ensemble un certain nombre de services administratifs et même d'aller jusqu'à la fusion d'établissements était une bonne façon de pouvoir faire en sorte de diminuer les coûts administratifs pour utiliser ces argents-là afin de donner des services à la population et de maximiser le coût des services.

Et je pense que, dans plusieurs régions du Québec, actuellement, il y a des conseils d'administration qui examinent ces possibilités soit de regroupement administratif ou encore d'en venir à une fusion en bonne et due forme. Mais c'est toujours fait sur une base volontaire, il n'y a pas de mot d'ordre. Mais, dans le contexte actuel où on demande aux établissements d'être de plus en plus efficaces et d'optimiser leurs processus, plusieurs conseils d'administration, avec beaucoup de justesse, en arrivent à la conclusion qu'un regroupement administratif ou une fusion est une solution intéressante pour maximiser les services à la population qu'ils desservent.

• (21 h 40) •

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci, M. le ministre. On partage la même opinion. Je pense qu'on ne peut pas tout regrouper, mais il y a des regroupements logiques. Il en reste... il y en a eu beaucoup de faits, depuis 2004, avec la fusion des CSSS. On a complété, au cours de quatre dernières années, au niveau des hôpitaux régionaux. Il y a eu Pierre-Janet également qui s'est fait au niveau de Gatineau, mais je pense qu'il y a une poursuite de quelques établissements... Il y a probablement quelques regroupements encore pour être plus fonctionnels.

M. le ministre, j'aimerais vous entendre parler sur la chirurgie bariatrique. C'est un programme que vous avez annoncé. Maintenant, c'est une chirurgie qui est remboursée par l'assurance maladie du Québec. J'ai vu également qu'au même titre que la hanche, genou, cataractes il va y avoir un élément chirurgie bariatrique. J'aimerais voir c'est quoi, vos prédictions en termes de chirurgie. Puis vous savez que c'est une des chirurgies qui aident le plus les personnes, hein? Ce sont des gens avec obésité souvent morbide, avec des maladies associées, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, qui, dans une bonne proportion des cas, guérissent au niveau de ces maladies... et leur permettent d'avoir une meilleure qualité de vie plus une plus grande facilité d'avoir une intégration dans la société. Ça fait que j'aimerais savoir c'est quoi, vos prédictions. Est-ce qu'il y a un plan de développement au niveau de la chirurgie bariatrique au Québec?

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

M. Hébert : M. le Président, la chirurgie bariatrique est une chirurgie dont la demande va en croissant de façon extrêmement importante, et je pense que ça pose des questions sur notre société, M. le Président, et sur la lutte à l'obésité, et l'importance de la prévention, parce que je pense qu'on a une société où l'embonpoint et l'obésité deviennent quasi la norme. Et on n'a qu'à regarder nos voisins du Sud, M. le Président, où les habitudes alimentaires sont encore plus délétères que celles qu'on observe au Québec, et on voit que ça cause des problèmes importants d'obésité, de diabète, de maladies cardiaques, etc.

Alors, la chirurgie bariatrique est une chirurgie intéressante pour être capable de diminuer les obésités morbides, M. le Président, et il y a une augmentation phénoménale, je dois dire, de la demande pour cette chirurgie. Il y a eu actuellement, dans de nombreuses régions du Québec, l'implantation de cette chirurgie bariatrique. Plusieurs régions l'offrent. Les derniers en lice, c'est à Rivière-du-Loup, à Rimouski-Neigette, le Nord-de-Lanaudière, également, s'est doté de ce service-là. Alors, nous allons continuer la stratégie de pouvoir offrir la chirurgie bariatrique.

Je suis préoccupé par le volume qui augmente de façon importante, et on le voit sur les statistiques chirurgicales qui sont publiées sur le site Web. Et j'en profite pour informer cette commission que nous avons mis en ligne, cette semaine, les temps d'attente et le nombre de patients en attente pour les chirurgies au Québec, dans chacun des établissements et chacun des départements chirurgicaux. Alors, on peut suivre la progression à la fois de la demande et de la production chirurgicale. Donc, c'est dans un souci de transparence que nous avons rendu publiques ces données.

Et, si vous allez voir les données pour la chirurgie bariatrique, on voit que la demande augmente de façon importante, de façon beaucoup plus importante que la production de la chirurgie bariatrique. Mais nous allons continuer à développer et à offrir aux citoyens du Québec cette disposition thérapeutique tout en ayant à cœur d'insister sur la prévention pour qu'on puisse un jour avoir de moins en moins besoin de ce type de chirurgie parce qu'on aura agi en amont pour prévenir l'obésité.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Bien, juste, j'aimerais ça quand même faire une clarification au niveau médical. Oui, la prévention, c'est excellent puis c'est ce qu'il faut chercher, mais il y a une catégorie de personnes, puis ça a été très bien décrit dans les études du *New England*, qui ne répondent qu'à la chirurgie bariatrique. Il y a souvent un phénomène non pas d'alimentation, mais un phénomène plus génétique qui fait que ce sont des personnes obèses, et vous aurez beau leur donner la diète que vous voulez, les études ont démontré que ces gens-là ne répondent pas à ça, et leur seul traitement, c'est vraiment la chirurgie bariatrique. Et je pense que la chirurgie bariatrique est en plus grande croissance tout simplement qu'en offrant le service, les besoins étaient là, mais maintenant les gens voient que c'est efficace, ça donne des résultats, et souvent les gens qui l'ont eue vont dire à d'autres personnes qui ont la même problématique que c'est important puis qu'eux autres avaient eu de très bons résultats. Puis moi, je pense à une personne, entre autres, que je vois régulièrement lorsque je vais faire certains achats, où elle me dit qu'elle l'a eue, et ça a changé sa vie. Donc, je pense que c'est juste une question de répondre aux besoins, puis ça doit se faire progressivement.

Également, j'espère que le ministre est d'accord avec l'orientation où c'est une chirurgie qui est en train de se démocratiser, donc plus seulement réservée aux centres universitaires, mais il y a des centres régionaux, comme Rimouski, Rivière-du-Loup, qui sont capables d'offrir ces services en toute sécurité et tout en respectant la classification au niveau du type de chirurgie qui doit être fait. Je ne sais pas si le ministre est d'accord avec mon propos.

M. Hébert : ...d'accord avec le propos du député de Jean-Talon. D'ailleurs, dans les endroits où on offre cette chirurgie, on voit qu'il y en a dans La Vallée-de-l'Or, Nord-de-Lanaudière, Pierre-Boucher, Laval, Sacré-Coeur, Drummond, alors dans plusieurs régions du Québec, et, effectivement, cette chirurgie est l'une des seules options pour une certaine catégorie de patients. Mais moi, je pensais surtout à d'autres patients qui pourraient éviter ce genre de chirurgie avec des mesures préventives et je pense qu'il faut insister sur ces mesures préventives.

Le Président (M. Bergman) : Ceci met fin à ce bloc. Un bloc au gouvernement, de 15 minutes, Mme la députée de Masson.

Mme Gadoury-Hamelin : Merci, M. le Président. On a parlé de prévention tout à l'heure, alors je vais vous amener sur ce sujet-là, encore une fois, de là l'importance d'agir avant que les problèmes soient présents. Donc, le 21 janvier dernier, dans le cadre de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, le ministre de la Santé rappelait l'importance pour la population et les acteurs sociaux de réfléchir aux effets dévastateurs du tabac et à la nécessité de poser des gestes concrets pour lutter contre le tabagisme.

Le tabac est, aujourd'hui encore, un fléau contre lequel il faut lutter de toutes nos forces. Le tabac tue chaque année quelque 10 400 Québécoises et Québécois. Il représente donc la plus importante cause de décès évitables et affecte, très souvent d'ailleurs, la qualité de vie de ces personnes pendant plusieurs mois, voire années, avant leurs décès.

Aussi, les gens qui cessent de fumer voient leur qualité de vie s'améliorer. J'échangeais tout à l'heure avec mon collègue sur le sujet, et il me confiait avoir cessé l'usage du tabac depuis 42 ans et que cet effet-là aussi lui avait permis de faire une randonnée à vélo au travers le Canada il y a une dizaine d'années. Donc, il attribue sa performance et son état de santé à l'arrêt du tabagisme.

Alors, M. le Président, je sais que notre gouvernement entend prendre des mesures énergiques pour lutter contre le tabac. Est-ce que le ministre peut nous parler de ce que le gouvernement compte faire pour lutter contre le tabagisme?

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

M. Hébert : M. le Président, j'ai déjà parlé à plusieurs reprises de la politique de prévention en santé que nous sommes à élaborer, et, pour donner plus de détails sur la lutte contre le tabac et peut-être pourriez-vous en profiter également pour lui demander plus de détails sur la politique dans son ensemble, avec le consentement de l'opposition, j'aimerais demander au Dr Horacio Arruda, le directeur de la santé publique, de pouvoir donner un complément de réponse.

Le Président (M. Bergman) : Consentement? Consentement. M. le docteur, votre nom et votre titre, s'il vous plaît.
• (21 h 50) •

M. Arruda (Horacio) : Bonjour. Horacio Arruda, directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint en santé publique. Oui, effectivement, le tabagisme est encore trop présent au Québec. Malgré le fait qu'on a réduit au cours des dernières années, je vous dirais, le taux de tabagisme comme tel, on observe encore une stagnation actuellement au niveau du tabagisme.

Donc, le gouvernement, actuellement, a l'intention d'intensifier, à mon avis, les différentes mesures qui sont possibles dans le cadre de son Plan québécois de lutte contre le tabagisme, qui inclut à la fois des mesures législatives, au niveau légal, qui pourront être mises à jour en fonction de l'application de la loi actuelle pour... et aussi des éléments de promotion, et aussi, je vous dirais, des mesures d'accompagnement pour permettre aux gens qui actuellement fument... puissent cesser de fumer, dans toute une série d'interventions qui sont offertes avec des partenaires, notamment avec la semaine québécoise de lutte contre le tabagisme.

On sait que l'industrie du tabac développe des stratégies particulières pour aller chercher des nouvelles clientèles, particulièrement les jeunes, actuellement et donc on va cibler à réduire le taux de tabagisme chez les jeunes au cours des prochaines années, là, qui se situe actuellement autour de 13 % au niveau du secondaire, mais qu'on veut faire

chuter au cours des prochaines années. Donc, on a un taux de tabagisme autour de 20 %, mais on vise de le baisser autour de 16 %, tout en appliquant toutes sortes de mesures à la fois législatives, comme je le disais, d'abandon du tabac et de cessation. Le gouvernement aussi aide, par des approches pharmaceutiques, l'abandon du tabac en permettant d'avoir des patchs comme tels.

Donc, le plan d'action de lutte contre le tabac s'inscrit aussi dans les interventions plus générales qu'on va faire dans le domaine de la prévention. Peut-être pour faire écho à la demande du ministre, M. le Président, il faut comprendre qu'actuellement le gouvernement, dans le contexte du discours inaugural, Mme Marois, a annoncé une ambitieuse politique nationale de prévention, c'est-à-dire que, parmi les priorités du gouvernement, elle a signifié qu'elle voulait voir apparaître, en fin de compte, une action gouvernementale cohérente et intégrée visant la prévention. On sait que les habitudes de vie contribuent de façon importante à la question de la santé. On sait que le... on a atteint des gains dernièrement, dans les dernières années, concernant l'espérance de vie. Par contre, l'espérance de vie en bonne santé est moins importante, et on sent actuellement, à l'analyse des déterminants de la santé, que les jeunes, à cause de leurs comportements, notamment en lien avec l'obésité et l'inactivité physique, vont peut-être être la première génération qui risque de nous faire perdre des années de vie en bonne santé.

Donc, dans la perspective de la présence de plus en plus importante des maladies chroniques, de la présence aussi, je vous dirais, du vieillissement de la population, on sait... tous s'entendent pour dire que la prévention est une des solutions à aider à la réponse et aux défis qui... dans les générations futures. Un bon nombre des maladies qui actuellement sont présentes peuvent être encore évitées par les interventions qui ont été reconnues efficaces. Et on sait par ailleurs que, pour arriver à des changements d'habitudes de vie, il faut aussi favoriser des environnements responsables et que tout le gouvernement a un rôle à jouer, je vous dirais, dans les approches de santé par introduction d'éléments dans leurs différentes politiques au niveau des missions gouvernementales. L'OMS recommande aux pays d'avoir des politiques de santé à l'intérieur de toutes les politiques gouvernementales, c'est-à-dire que les missions d'État puissent voir quelles contributions elles peuvent avoir dans la prévention, pour faire les défis de la société future.

Dans ce contexte-là, le ministre de la Santé s'est vu confier des travaux pour permettre une politique gouvernementale de prévention en santé, mais qui va interpeller l'ensemble de l'appareil gouvernemental. Donc, la structure des travaux a été faite à partir de groupes d'experts qui sont représentés, des différents ministères, de différentes unités, universités, de différents milieux qui englobent l'ensemble des mesures qui pourraient contribuer à une amélioration de la santé et à une prévention des maladies chroniques, à la réduction des inégalités sociales, à la mise en place d'habitudes de vie saines au Québec et de mesures pour la prévention des maladies chroniques. Cette mesure, cette politique de prévention là est actuellement faite avec une gouvernance au plus haut niveau des ministres de la... des ministres comme tels, avec les sous-ministres, et ça va être important d'établir un arriimage ou une concertation entre les différents ministères qui ont différentes politiques qui peuvent contribuer.

Actuellement, on a divisé le travail selon les secteurs, je vous dirais, du gouvernement, c'est-à-dire Santé et Services sociaux, bien sûr, mais Famille et Éducation, Solidarité sociale et Travail, Aménagement du territoire et agroalimentaire. Donc, dans cette politique de prévention, on retrouvera les grandes orientations du gouvernement au plus haut niveau pour permettre aux différents plans d'action des différents ministères et politiques d'être en cohérence et de façon synergique. Nous prévoyons élaborer un livre vert qui sera déposé au mois de mai ou juin prochain, avec une consultation publique à l'automne, pour une adoption d'une politique au cours de l'hiver 2013-2014.

Donc, il s'agit d'une démarche qui, actuellement, se consolide vers une action, je vous dirais, concertée, mais aussi, comme condition de réalisation de ces opérations comparatives avec d'autres pays, ça prend un «commitment» au plus haut niveau du gouvernement. Et donc ça va nous permettre, au Québec, en lien avec les différentes politiques qui ont été annoncées aussi dans d'autres ministères, comme en éducation, une politique sur l'activité physique, de faire un mouvement de la société québécoise vers la prévention, bien entendu, avec tous les ministères et les partenaires de la société civile.

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

M. Roy : Merci, M. le Président. Vous avez élaboré beaucoup sur la question que je devais poser, mais j'ai quand même certaines interrogations. Bon, vous avez parlé des déterminants de la santé. Vous parlez des habitudes de vie, alimentation, pratique du sport, sommeil, etc. Sommeil? Il est quand même 10 heures. C'est une blague. On a l'environnement socioéconomique, vous l'avez élaboré. Bon, c'est sûr que... Il y a une boutade qui dit : L'espérance en la vie augmente l'espérance de vie, c'est-à-dire que le revenu est un indicateur ou un déterminant important dans l'espérance de vie d'une population. On a l'accès à l'organisation des soins de santé et la qualité des soins de santé. Les gens en milieux ruraux ont plus de problématiques à se faire soigner qu'en milieux urbains. Et la génétique, en dernière instance, sur laquelle on ne peut pas agir parce que, sinon, on tomberait dans le délire du posthumanisme, puis on ne touchera pas à ça.

Ceci étant dit, bon, il y a des liens très étroits entre les habitudes puis l'environnement socioéconomique. Exemple, vous avez un revenu x infiniment bas, vous demeurez dans une région où la qualité de l'eau est absolument infecte et les boissons gazeuses sont moins chères que l'eau. C'est une réalité. C'est sûr qu'on ne peut pas aller discipliner et normer l'ensemble des entreprises qui nous fournissent ces choses-là. Bien, c'est une... Bon. Ceci étant dit, vous nous... J'ai allumé sur une chose. Vous parlez d'avoir une approche cohérente. On parle... Bon, on a le ministère de la Santé, mais, si j'ai bien compris — vous rectifiez le tir — ça prend une approche entre tous les ministères pour améliorer la santé, autant en éducation que, bon, solidarité sociale, que... Est-ce qu'il y a des approches ou, je dirais, des liens qui sont en train de se planifier entre les différents ministères pour avoir une politique globale de prévention en santé publique qui touche... Et ce n'est pas une question piège. Je veux juste...

Le Président (M. Bergman) : Docteur... Oui.

M. Arruda (Horacio) : Oui. Écoutez, effectivement, il faut comprendre que c'est une politique nationale de prévention pour la santé, mais c'est une politique gouvernementale. Elle est portée par le ministre de la Santé, mais il doit, en fin de compte, gérer son univers du système de santé, bien entendu, et de santé publique comme porteur principal, mais la majorité des déterminants auxquels on doit faire face sont dans les champs d'expertise des autres ministères. Quand on parle d'alimentation, agroalimentaire, si on parle de solidarité sociale et travail...

Et, je vous dirais ici, on parle de prévention dans le sens de santé physique, mais aussi de santé mentale. On sait très bien aussi qu'il y a des inégalités sociales de santé qui vont se répercuter sur l'expérience de vie. Donc, le niveau d'inégalité sociale de santé va être aussi pris en compte dans toutes les mesures qui vont être faites. Les populations plus vulnérables doivent avoir des services de santé adaptés, mais on doit aussi intervenir très jeune, en amont, au niveau des jeunes enfants. Et on sait aussi que plus on agit en amont dans une vie et plus on agit aussi avec les environnements favorables, plus on est en mesure d'avoir des succès en termes d'interventions, parce que l'intervention en amont, avec de l'activité physique, avec une lutte à l'obésité et des saines habitudes de vie, à la fois aider pour plein de maladies plus tard, qui ont les mêmes déterminants au départ. Donc, faire bouger la société québécoise activement va être bon à la fois pour la santé physique et les maladies chroniques, mais aussi pour la santé mentale.

Et, dans le fond, cette politique, même si elle est portée par le ministre de la Santé, elle vient en arrimage avec les politiques des autres ministères, et c'est pour ça que la gouvernance est au plus haut niveau, au Conseil des ministres, et que les politiques qui ont déjà été annoncées par Mme Marois vont devoir être cohérentes et orientées dans le même sens. Ça fait que la politique gouvernementale va être une politique à un certain niveau stratégique, en haut, et va orienter l'action des différents ministères à travers leurs plans d'action, leurs stratégies comme tels.

Et, bien entendu, elle s'inscrit aussi en respectant les éléments de la Loi de santé publique et la Loi sur le développement durable, qui font partie des éléments. On sait très bien aussi que l'aménagement du territoire, à la fois physique, est important dans le maintien des habitudes de vie. Il faut voir qu'il y a déjà des démarches au Québec qui ont été initiées, de travaux intersectoriels, je vous dirais, au sein des ministères, mais aussi au sein du terrain et du territoire, mais, cette fois-ci, par la volonté d'augmenter le niveau de gouvernance de la politique. On essaie de mettre l'emphase sur des choix structurants des ministères qui vont contribuer à la santé et aux défis qui sont devant nous dans les prochaines années.

• (22 heures) •

Le Président (M. Bergman) : Alors, l'opposition officielle, votre dernier bloc de 19 minutes. M. le député de Jean-Talon.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...M. le Président. Bien, je rappellerais au ministre qu'on va traiter de plusieurs sujets brefs. Un peu comme tantôt, je veux dire, c'est important qu'on puisse en parler. J'aimerais ça savoir l'état d'avancement pour le dépistage du cancer colorectal. Il y a des travaux qui ont été faits. Je pense qu'il y a des projets pilotes qui sont en place. J'aimerais ça avoir l'échéancier par rapport à la généralisation pour le Québec.

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

M. Hébert : M. le Président, pour le dépistage colorectal, on a effectivement des projets pilotes, dans plusieurs régions du Québec, qui sont actuellement en cours. On va poursuivre au cours de la prochaine année la mise en place complète du programme de dépistage dans ces zones pilotes là pour tester, bien roder les processus tant de dépistage que de référence à la coloscopie, mettre en place le système d'information, le valider également, le système d'information. Nous avons, suite à une évaluation de l'INESSS, identifié le test que nous allions mettre en place, le test de dépistage, le FIT test, qui est un test qui fait appel à des techniques immunochimiques et qui est beaucoup plus performant que le test de détection de sang dans les selles, classique, qui était utilisé et qui est encore utilisé dans plusieurs provinces canadiennes et dans d'autres pays à travers le monde. Alors, les techniques immunochimiques font en sorte qu'un seul spécimen est suffisant pour avoir un dépistage efficace et référer les personnes qui sont testées positives vers la coloscopie.

Dans la prochaine année également, on va travailler pour rendre accessible la coloscopie dans des régions du Québec, parce qu'il serait irresponsable de mettre en place un programme universel de dépistage colorectal quand on sait que les personnes dépistées doivent être sur une liste d'attente pour avoir accès à la coloscopie. Alors, il y a du travail à faire au cours de la prochaine année pour améliorer l'accès à la coloscopie et faire en sorte qu'on puisse être en mesure, dans le courant de l'année 2014-2015, de pouvoir généraliser le dépistage du cancer colorectal. Alors, c'est le plan de match, donc projets pilotes qui se poursuivent et qui vont prendre plus d'envergure au cours de la prochaine année et la préparation graduelle des unités d'endoscopie. Actuellement, au niveau du test lui-même, on a choisi de centraliser l'analyse de ce test-là, et on a fait un appel d'offres à travers le Québec pour identifier un centre qui va faire les analyses, et on va annoncer très bientôt le résultat de cet appel d'offres là.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, merci, M. le ministre. J'aurais juste une remarque à faire puis j'aurais une demande à faire au ministre et à l'équipe ministérielle. Actuellement, moi, je pratique et je demande le FIT test parce qu'on n'a pas attendu le programme de dépistage pour nos patients entre 50 et 70 ans pour faire le dépistage aux deux ans, moins organisé, mais qui donne quand même des résultats. Puis, comme de fait, ça sauve des vies. C'est probablement le dépistage qui va nous permettre de sauver le plus de vies. Le cancer du côlon est quand même la deuxième cause de décès.

Ce que je vois, tout dépendant où la personne va, il y en a qui utilisent le FIT test, qui est vraiment le meilleur test et recommandé — entre autres, ils n'ont pas besoin de tout surveiller leur nourriture pendant quelques

jours — et il y a d'autres places, eux autres n'utilisent pas le FIT test, ils continuent avec l'ancien test. Je ne sais pas s'il y aurait moyen d'envoyer une consigne dans le réseau de la santé qu'en attendant que le programme se mette en place au moins qu'on utilise la bonne technologie par souci d'équité, parce que la qualité du service ne va pas en fonction de la personne, mais en fonction de l'endroit où on va chercher le test. Je ne sais pas si le ministre serait d'accord avec ça. Ça fait que ça va me permettre de vérifier, au cours des prochains mois, que ça a bien été mis en place.

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

M. Hébert : Alors, il me fait plaisir de confirmer au député de Jean-Talon qu'à partir d'avril nous allons envoyer la consigne que le FIT test est maintenant, dorénavant, le test recommandé et que ce test-là va être analysé dans un seul laboratoire au Québec. Et nous aurons l'occasion d'annoncer le laboratoire qui a satisfait aux exigences de l'appel d'offres.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Merci. Merci, M. le ministre. Autre élément, c'est le développement des maisons de soins palliatifs. On sait qu'on vise un lit par 10 000 personnes, tout dépendant de la population puis de l'organisation géographique de la population. On a des établissements qui ont... Ils ont des lits de soins palliatifs qui sont en établissement, en CHSLD, mais on fait quand même... on préconise l'arrivée de nouvelles maisons de soins palliatifs. Est-ce que le ministre peut nous dire très brièvement l'orientation 2013-2014 par rapport aux maisons de soins palliatifs?

Le Président (M. Bergman) : Monsieur...

M. Hébert : O.K. Alors, M. le député de Jean-Talon souligne avec beaucoup de justesse l'importance d'avoir une offre de soins palliatifs qui soit adéquate au Québec. Et, d'ailleurs, ma collègue Véronique Hivon, qui travaille sur les suites à donner à Mourir dans la dignité, a comme mandat également de faire des recommandations au niveau du développement des soins palliatifs.

Alors, les soins palliatifs, c'est, d'une part, les soins dispensés en établissement, d'autre part, dispensés en maisons de soins palliatifs, qui sont souvent les organismes communautaires qui offrent un environnement particulier aux personnes en fin de vie. Et il ne faut pas oublier également les soins à domicile, parce que plusieurs personnes choisissent, ou veulent, ou pourraient choisir de rester à domicile si des soins à domicile, des soins palliatifs à domicile étaient disponibles.

Alors, nous allons continuer à soutenir l'implantation, d'abord, de soins palliatifs dans les établissements du réseau; deuxièmement, les maisons de soins palliatifs dans toutes les régions du Québec; et aussi nous allons consacrer une partie des sommes qui sont consacrées aux soins à domicile. On sait que c'est souvent des personnes âgées qui ont besoin de soins palliatifs, alors, les soins à domicile, ça concerne également les soins palliatifs. Alors, une partie des investissements majeurs que nous avons annoncés dans les soins à domicile va être réservée pour être capable de bonifier l'offre de soins à domicile en soins palliatifs.

Notre objectif, en termes de maison de naissance, est d'atteindre un lit par 10 000 habitants d'ici 2015 et nous sommes... nous continuons à avoir cette cible-là.

Une voix : ...

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Bien, j'ai... Non, puis je l'ai compris. D'ailleurs, c'était ma prochaine question. C'est parce que vous avez lu dans ma pensée, ce qui est très mauvais, là, en politique. Pour la maison des...

Une voix : ...

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui, c'est ça. Bien, pour la maison de soins palliatifs, je demanderais au ministre et à l'équipe ministérielle, là, pour avoir bien travaillé le dossier, je pense, au cours des dernières années, de prendre une attention particulière à Montréal où il y a des problèmes, et puis, entre autres, l'est de Montréal, que je vais glisser quelques mots dans quelques minutes, où ce type de service là existant peu ou existant peu par... malgré le fait qu'il y ait des projets, fait que ça engorge encore plus notre système hospitalier.

L'autre question venait justement pour les maisons des naissances. Je pense qu'il y a des... c'était... des maisons de naissance dans lesquelles on fait la promotion. On en voudrait une par région. Est-ce que le ministre peut nous dire les orientations pour 2013-2014?

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

M. Hébert : ...maisons de naissance, effectivement, c'est important que, dans chacune des régions du Québec, il puisse y avoir l'accès aux maisons de naissance. Alors, évidemment, c'est dépendant du nombre de sages-femmes qui sont disponibles.

Comme vous le savez, il n'y a qu'un seul établissement qui assure la formation des sages-femmes au Québec, et donc ça conditionne l'offre de service des maisons de naissance. J'en ai inauguré une, d'ailleurs, dans la région de Chambly

depuis que je suis en poste et j'ai également confirmé une autre maison des naissances très récemment, que je vais annoncer au cours des prochaines semaines officiellement. Mais, pour la projection — et c'est ça que je cherche — actuellement, alors, Haut-Richelieu, je l'ai fait; Jeanne-Mance... Je cherche l'information précise pour les maisons de naissance qu'on voudrait implanter au cours de la prochaine année, mais on est dans... Puis ce n'est pas l'information que vous vouliez avoir, là.

M. Bolduc (Jean-Talon) : ...continuer à voir l'orientation puis, je pense, glisser un mot... l'importance d'avoir des maisons des naissances au Québec.

M. Hébert : ...partie de la stratégie d'accès à la première ligne, parce que, pour moi, les maisons de naissance s'inscrivent dans cette stratégie-là.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Oui. Puis je voyais dans vos documents, également, là, le coût pour chaque naissance dans une maison des naissances, là, qui est autour de 1 200 \$, 1 300 \$, qui est quand même un coût très raisonnable.

Un autre point très... assez bref, mais qui est important pour nous, c'est la question des communautés inuites et cries, deux nations qui sont importantes et qui... On sait qu'elles ont des difficultés au niveau des soins de santé. Elles ont besoin d'avoir plus de développement. Est-ce que le ministre peut nous dire brièvement où on en est rendus dans les investissements dans les régions inuites — entre autres, il y avait des investissements qui étaient majeurs au niveau de la santé — et également au niveau de la région crie.

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

M. Hébert : Alors, là, vous m'avez. Je vais demander l'information, si vous me donnez deux minutes, M. le Président. Mais vous pouvez peut-être poser une autre question, puis je vais vous revenir.

• (22 h 10) •

M. Bolduc (Jean-Talon) : Bon. Écoutez, en passant, ce n'est pas une question piège. C'est juste parce que je pense que c'est important d'en parler. Mais les gens vont vous revenir, puis on pourra en parler... la garder plus pour la fin.

L'autre élément que j'aimerais apporter, c'est le registre des incidents et accidents qui... Le constat que je fais, c'est un registre qui a été mis en place, que ça fait longtemps qu'il avait été demandé et qui semble donner de bons résultats. La question : Est-ce que ça donne de bons résultats, le registre des incidents, accidents?

Le Président (M. Bergman) : ...

M. Hébert : Oui, M. le Président. On a d'ailleurs rendu public, parce qu'on le rend public deux fois par année, les résultats de ce registre d'incidents, accidents. Je pense que c'est un outil extrêmement important pour identifier les zones où des interventions doivent être faites pour diminuer les incidents, accidents.

Et je pense qu'on est... on a évolué dans la mentalité où on ne considère plus ces statistiques comme un drame et une calamité, mais plutôt comme un incitatif à s'améliorer. Parce qu'avant on avait l'espèce de stratégie du secret, là, on ne voulait pas révéler les incidents, accidents. Mais je pense que, maintenant, le réseau de la santé a passé par-dessus ces tabous, et les rapports d'incidents, accidents sont conformes à la réalité. Et je pense que les gens n'ont pas de honte à rapporter les incidents, accidents parce que c'est inévitable, dans un réseau de la santé et des services sociaux, qu'on puisse avoir ce genre d'incidents, accidents. Ce qui est important, c'est qu'on puisse éviter que ce soit... que ces incidents soient associés à des conséquences sévères, d'une part, mais aussi, d'autre part, qu'on puisse amorcer des modifications de nos processus de façon à diminuer les risques d'incidents, accidents.

L'ensemble des établissements du réseau ont contribué au dernier rapport. En fait, la grande majorité des établissements... Il n'y a que sept établissements sur les 268, là, qui n'ont pas contribué au registre, pour toutes sortes de raisons, là, et on fait un suivi auprès de ces établissements-là pour que la situation soit corrigée et qu'on puisse avoir un portrait global de l'ensemble des établissements du réseau pour rendre compte à la population des incidents et accidents sur l'ensemble du territoire.

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

M. Bolduc (Jean-Talon) : Un bref commentaire, puis c'est une anecdote. Si on l'a mis deux fois par année, c'était pour dédramatiser. Lorsque ça devient un événement annuel, les médias le prenaient puis en faisaient toujours une catastrophe, alors que, vous avez raison, l'approche qu'on doit avoir, il faut bien les inventorier, et les déclarer, et plutôt avoir une approche qualité, c'est-à-dire d'être capable de corriger les situations au fur et à mesure. Et, là-dessus, je pense que les médias, actuellement, font un bon travail parce qu'ils ne dramatisent pas trop le registre. À toutes les fois qu'il y a des décès dans le réseau de la santé, chaque décès est une... devrait être évité. Mais il y a des décès qui sont... qu'on ne peut pas éviter.

M. le Président, j'aimerais glisser juste un petit mot pour... dans le dernier bloc, la question de positionnement. Je sais que le ministre ne veut pas faire d'annonce, mais il y a au moins deux constats que moi, j'avais faits quand j'étais ministre. Le premier... Il y a trois constats. Le premier, c'est que ça prenait un hôpital dans Vaudreuil-Soulanges. Vous êtes en train de faire les travaux, puis je vois que ça va bien.

Mais je rappellerais au ministre, parce qu'il faut voir 10, 15 ans d'avance, il y a un secteur également où est-ce que le ministère, je pense, était d'accord, c'était un nouvel hôpital dans le secteur des Laurentides. C'est une population

qui va augmenter de 30 % au cours des 15 à 20 prochaines années. Ils sont déjà à 500 000. Il y a seulement que deux hôpitaux, qui sont déjà surutilisés, et il y avait un projet, en tout cas il y avait une esquisse pour commencer à regarder un hôpital qui devrait être situé à Thérèse-De Blainville. C'est juste une information que je donne au ministre, parce que, si on ne prévoit pas aujourd'hui d'avoir cet hôpital-là dans 15 ans ou dans 10 ans on va se retrouver encore en situation où est-ce que ça va être un peu catastrophique.

Et également je demanderais au ministre de regarder... Il y a des travaux qui ont été faits à Montréal pour un nouvel hôpital dans l'est de Montréal. L'est de Montréal, c'est 500 000 à 600 000 personnes... de population qui sont couverts seulement que par deux établissements : Santa-Cabrini et Maisonneuve-Rosemont. Et ce secteur-là est probablement le secteur où il y a la plus grande déficience en termes d'accessibilité des services de tout le Québec, hein? On parle des régions, mais je dois vous avouer, quand vous regardez l'est de Montréal, il y a une grande difficulté d'accessibilité des services. Puis je ne nie pas que les Laurentides, Laval, Lanaudière ont besoin de développement, mais il y a un problème dans l'est de Montréal qui doit être contrecarré, entre autres avoir des groupes de médecine de famille, également le développement des services de première ligne, soins à domicile. Et également, une fois que vous allez avoir tout fait ça, même rénové Maisonneuve-Rosemont au complet, avec un projet de 1 milliard comme eux autres voudraient avoir, il reste qu'il va manquer probablement un hôpital dans le secteur. Ça fait que je demanderais au ministre peut-être de pouvoir prendre le temps d'y jeter un coup d'oeil.

Pourquoi j'en fais mention? C'est que ce n'est pas pour demain matin, mais, si on veut avoir un hôpital dans les secteurs pour 2020, 2022, même s'il veut juste l'annoncer une année avant la construction, je pense que c'est important de pouvoir prévoir.

M. le Président, je voudrais prendre quelques minutes, là, pour terminer. Je n'aurai pas d'autre question au ministre, mais je voudrais remercier d'abord le ministre de sa collaboration. Je tiens à répéter, le travail du ministère est exceptionnel, c'est une équipe exceptionnelle. Les documents qui ont été préparés nous font une synthèse de toute l'évolution du réseau de la santé, malgré le fait qu'il y a des attaques politiques d'un bord ou de l'autre. Mais je pense que tout le monde travaille, depuis déjà plusieurs décennies, à l'amélioration du réseau de la santé, et on peut voir la progression à tous les niveaux, hein? Tantôt, il a été fait mention de l'amélioration de l'espérance de vie; c'est parce que notre réseau de santé est amélioré, et ça, c'est à cause des gens qui y travaillent.

Donc, je voudrais féliciter l'équipe du ministère, l'équipe des agences, l'équipe également de tous les établissements de santé du Québec. Puis, mon mot, j'aimerais faire un message spécial pour tout le personnel qui travaille dans le réseau. C'est plus de 300 000 personnes, de toutes catégories de professionnels, qui travaillent ensemble pour améliorer le sort des Québécois, et moi, je continue à penser qu'on est dans les meilleurs systèmes de santé au monde, avec les Scandinaves, l'Australie, quelques pays européens. Et, nous autres, on est dans ceux qui se comparent, et je pense que le ministre va être d'accord, de loin supérieur au système américain, où c'est un système avec beaucoup plus d'inégalités.

Pour terminer également, je veux remercier mes collègues de l'opposition d'avoir participé. Naturellement, je veux remercier également ma grande équipe qui vous a affrontés. Nous autres, on avait une situation où est-ce que vous étiez comme une grosse armée, une armada. Nous autres, on est plus un petit peu des terroristes, à deux ou trois. Ça fait que je voudrais remercier Natacha Joncas-Boudreau, qui a fait tout un travail de recherche exceptionnel. Si, des fois, on a l'air à savoir poser les questions, c'est parce qu'il y a quelqu'un qui nous souffle des questions à l'oreille. Donc, Natacha, je tiens à te remercier puis également nos équipes de chercheurs, ma collègue, avec laquelle on a fait, je pense, un bon travail, avait des questions extrêmement pertinentes. Et puis naturellement, M. le Président, je veux remercier vous et votre équipe. Et le dernier que je remercie toujours, c'est notre responsable du son et de l'image, là, qui est celui qui s'organise pour que... soit qu'on paraisse bien ou qu'on paraisse mal. Ça fait que je vous remercie beaucoup. Ça fait que, M. le Président, ça va être tout pour moi ce soir.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le député. Est-ce qu'il y a un commentaire du ministre sur...

M. Hébert : Écoutez, je...

Le Président (M. Bergman) : M. le ministre, il reste, sur ce bloc, 2 min 30 s.

M. Hébert : Bon. Alors, je vais utiliser les 2 min 30 s pour répondre aux questions du député de Jean-Talon. D'abord, l'information pour les Cris et les Inuits, le budget de développement pour cette année, c'est de 8 millions pour les Cris et de 6 millions pour les Inuits. S'ajoute à ça... et on verra dans le plan quinquennal d'immobilisations, parce qu'il y a des immobilisations aussi qui sont en jeu, et on fera les annonces en temps opportun et donc... Alors, il y a donc du développement pour ces populations.

En ce qui concerne la nécessité ou la pertinence d'avoir des hôpitaux au niveau du sud des Laurentides et de l'est de Montréal, bien, il faut bien faire les analyses, les analyses démographiques. C'est évidemment des régions qui se développent de façon très importante, mais il faut voir aussi avec les stratégies de développement à Le Gardeur, avec des stratégies de développement au niveau des établissements, actuellement, dans l'est de Montréal et ce qui pourrait être développé également dans le sud des Laurentides, comment est-ce que ces développements-là vont contribuer à la réponse, à l'offre de soins dans ces régions-là. Et, s'il y avait pertinence d'envisager éventuellement la construction de nouvelles installations, bien, on enclenchera le processus approprié et qui, comme le disait le député de Jean-Talon, est un processus long, mais il faut prévoir à l'avance ce genre d'évolution des besoins de la population québécoise.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. le ministre. Alors, le dernier bloc du gouvernement pour 11 min 30 s, Mme la députée de Sainte-Rose.

Mme Proulx : Merci, M. le Président. Alors, M. le Président, vous savez, à tort ou à raison, il y a des médias et des chroniqueurs qui soulignent l'importante administration du réseau de la santé et des services sociaux. On parle plus spécifiquement du nombre de cadres dans le réseau de la santé. J'aimerais avoir la vision et l'opinion du ministre à ce sujet-là.

• (22 h 20) •

M. Hébert : Bien, merci beaucoup, Mme la députée de Sainte-Rose. Je pensais que notre collègue de Groulx allait me poser cette question-là, parce qu'elle avait, dans ses notes introductives, évoqué la lourdeur, et la bureaucratie, et l'évolution de nombre de cadres, mais je vais vous donner du temps du gouvernement pour répondre à vos questions. Mais il faut dédramatiser aussi un certain nombre d'affirmations, alors... Et on a fourni, dans les documents des questions de l'opposition, des questions spécifiques, des données sur les sommes consacrées à l'administration dans notre réseau de la santé.

Évidemment, il faut toujours tendre vers une administration la plus faible possible pour le maximum de soins donnés aux patients. Mais il faut réaliser, là, que, quand on regarde ce qui est consacré, sur les 32 milliards du budget de la santé, au ministère, au niveau national, c'est autour de 89 millions; au niveau des agences, c'est 98 millions. Donc, à moins de 200 millions, on a la structure gouvernementale et régionale pour l'encadrement du réseau.

Si on ajoute à ça ce qui est consacré au niveau administratif dans les CSSS, on est autour de 620 millions et, dans les autres établissements, de 680 millions. Ça veut dire que, dans le réseau, il y a 1,7 milliard qui est consacré, dans le réseau des établissements, aux frais administratifs, ce qui fait, au total, 1,9 milliard sur 23 milliards, parce qu'il faut enlever les médicaments et les rémunérations de médecins, là, si on prend le réseau. Alors, 1,9 milliard sur 23 milliards, c'est à peine 8 % du budget des établissements qui sont consacrés à l'administration. Et je vous ferai remarquer que, chez les voisins du Sud, et on dit souvent que, dans le privé, ils sont plus efficaces, mais le pourcentage à l'administration dépasse les 25 % de l'autre côté, chez nos voisins du Sud. Alors, il faut bien réaliser que peut-être qu'il y a encore des efforts à faire pour diminuer la bureaucratie de notre système de santé, mais on est de loin supérieurs, en termes d'efficacité et d'efficience, à nos voisins du Sud.

Le taux d'encadrement, et je voudrais un petit peu rectifier certaines affirmations qui ont été faites dans cette commission, de 2002 à 2012, le nombre de cadres dans le réseau de la santé est passé de 9 365 à 11 800, une augmentation de 26 %. Par contre, pendant la même période, le nombre d'employés du réseau est passé de 187 000 à 219 000, une augmentation de 17 %. Alors, on voit que l'augmentation des cadres est supérieure à l'augmentation du personnel.

Mais il faut réaliser une chose, c'est qu'on considère, dans les cadres, aussi des cadres cliniques qui n'ont pas de tâche d'encadrement de personnel en tant que telle, mais qui, faute d'un autre statut, se voient attribuer un statut de cadre, comme les infirmières cliniciennes, les commissaires aux plaintes, les conseillers en ressources humaines, les adjoints au directeur. Ils ne font pas d'encadrement, ces gens-là, là, mais, actuellement, il n'y a pas de statut entre des employés salariés et des cadres qui nous permettrait de bien considérer ces personnes-là. C'est un problème sur lequel on va s'attaquer actuellement, de pouvoir définir un statut qui correspond plus à ces fonctions-là, parce qu'actuellement ils sont mis dans les cadres, ce qui fait que ça fausse les données. Et, quand on enlève ces faux cadres, si vous me permettez cette expression, on s'aperçoit qu'au cours des 10 dernières années il y a eu une augmentation de 12 % des vrais cadres dans le réseau de la santé et des services sociaux et qu'on a toujours maintenu un taux d'encadrement en bas de 5 % et un taux d'employés par cadre autour de 17,5, et ça, ça s'est maintenu avec le temps.

Alors, on a, depuis l'été 2012, fait un moratoire sur la création de ces postes de conseiller-cadre ou de faux cadres, si on veut, là, pour arriver à diminuer cette utilisation-là. Et aussi j'ai demandé qu'on puisse trouver une autre façon de rendre compte de cette réalité sans qu'on les appelle des cadres.

Alors, 11 800 cadres pour l'ensemble du réseau, c'est peut-être beaucoup, mais, moi, lorsque je regarde ce que le fédéral consacre à la santé, il y a 10 000 fonctionnaires fédéraux à Ottawa qui gèrent le ministère de la Santé, Santé Canada, sans qu'il y ait de service donné à la population, sauf peut-être pour les Premières Nations, mais c'est extrêmement marginal. 10 000 fonctionnaires. À cela, il faut ajouter 2 800 fonctionnaires à Santé publique Canada, qui double les services qu'on s'est donnés tant à la Direction de santé publique qu'à l'Institut national de santé publique au Québec, donc qui ne profite pas au Québec. Alors, on a 12 800 fonctionnaires qu'on paie à Ottawa, alors que c'est nous qui donnons les services à la population, et ces fonctionnaires-là sont vraiment une bureaucratie dont il faudrait que le Québec se passe.

Et je pense qu'il y avait là un argument extrêmement puissant pour dire que, si on veut vraiment faire des coupes dans la bureaucratie en santé, c'est peut-être de se débarrasser du fédéral dans le domaine de la santé et se débarrasser du fédéral en général. Et, si le chef de la formation politique à laquelle appartient la députée de Groulx n'avait pas viré son capot de bord, on pourrait continuer à faire la promotion de la souveraineté du Québec qui nous donnerait vraiment une opportunité de diminuer la bureaucratie qui nous coûte beaucoup d'argent, qui nous coûte 2 milliards de dollars pour soutenir une bureaucratie qui ne donne aucun service à la population québécoise. Et je pense qu'on a là une stratégie extrêmement plus efficace pour diminuer la bureaucratie et faire en sorte que l'argent des citoyens va vraiment à donner des services plutôt qu'à entretenir une fonction publique fédérale qui ne sert pas les intérêts du Québec, M. le Président.

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

Mme Gadoury-Hamelin : Oui, merci, M. le Président. Alors, je vais...

Une voix : ...

Mme Gadoury-Hamelin : Cinq minutes? Sept minutes. Je vais vous parler d'inscription de médicaments, la performance du Québec, la bonne performance du Québec en matière d'inscription de médicaments, pour faire suite au député de Jean-Talon sur les bons coups que nous réalisons au Québec.

Alors, M. le Président, il y a quelques jours, le journal *La Presse* publiait un article dont le titre était : *Régimes publics d'assurance médicaments — Le Québec demeure le plus généreux*. J'aimerais citer quelques extraits de cet article : «Le Québec possède le régime public d'assurance médicaments le plus généreux et le plus rapide de toutes les provinces canadiennes, révèle une étude du Canadian Health Policy Institute[...]».

«[Cette étude] montre que les assurés du régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec ont pu se faire rembourser 38,9 % de tous les nouveaux médicaments approuvés par Santé Canada entre 2004 et 2011. Il s'agit, et de loin, du pourcentage le plus élevé de tous les régimes publics[...]».

«Le régime public québécois est aussi le plus rapide pour inscrire de nouveaux médicaments sur sa liste de produits remboursables. Entre 2004 et 2011, il lui a fallu en moyenne 430 jours pour approuver l'inscription d'un nouveau médicament, comparativement à 659 pour la moyenne des régimes publics canadiens.»

M. le ministre, est-ce que vous permettez, si c'est à vous de permettre ça, au sous-ministre qui est responsable de ce dossier, s'il pouvait nous présenter un état de situation sur la question de l'accessibilité aux médicaments pour le régime d'assurance médicaments du Québec?

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

M. Hébert : M. le Président, avec la permission et le consentement de l'opposition, je demanderais à M. Luc Castonguay de pouvoir compléter la réponse à cette question.

Le Président (M. Bergman) : Consentement? Consentement. Votre nom et votre titre.

M. Castonguay (Luc) : Oui. Luc Castonguay, sous-ministre à la planification, à la performance et à la qualité. Effectivement, nous avons pris connaissance de l'étude publiée par le Canadian Health Policy Institute, qui porte sur la couverture des médicaments, autant dans les régimes publics que dans les régimes privés au Canada. On a pris connaissance de cette étude avec grand plaisir. On utilise les mêmes sources de données pour faire nos propres analyses comparatives de ces données-là et d'autres données et on arrive aux mêmes résultats, effectivement, que l'institut et qui démontrent, en fait, le leadership du régime québécois par rapport à l'ensemble canadien.

Je ne reprendrai pas les chiffres que vous avez cités, peut-être juste pour souligner qu'effectivement, lorsque des médicaments sont approuvés par Santé Canada, le Québec est la province qui en inscrit le plus grand nombre, annuellement, de ces médicaments-là. C'est presque deux fois plus que la moyenne canadienne, et il le fait avec une plus grande rapidité que partout ailleurs au Canada. C'est aussi la démonstration d'un processus d'inscription de médicaments qui est relativement bien rodé, suffisamment efficace, en tout cas, à tout le moins, même s'il reste des... il y a toujours des améliorations possibles, plus efficace que celui des collègues des autres provinces.

Peut-être aussi vous donner quelques autres chiffres que nous avons, qui proviennent de d'autres études. D'abord vous rappeler que le régime a été mis en place en 1997 et qu'il couvre à la fois un régime public et l'ensemble des régimes privés... Oui?

Le Président (M. Bergman) : En conclusion. Vous avez 30 secondes.

M. Castonguay (Luc) : En conclusion, juste pour dire que c'est un régime unique au Canada, je vous dirais, parce que les régimes des autres provinces canadiennes couvrent généralement certaines clientèles dans le régime public mais pas de régime privé, malheureusement.

Le Président (M. Bergman) : Merci, M. Castonguay. M. le ministre, il vous reste une minute.

• (22 h 30) •

M. Hébert : Merci beaucoup, M. le Président. En terminant cet exercice d'étude des crédits... C'était ma première expérience, et je dois exprimer toute mon admiration, ma reconnaissance envers les gens qui sont derrière moi. Il y a 45 personnes qui ont été présentes pendant toute cette étude de crédits, ont été là pour fournir des informations, mais, bien plus, ont été là avant pour répondre aux différentes questions de l'opposition, préparer les documents. C'est une somme de documents considérable, là. Il y en a une boîte, que j'ai parcourue au cours des derniers jours et qui a été faite de façon très rigoureuse. Alors, je voudrais en profiter pour non seulement remercier les personnes présentes, mais leur demander de transmettre à leurs commettants les remerciements pour tout le travail qui a été fait — c'est une somme colossale de travail — pour compléter cet exercice.

Je voudrais en profiter pour remercier le personnel, les cadres des agences, qui se dévouent pour bien gérer notre système de santé, et remercier également les établissements et les gens qui sont impliqués dans les conseils d'administration, le personnel, les professionnels du réseau de la santé. On a un réseau qui est performant, où il y a de la place à l'amélioration, où on doit restructurer un peu l'offre de service pour s'adapter au vieillissement de la population, mais on a des personnes dévouées, des personnes compétentes qui, jour après jour, en dépit de conditions parfois difficiles, mettent leur talent et leur passion au service des citoyens et citoyennes du Québec qui présentent des problèmes de santé ou qui ont des besoins de services sociaux. Alors, je voudrais les remercier.

Je voudrais remercier les députés du groupe gouvernemental, qui ont apporté une contribution fort intéressante à ces débats, remercier également mon collègue de Jean-Talton, de l'opposition officielle, et ma collègue de Groulx, du deuxième groupe d'opposition, et remercier également le personnel qui a travaillé avec vous. Et je voudrais vous remercier, M. le Président, de même que votre personnel, pour avoir mené rondement ces débats. Merci beaucoup.

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

Adoption des crédits

Alors, collègues, le temps alloué à l'étude du volet Santé étant presque écoulé, nous allons maintenant procéder à la mise aux voix des programmes n^{os} 1, 2 et 4.

Le programme n^o 1, Fonctions nationales, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Sur division.

Le Président (M. Bergman) : Adopté sur division.

Le programme n^o 2, Fonctions régionales, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Sur division.

Le Président (M. Bergman) : Adopté sur division.

Le programme n^o 4, Régie de l'assurance maladie du Québec, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

M. Bolduc (Jean-Talon) : Sur division.

Le Président (M. Bergman) : Adopté sur division.

Documents déposés

En terminant, je dépose les réponses aux demandes de renseignements de l'opposition.

La commission, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux au mercredi le 20 février 2013 où elle va procéder à l'étude des rapports annuels de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Merci. Bonne soirée.

(Fin de la séance à 22 h 33)