



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le jeudi 26 juin 2014 — Vol. 44 N° 3

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (2) : 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 jeudi 26 juin 2014 — Vol. 44 N° 3

Table des matières

Santé	1
Discussion générale (suite)	1
Document déposé	70
Document déposé	89
Adoption des crédits du programme 4	89

Intervenants

M. Marc Tanguay, président

M. Gaétan Barrette
Mme Diane Lamarre
M. Jean Habel
M. Marc H. Plante
M. Éric Caire
Mme Caroline Simard
M. Alexandre Iracà
M. David Birnbaum
M. Amir Khadir
M. Pierre Giguère
Mme Marie Montpetit
M. Sébastien Schneeberger

* M. Jean Latreille, ministère de la Santé et des Services sociaux
* M. François Dion, idem
* M. Michel Fontaine, idem
* M. Marco Thibault, idem
* M. Daniel Lefrançois, idem
* M. Clermont Gignac, idem
* M. Sylvain Gagnon, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 26 juin 2014 — Vol. 44 N° 3

Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (2) : volet Santé

(Neuf heures trente minutes)

Le Président (M. Tanguay) : Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2013-2014.

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

Le Secrétaire : Non, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Alors, nous avons débuté à l'heure. Nous terminerons donc à 13 heures aujourd'hui.

Je vous informe du temps approximatif qu'il reste à chaque groupe parlementaire pour l'étude de ce programme : gouvernement, environ 4 h 15 min; opposition officielle, environ deux heures; deuxième groupe d'opposition, environ 1 h 15 min.

Santé

Discussion générale (suite)

Lors de la suspension de nos travaux du 25 juin, Mme la députée de Taillon avait la parole. Je vous invite donc à poursuivre votre intervention pour environ neuf minutes, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Bonjour, M. le Président. Merci beaucoup. Alors, je reviendrai, dans le fond, sur deux sujets abordés hier en début de bloc. Concernant les 50 cliniques, mégacliniques privées, ce que j'ai cru comprendre, c'est qu'on ne sait pas encore exactement combien il y en aura et quand et où elles seront ouvertes, et on n'a pas non plus d'information précise sur le coût qui sera associé à ces cliniques. Donc, pour l'échéancier, il semble que ce ne sera pas en 2014-2015, d'après ce qu'on voit dans le budget. Et notre question, c'est : Est-ce que le ministre peut s'engager à déposer d'ici la fin de l'année un plan de déploiement un peu plus détaillé, avec un échéancier puis une estimation des coûts, puisque c'était un projet important dans la campagne?

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, effectivement, il n'y a pas d'échéancier spécifique à part celui d'un premier mandat. Et aujourd'hui ce n'est pas dans notre intention de présenter, dans cette première année, un échéancier extrêmement précis, pour les raisons que j'ai, à mon avis, clairement démontrées hier. Et, puisqu'on me repose la question, je vais y revenir.

Alors, dans notre programme, M. le Président, il avait été clairement défini que nous avions l'intention de terminer le déploiement des GMF, et j'ai bien expliqué à Mme la députée de Taillon que les supercliniques étaient... pourraient être vues en quelque sorte comme étant un GMF plus. Ici, évidemment, la terminologie pourra varier, là, mais, pour des raisons de compréhension collective et de simplification, voyons ça comme ça. Alors, évidemment, dans l'exercice de complètement du réseau de GMF, alors il y aura lieu là-dedans d'inscrire, dans la mécanique actuelle de déploiement des GMF, le déploiement de ces supercliniques, mais évidemment tout ça se fera dans le cadre de la révision des contrats que l'on est en train de planifier avec les GMF. C'est un premier point.

Le deuxième point, M. le Président, si vous me le permettez, on peut faire justement... se servir de l'histoire. Lorsque les GMF ont été créés, et quand on regarde l'évolution dans notre société du déploiement des GMF, il n'y a jamais eu d'échéancier. Et tous les partis politiques, nous inclus, à un moment donné ou à un autre, on a annoncé qu'on allait — et on le fait encore aujourd'hui — continuer à déployer, mais il est difficile d'annoncer un échéancier par superclinique, par région, comme ça a été difficile de faire la même chose avec les GMF, et ça tombe sous le sens.

Ceci dit, il y aura des discussions qui seront faites, c'est une priorité pour nous. Et, la façon de l'amener de façon certaine, évidemment, il y a une question d'échéancier qui sera débattue en temps et lieu, d'une part, mais, d'autre part, il y aura à mettre en place des mesures qui vont faire en sorte que les acteurs principaux qui seront à la base du fonctionnement de ces supercliniques-là, à savoir les médecins de famille, certains médecins spécialistes, évidemment, mais pas tous, certaines connexions, comme j'expliquais hier, pour le réseau des laboratoires, la mise en place de ressources d'imagerie médicale, dont l'échographie, et évidemment les infirmières, bien tout ça, aujourd'hui, là, ça se fait, ça se vit dans le cadre des GMF, à l'exception des laboratoires et de l'imagerie, mais c'est quelque chose qui est mettable en place très, très facilement.

Permettez-moi, M. le Président, de vous illustrer par une... Ce n'est pas une caricature, là, c'est vraiment la réalité. Si, demain matin, moi, M. le Président, comme ministre, je décide que, dans 10 GMF au Québec, on installe un appareil d'échographie, là, ça demande zéro installation autre qu'un local et une prise électrique. Ça ne demande pas d'infrastructure particulière. Ça demande évidemment des achats d'équipement, ça va demander éventuellement l'utilisation de techniciennes et idéalement de techniciennes autonomes, mais ça s'inscrirait très facilement dans le cadre de développement actuel des GMF.

Ce qui est en cause ici, pour ce qui est de l'établissement et de la réalisation d'un échéancier dans le cadre du déploiement des supercliniques, est évidemment de revoir le cadre de fonctionnement dans lequel on gère les GMF. Et, comme je l'ai dit hier, ceci étant, c'est un travail qui est en train de se faire et qui va se conclure, dans tous les cas de figure, à l'automne 2014.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : En fait, je suis un peu étonnée parce que, le dossier des échographies entre autres, on sait très bien qu'il y a d'autres façons de concentrer et de rapatrier dans les établissements publics les appareils d'échographie et d'augmenter beaucoup l'offre de services à la population, de diminuer les temps d'attente. On a déjà fait ça dans trois régions en 18 mois. Donc, il y a une façon, en réorganisant et en utilisant bien nos infrastructures...

Il faut comprendre les efforts qu'on demande actuellement au réseau public de faire énormément d'économies sur des choses qui sont des services directs à la population. Alors, quand on regarde l'organisation au niveau des infrastructures, des appareils, je pense qu'on doit faire un exercice rigoureux avant d'en acheter. Quel que soit celui qu'on achète, on doit vraiment s'assurer que ceux qui sont là performant correctement plus que sept ou huit heures par jour et qu'on va chercher le maximum de leur efficacité. On voit donc qu'on a des possibilités de faire mieux.

Mon deuxième point, si vous permettez, c'est vraiment cette préoccupation de tous les professionnels de la santé du réseau qui sont inquiets mais, je vous dirais, davantage les patients qui sont préoccupés, parce que, dans un processus... Et on partage la préoccupation du gouvernement actuel d'être très rigoureux par rapport aux dépenses. On l'a fait de cette façon-là pendant les 18 mois où on a été au pouvoir et on veut maintenir cette rigueur. Mais, pour l'instant, ce dont on entend parler, c'est exclusivement les coupes, et ces coupes-là viennent avant tout programme de réorganisation, toute relance et toute ouverture de nouveaux services. Et ça va m'amener tantôt à parler de la première ligne, mais on demande aux gens de couper sans qu'il n'y ait rien d'autre qui soit déjà fait.

Alors, ma question, c'est : Est-ce que le ministre peut nous expliquer comment il entend s'y prendre pour ne pas toucher aux soins et aux services en coupant des centaines de millions de dollars? Hier, on apprenait que c'était même plus que 200, que ça pourrait aller jusqu'à 600 millions qui pourraient être coupés. Donc, on a hâte de prendre connaissance du plan de restructuration. Et ce qui nous étonne, c'est que le plan de restructuration va arriver après qu'on ait déjà commencé à imposer des coupures majeures au niveau des établissements et du réseau.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. M. le ministre, selon le temps imparti, il vous reste un peu moins de deux minutes.

M. Barrette : Bien, écoutez, je ferai un commentaire. Je terminerai et je continuerai peut-être dans l'autre bloc. Est-ce que je peux faire ça?

Une voix : ...

M. Barrette : Ah! dans le bloc du gouvernement? Il n'y a pas de problème avec ça. O.K. Très bien.

Alors, écoutez, je vais faire deux, trois commentaires parce qu'à un moment donné, lorsque la députée de Taillon nous pose ses questions, elle fait beaucoup d'affirmations et de procès d'intention qui sont totalement, à mon avis, inappropriés. Je vais commencer par un élément.

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Excusez-moi, M. le ministre. Vous faites un rappel au règlement? En vertu de quel article?

Mme Lamarre : Écoutez, je suis étonnée de voir ce genre de commentaire en début de... J'ai entendu d'autres commissions hier et je pense que ce n'est pas de cette façon-là... On n'a pas à commenter systématiquement mes interventions avant de donner une réponse.

Le Président (M. Tanguay) : O.K. Donc, en vertu de l'article 35...

Mme Lamarre : Je vous remercie de m'aider.

Le Président (M. Tanguay) : ...qui, en l'instance, n'avait pas été enfreint. Ça demeure dans la raisonnable, je vous dirais. J'invite le ministre à la prudence, mais je vous informe que ça demeurerait dans la raisonnable de nos débats contradictoires. M. le ministre.

• (9 h 40) •

M. Barrette : Voilà. Alors, effectivement, c'est un commentaire, Mme la députée, qui n'est pas fait du tout pour vous viser personnellement mais bien m'adresser de façon tout à fait contradictoire à l'argumentaire que vous faites. Et je ne pense pas avoir utilisé un ton irrespectueux, et, si vous l'avez perçu comme ça, j'en suis bien désolé.

Ceci étant dit, lorsque vous affirmez, par exemple, qu'il y a des efforts substantiels qui ont été faits dans le réseau et qu'on devrait utiliser à un meilleur escient le parc d'équipement qu'on a en échographie dans le réseau hospitalier, je suis bien d'accord avec vous, mais ces efforts-là ont déjà été faits, premièrement. Oui, oui, ils ont été faits, là. Je peux vous nommer des régions où les listes d'attente de plus de trois mois sont à toutes fins utiles... et même, dans certains cas, complètement disparues.

Ceci dit, ce n'est pas ce que les patients demandent. Les patients demandent évidemment d'avoir moins d'attente, mais ils demandent aussi d'avoir accès à des examens ailleurs qu'à l'hôpital, près de leurs points de service, et ça, c'est un élément qui est important. J'ai dit hier, et je le redis, que l'échographie, pour prendre cet exemple-là que vous avez pris... Pour prendre cet exemple-là, M. le Président, l'échographie, je l'ai dit hier, est un examen essentiel : un, à la productivité des médecins de famille dans le réseau; deux, à la fluidité de la clientèle. Le patient s'attend à avoir des examens, comme on dit en affaires, «on time». Le patient s'attend à aller dans un endroit qui est un endroit tout en un : un endroit où on va voir le médecin; si nécessaire, avoir une consultation; si possible, avoir un suivi avec une infirmière. Mais, lorsqu'il y a une investigation diagnostique qui doit être faite, la plus courante étant les laboratoires et l'échographie, les gens s'attendent à l'avoir sur place à ce moment-là et non prendre une prescription puis aller se déplacer à l'hôpital.

Ça signifie quoi? Ça signifie que, si, dans le réseau, on a fait des efforts pour diminuer le temps d'attente — et on va continuer à le faire, et j'en conviens avec la députée de Taillon — pour se rendre à aucun délai au-dessus de trois mois, l'échographie n'est pas un examen qui devrait avoir un délai de trois mois, par définition. On peut attendre certains examens pendant quelques semaines, mais l'échographie est un examen qu'on devrait avoir d'une façon quasi immédiate, même si l'immédiété est une chose qui n'est pas possible. Alors, ça, c'est ce point-là.

Et je trouve déplorable, M. le Président, qu'à chaque fois qu'on parle de cliniques, comme je l'ai dit hier, on parle de cliniques privées, alors qu'elles sont conventionnées. Et on sait tous que, dans l'imaginaire de toute la population, «privé» signifie «payer de sa poche», alors que, dans le cas qui nous occupe, «privé» signifie «conventionné et payé par la RAMQ». Alors, pourquoi est-il un péché mortel, dans la société québécoise, d'envisager que les citoyens aient accès à des soins en temps opportun, près de leur domicile, dans une seule clinique? Ce concept-là me dépasse. Alors, sur la base — et c'est la seule base qui importe — du fait que ces examens-là doivent être fournis dans les plus brefs délais... Si on disait qu'à l'urgence on va avoir un rendez-vous dans trois mois, je pense qu'il y a beaucoup de monde qui serait au créneau aujourd'hui. Bien, sur cette base-là, les efforts qui ont été faits, aussi louables soient-ils, ne sont pas suffisants.

Pour ce qui est des dépenses, M. le Président, on l'a dit, là, on a dit que la consigne et la directive qui ont été données à tout le réseau étaient de faire de l'optimisation et de continuer à le faire. Et, pour rectifier les propos d'hier qui étaient la conséquence d'une intervention du député de La Peltrie qui a été faite avec précision, je rappellerais à la députée de Taillon que ce que le député... Pardon?

Une voix : Chirurgicale.

M. Barrette : Chirurgicale, tout à fait. Alors, le député de La Peltrie a cité un passage d'un rapport très clair qui a été déposé en 2010, qui faisait référence qu'en état de cette situation-là, à ce moment-là, le comité estimait qu'il était possible d'aller chercher des économies de l'ordre de 600 millions de dollars, ce à quoi j'ai acquiescé pour ce qui est de la fourchette. Alors, ayant acquiescé à ça, bien là, à un moment donné, il faut regarder les calculs tels qu'ils sont. 600 millions de dollars à partir de 2010, bien il faut prendre en considération les efforts qui ont été faits à cette époque-là par notre gouvernement, d'ailleurs, et certains efforts par le gouvernement d'ensuite, et ceux que l'on fait aujourd'hui à hauteur de 215 millions, et ceux que l'on fera dans le futur, pour faire en sorte que, si on se réfère au point de référence sur un plan cartésien du propos du député de La Peltrie, j'ai dit, et je le maintiens aujourd'hui, que je pensais que c'était une fourchette atteignable dans le premier mandat, mais on parle ici d'une fourchette qui inclut les efforts faits entre 2010 et maintenant.

Alors, maintenant, le réseau, M. le Président, lorsque je suis arrivé en poste... Je peux vous le dire, là, parce qu'on me l'a dit 50 000 fois. Alors, le réseau, lorsque je suis arrivé en poste, s'attendait à ce que, parmi les décisions que j'allais prendre, pour toutes sortes de raisons réputationnelles, fondées ou non... le réseau s'attendait à ce que certaines demandes soient faites et le réseau, de sa propre initiative, a décidé, d'entrée de jeu, de s'adresser à cette problématique-là. Et je salue le réseau d'avoir pensé à faire ça. Et aujourd'hui, et je prends les exemples qui sont dans le réseau aujourd'hui, il n'y a pas un service coupé, M. le Président, mais, oui, il y a la restructuration. Restructuration égale économie, dans contexte budgétaire actuel, étant obligatoire, égale pérennité de notre système de santé. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Alors, nous avons donc débuté le bloc du gouvernement, qui en tout est une enveloppe de 20 minutes. Je cède maintenant la parole au député de Sainte-Rose.

M. Habel : Merci beaucoup, M. le Président. Je vous salue. Je salue le ministre pour la première fois. Je salue la première opposition, la deuxième opposition. Je salue aussi les gens de la fonction publique. Mais aujourd'hui je voudrais profiter de l'occasion pour saluer les gens... les hommes et les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et des services sociaux, ces gens qui s'occupent des plus vulnérables dans notre société. Je pense que c'est important de le mentionner aujourd'hui dans ces crédits de santé. Je pense entre autres aux infirmiers, aux techniciens, aux pharmaciens et aussi à tous les gens qui profitent... qui font bénéficier le secteur de la santé et des services sociaux. Je pense aussi que ces gens-là ont une éducation qui est à la fine pointe, que tous les gens de tous les pays bénéficient de cette éducation.

Donc, aujourd'hui, j'aimerais vous parler de l'accès à la santé, M. le ministre. Je pense que Sainte-Rose est très choyée d'avoir un très large accès à la santé, notamment grâce au CLSC Sainte-Rose-de-Lima, qui est un vecteur important pour les soins de la santé dans mon comté. Nous avons aussi la chance d'avoir dans notre ville la Cité de la santé, qui est maintenant dotée d'un nouveau centre de cancérologie à la fine pointe de la technologie et qui dessert l'ensemble des comtés lavallois comme Fabre, Laval-des-Rapides, Sainte-Rose, Chomedey, Vimont et Mille-Îles. Nous avons aussi le privilège de profiter des hôpitaux en périphérie de notre ville comme les mégahôpitaux du CHUM, du CUSM, qui seront disponibles pour les gens de la région métropolitaine, dont Laval, ce qui créera, M. le Président, des emplois de qualité, et on permettra aussi d'offrir des services de qualité. Cependant, nous devons aussi avoir des hôpitaux de proximité, car on dessert aussi une population qui est locale.

Par ailleurs, M. le Président, la proximité de ma circonscription avec l'Hôpital du Sacré-Coeur, étant de l'autre côté de la rivière des Prairies, en fait un hôpital important pour ma région, la région lavalloise, et entre autres aussi pour les jeunes familles. Dans cette perspective, pour les gens de Laval, mais aussi pour les gens du nord de Montréal, l'importance de cet hôpital est névralgique.

En campagne électorale, nous nous sommes engagés à rénover le centre mère-enfant et le centre de traumatologie de l'Hôpital Sacré-Coeur. On avait raison de le faire, M. le ministre, parce que les espaces sont d'une grande vétusté. Le Montréal métropolitain a absolument besoin d'un centre de traumatologie comme celui-là, mais encore faut-il rester à l'intérieur des normes d'agrément pour continuer d'offrir des services essentiels et irremplaçables. Or, c'est le renouvellement de l'agrément en traumatologie qui est menacé si on ne va pas de l'avant avec le projet d'immobilisations.

Le projet de Sacré-Coeur, c'est aussi un pavillon d'obstétrique, de pédiatrie dans un quartier de Montréal qui connaît une explosion des nouveaux ménages avec des enfants. Cela profitera aussi à la circonscription de Sainte-Rose, comprenant au moins 10 000 ménages avec un enfant.

Ce projet, M. le Président, a été mis de côté par le Parti québécois pendant les 18 derniers mois. Ma question à M. le ministre, c'est : Allons-nous relancer ce projet?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député de Sainte-Rose. M. le ministre.

• (9 h 50) •

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député. Alors, merci d'abord de m'adresser cette question, parce que c'est une question qui... Et là, si vous me le permettez, M. le Président, je vais enlever mon chapeau de ministre et de député, je vais prendre celui de médecin pendant juste quelques instants. C'est un projet qui est extrêmement important sur le plan médical à cause de la fonction de l'hôpital et de sa mission régionale et suprarégionale, que vous avez décrite, M. le député, avec une grande justesse, une grande précision. C'est très clair, ce que vous avez dit, et c'est la réalité. Et je vais en rajouter.

M. le Président, je vais reprendre mon chapeau de ministre. Sur le plan médical, le corps médical du Québec reconnaît, ce n'est pas des farces, là, le corps médical du Québec francophone et anglophone reconnaît depuis longtemps l'extrême vétusté de cet hôpital-là non seulement en soi, mais aussi en fonction de sa mission, parce que c'est sûr que certaines installations, pour certaines missions, peuvent être vétustes, et là je ne parle pas de réseau hospitalier, je parle de d'autres édifices publics, mais, lorsqu'on arrive dans le réseau hospitalier, bien il y a des conséquences à la vétusté. Il y a des conséquences qui sont d'ordre organisationnel, et il y a des conséquences qui sont d'ordre clinique, et il y a des conséquences qui sont aussi d'ordre éducatif, parce qu'un hôpital comme Sacré-Coeur est aussi un centre d'enseignement. Et, par exemple, à cet égard, M. le Président, lorsque le député faisait référence à l'agrément, il y a une question d'agrément pour fonctionner comme hôpital, parce que, vous le savez sans doute, M. le Président, un hôpital doit être agréé, ce sont les infrastructures, les opérations au sens opérationnel du terme, qui sont évaluées et mises en cause ici par un organisme d'agrément, mais aussi il y a la question de l'enseignement. Et l'enseignement, bien il est impacté par la qualité des locaux.

Juste pour donner une image à tous ceux et celles qui habitent la région de Montréal, bien il y a trois hôpitaux, dans le jargon médical, M. le Président, qui sont considérés... pas vraiment des triplets, là, mais qui sont considérés comme des hôpitaux apparentés en mission et en importance : il y a l'Hôpital général juif, il y a l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et il y a l'Hôpital Sacré-Coeur. Prenez les trois hôpitaux en question puis trouvez-moi, juste de même, là, lequel n'a pas eu de travaux majeurs dans les 20 dernières années, et vous avez nommé, évidemment, l'Hôpital du Sacré-Coeur. Il y a des efforts qui ont été faits dans les deux autres, ce n'est pas parfait, il y a des parties qui sont encore très vétustes dans les deux autres.

L'Hôpital Sacré-Coeur se retrouve dans une position tout à fait exceptionnelle, exceptionnelle, comme je le disais tantôt, aussi en fonction des services que cet hôpital-là a à donner. L'Hôpital Sacré-Coeur n'est pas un hôpital général. Et je ne dis pas ça au sens... de façon péjorative, là, mais il y a des hôpitaux au Québec qui ont des missions qui sont particulières. Alors, l'Hôpital Sacré-Coeur est un hôpital universitaire qui a une mission d'enseignement, qui donne des services tertiaires, dans certains cas, qui sont la fin de la ligne dans la catégorie de traitement que l'hôpital offre à sa clientèle. Et, dans un domaine très précis qui a été très bien mentionné et illustré par le député, par exemple en traumatologie, bien il y a deux centres de traumatologie dans la région de Montréal : il y a l'Hôpital général de Montréal et il y a l'Hôpital Sacré-Coeur. La traumatologie, eh bien, c'est un peu comme on voit à la télévision, là, c'est... La seule chose de différente à la télévision, c'est que tous les médecins, toutes les infirmières, tous les préposés veulent travailler dans l'hôpital de la télévision parce qu'il est propre, il est fonctionnel, il est bien équipé, et, quand ils vont au travail le lundi matin ou le lendemain matin de l'émission, bien ils tombent dans leur hôpital qui n'est pas exactement idéal. Et, à un moment donné, lorsqu'une clientèle qu'on peut qualifier de vulnérable, là, parce que la vulnérabilité, c'est aussi une question clinique, là... Lorsque ces patients-là en soins critiques se retrouvent dans un hôpital qui se retrouve, lui, parfois dysfonctionnel, faute d'équipement approprié, bien là il y a lieu, pour un gouvernement, de s'adresser à la problématique, et la problématique

d'un gouvernement est de déterminer l'espèce de point de non-retour au-delà duquel la situation pourrait être délétère pour la clientèle.

Et c'est là qu'on est arrivés. Et quelle ne fut pas la surprise de la communauté médicale et même du réseau de la santé, M. le Président, d'apprendre que ce projet-là avait été mis sur les lignes de touche par le gouvernement précédent à la faveur d'autres projets qui étaient politiquement plus vendeurs dans la circonscription de mon prédécesseur. Écoutez, M. le Président, à un moment donné, je l'ai dit hier, là, les décisions les plus difficiles, parmi les décisions les plus difficiles qui auront à être prises dans le prochain mandat, il y aura toutes les décisions du PQI, toutes les décisions qui touchent aux immobilisations, parce que ce sont des décisions qui touchent l'accessibilité et la qualité des soins. Et tout le monde a raison de dire en quelque part, au moins de façon fractionnaire : Moi aussi, je suis dans une situation difficile, et là on se retrouve, nous, comme gouvernement, et moi, comme ministre, à trancher. Alors, c'est une situation quasiment biblique. Alors, l'idée ici est de pouvoir trancher à la bonne place.

Alors, on a tranché et on a mis le Sacré-Coeur dans le PQI parce que les raisons cliniques, organisationnelles le justifiaient. Et, si elles le justifiaient aujourd'hui, il était injustifié de le sortir du PQI précédemment. Et ça, c'est une décision qui est basée, M. le Président, comme elles devraient toutes l'être, sur le bien-être des patients, des citoyens qui malheureusement se retrouvent dans cette situation.

Encore une fois, M. le Président, Sacré-Coeur... Et je ne veux pas dire ça pour minimiser le travail des autres, là, mais vraiment pas, mais Sacré-Coeur, là, c'est un centre qui fait de l'oncologie, c'est un centre majeur d'obstétrique, un des plus gros après Sainte-Justine et le Centre mère-enfant à Québec, c'est un centre de traumatologie. Pensons-y un instant, là. Rien que ces trois éléments-là, là, on parle d'urgence. En obstétrique, là, ce n'est pas trois mois de rendez-vous, là. Quand on accouche, on accouche, là, puis, quand on a besoin d'une césarienne, ce n'est pas trois jours après, là. En traumatologie, là, c'est dans la minute. En cancer, c'est dans les 28 jours. Écoutez, à un moment donné, il faut que ces gens-là aient des installations appropriées.

Je vais en rajouter un, M. le Président. Lorsque j'étais de l'autre bord de la table, j'ai milité pour que Sacré-Coeur soit aussi un centre de prélèvement pour la greffe. La greffe, M. le Président, là, je me suis battu pour ça, je me suis battu contre l'ancien gouvernement, et je peux dire — et là je vais remettre mon chapeau encore — que je l'ai gagné. Pensons, pensons un instant à tous les gens qui attendent une greffe et qui, dans un hôpital fonctionnel, ont plus de chances de l'avoir. Parce qu'il y a des greffes, au Québec, qui ne se font pas parce que l'organisation n'est pas optimale. Elle l'est maintenant, elle l'est, et des gens d'autres pays viennent nous voir pour voir le succès qu'on a eu à Sacré-Coeur malgré des infrastructures qui ne sont pas optimales.

Quand on prend tout ça en considération, là, bien la décision est plus facile à prendre parce qu'on prend le bien-être de la population en cause. Et c'est ce que l'on a fait, et c'est la raison pour laquelle il est au PQI, au bénéfice de la région desservie, comme l'a illustré le député très clairement, régionalement et suprarégionalement par cet hôpital. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. J'invite maintenant le député de Maskinongé à prendre la parole.

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, M. le Président, chers collègues, M. le ministre, je profiterai aujourd'hui de la lancée du ministre en parlant d'infrastructures et de l'importance des infrastructures dans les régions pour la desserte de soins afin de parler d'un type d'installation primordial pour les citoyens.

Tout le monde sait... Tout le monde connaît quelqu'un qui a été touché de près ou de loin par le cancer, terrible maladie, et tout le monde sait que les traitements, plus qu'ils sont faits à proximité, plus que c'est merveilleux pour la personne qui est atteinte du cancer et qui reçoit les traitements. Dans le plan d'action de lutte au cancer, on sait que les centres intégrés de cancérologie sont des éléments primordiaux au plan d'action et permettent des traitements offerts dans un même endroit. Sur le concept, des soins doivent être offerts dans la région et regrouper toute la cohorte de soins.

M. le Président, je parlerai ce matin de la région de Chaudière-Appalaches, qui est la dernière région à qui il manque encore un centre intégré de cancérologie. Et tout le monde sait et tout le monde le réclame, tout le monde le sait, dans la région, que les gens ont besoin de ce centre, car les gens doivent se rendre ici, à Québec, à l'Hôtel-Dieu, dont les équipements sont à la limite de leurs capacités et dans un site où c'est trop contraignant pour ajouter des appareils. Il n'y a aucun service de radio-oncologie au sud du fleuve, et la moitié des patients atteints du cancer auront besoin de radiothérapie.

M. le Président, ce matin, ma question est simple pour le ministre, j'aimerais savoir : Vu qu'il s'agit d'un projet essentiel, est-ce qu'il se réalisera pour le bien des citoyens de la région de Chaudière-Appalaches? Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de Maskinongé. Avant de céder la parole au ministre, juste pour vous indiquer, M. le ministre, que, pour ce bloc, il reste 2 min 15 s. Alors, on pourra peut-être poursuivre votre réponse par la suite. À vous la parole.

M. Barrette : Parfait. Alors, merci, M. le Président. Merci, M. le député de Maskinongé. Alors, vous abordez là un sujet qui est connexe au précédent, évidemment, sauf que ce sujet-là, lui, se traite par le deuxième critère que j'évoquais hier quand arrivera le temps de prendre des décisions, le premier étant la vétusté, et on comprend pourquoi, et le deuxième étant la capacité. Et, quand on dit «capacité», on dit «accessibilité».

Et ici je vais illustrer mon propos rapidement en faisant référence au passé radio-oncologique du Québec. On se rappelle les effets dévastateurs qu'il y avait eu lorsqu'on a mis des médecins à la retraite dans les années 90 et on se rappelle aussi la période où on a dû envoyer des patients à l'extérieur du Québec pour subir des traitements. Le Parti libéral,

dans un gouvernement précédent, a mis à niveau, restructuré, solidifié tout ce qui était programme de lutte contre le cancer et a mis en place une direction québécoise de lutte contre le cancer qui est menée avec brio par le Dr Latreille. C'est notre gouvernement qui a fait ça, et le Dr Latreille, lui, a mis en place une organisation extrêmement structurée qui touche tous les aspects des soins au Québec et qui s'adresse aussi à la qualité mais particulièrement à l'accessibilité de proximité dans toutes les régions du Québec. Et l'accessibilité de proximité dans toutes les régions du Québec, ça touche tous les soins, de la consultation médicale au suivi par des infirmières, à la radio-oncologie, à la médication, le tout dans un centre intégré.

Une région ne l'avait pas, M. le Président. Ces gens-là... Même que, dans la région de Québec, c'était devenu problématique, il fallait le faire. Les installations de la région 03, Québec, n'arrivaient plus à suffire. Alors, il était nécessaire pour Chaudière-Appalaches, qui était la seule région, comme il a été dit, à ne pas avoir accès à ceci, d'y avoir accès, et c'est la raison pour laquelle ça a été mis en place. Et je continuerai dans le prochain bloc, M. le Président.

• (10 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Je cède maintenant la parole au représentant... au porte-parole du deuxième groupe d'opposition officielle, pour un bloc de 20 minutes, le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. Je veux aborder avec le ministre un dossier dans lequel, je pense, il y aurait peut-être d'autres économies à faire. Je parle des services de buanderie, notamment au niveau de la capitale nationale. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a autorisé un projet, de Partagec, de construction d'une nouvelle buanderie, parce que son bail prend fin le 31 mars 2015, et donc les deux sites Partagec seraient rapatriés à Beauport.

Ceci étant, on constate qu'il y a des questions importantes qui se posent sur ce projet-là. Notamment, le fait que c'est un investissement public de 28 millions, c'est un coût unitaire plus élevé que l'offre qui a été faite par le privé et, que, malgré ça, le ministère a donné son aval à ce projet-là. Donc, j'essayais de voir quelle était la plus-value ou qu'est-ce qui avait motivé la décision du ministère d'autoriser un projet qui va coûter, en deniers publics, 28,9 millions en immobilisations et équipement, et un coût unitaire, dans un délai raisonnable, plus élevé que l'offre qui a été faite par le privé. Et je tiens à préciser au ministre que l'offre a été faite par le privé, mais cette offre, aux dires mêmes de l'agence, n'a pas été sollicitée. Donc, on n'a pas demandé au privé de faire une offre de service. Le privé s'est un petit peu invité, si vous me passez l'expression. Donc, j'essaie de comprendre la logique derrière cette décision-là.

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

M. Barrette : M. le Président, je dois dire, d'entrée de jeu — et, pour une fois, ma réponse va être courte, vous allez apprécier la longueur de ma réponse : je souscris aux questionnements qui sont soulevés par le député de La Peltrie. D'ailleurs, vous comprendrez, M. le Président — et personne ne sera surpris — que ce dossier-là, je l'ai appris en arrivant en poste et, en réalité, je ne suis dans ce dossier-là, pour lequel j'ai demandé un état de situation, que depuis quelques, littéralement, jours. Alors, vous comprendrez que, dans les circonstances de cette session-ci, je n'ai pas eu le temps de faire le point sur tout. Alors, je m'excuse de ne pas avoir revu toutes les décisions qui ont été prises sur tout, mais j'ai évidemment quand même demandé à faire un état de situation pour justement poser, précisément, précisément les mêmes questions que vous me posez. Pour le moment, j'ai un état de situation qui est en train d'être fait, et je n'ai pas pris de décision formelle.

Ceci dit, M. le Président, si le député de La Peltrie veut avoir plus de détails sur le cheminement, parce qu'il m'a demandé comment j'avais pris la décision, bien, vous comprendrez que ce n'est pas moi qui l'ai prise, cette décision-là, d'une part, et, d'autre part, toute la mécanique qui a mené et la réflexion qui a mené à cette prise de position et/ou décision proviennent de l'équipe précédente. Si M. le député désire qu'un des membres de mon équipe vienne s'adresser au député, ça va me faire plaisir, là. J'ai quelqu'un qui est dans le dossier, évidemment, et qui connaît le détail.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. Bien, je remercie le ministre, et je remercie le ministre pour son offre. Ceci étant dit, je m'interroge quand même, parce que, dans la préparation des études de crédits, mon collègue, ici, est allé en demande d'accès à l'information parce que la décision de l'agence se basait, disait-on, sur des études exhaustives faites par des firmes privées et dans l'objectif... Parce que l'idée, c'était de savoir : Est-ce que le projet de Partagec était le meilleur projet? Puis je pense que le ministre et, moi, là-dessus, on va avoir la même préoccupation : l'objectif n'est pas de favoriser Partagec ou une firme privée, l'objectif, c'est d'avoir le service au meilleur coût, le service le plus fiable au meilleur coût. Malheureusement, je dois dire que toutes nos demandes qui ont été placées à son ministère ont essuyé une fin de non-recevoir, notamment le 23 juin où on nous dit que les documents qui nous sont demandés... l'accès à ces documents-là nous est refusé. Donc là, je constate qu'il y a une ouverture du ministre à nous donner accès aux documents. Je pense — M. le Président, en toute modestie — que l'étude de crédits était effectivement un très bon moment pour discuter de ces sujets-là et avoir accès à cette information-là.

Donc, ma question et la question que j'ai envie de poser au ministre : Est-ce que les évaluations demandées par l'agence de santé sur le projet Partagec, il va les rendre publiques, et ce, le plus rapidement possible? Aujourd'hui, si possible?

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

M. Barrette : M. le Président, comme vous le savez et comme sans doute le député de La Peltrie le sait, la gestion d'accès à l'information dans un ministère, et comme dans tous les ministères, n'est pas gérée par le ministre, mais est

assujettie à des règles qui font en sorte qu'on doit passer par un officier qui, lui, a la responsabilité d'appliquer les règles d'accès à l'information. Alors, aujourd'hui, évidemment, on m'adresse une question qui est sans doute légitime, je dirais, mais qui fait en sorte que ce n'est pas à moi d'y donner suite, par définition.

Ceci dit, encore une fois, là, je réitère l'offre que je faisais au député de La Peltrie : s'il a certains questionnements, j'ai un membre de mon équipe qui est au fait du dossier, et j'apporterai, M. le Président, quelques précisions pour illustrer le fait que c'est un exercice qui remonte à la gouvernance du Parti québécois. J'ai ici la fiche technique qui montre les dates des étapes franchies, et je constate, ici, M. le Président, que l'autorisation ministérielle pour la conception du projet a été donnée le 22 mars 2013, donc en plein cœur du mandat du Parti québécois, et que, par la suite, jusqu'en mars 2014, donc jusqu'à l'élection, donc très antérieurement à moi, la dernière autorisation qui a été donnée est celle d'une demande d'autorisation d'emprunt pour des dépenses d'honoraires professionnels pour la planification dudit projet.

Je réitère le fait que — et M. le député l'a dit, et j'ai dit que j'y souscrivais, moi, aussi, j'ai les mêmes interrogations — nous sommes dans une situation budgétaire qui est difficile et, comme je le dis à tout le monde et je le répète... Hier soir, j'étais dans un événement social et j'avais une allocution à faire, et je l'ai dit : Quand nous étions petits, nos grands-parents nous disaient que c'est avec des sous qu'on fait des piastres. Aujourd'hui, on peut dire que c'est avec des millions qu'on fait des milliards et, quand on a à économiser des milliards, bien, il faut trouver les millions. Alors, oui, dans cette optique-là, je m'adresse à cette situation-là pour voir s'il y a lieu de réaligner le tir — s'il y a lieu de — mais ça, ça demande certaines analyses et je suis en train de les faire. Encore une fois, M. le Président, si M. le député veut poser les questions au membre de mon équipe, il est à sa disposition.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : M. le Président, peut-être une dernière question pour le ministre puis après ça, si, effectivement, il veut laisser la place à un membre de son équipe, j'apprécie son offre. Simplement peut-être dire au ministre deux choses. Au niveau de la gestion, là, des accès à l'information : tout à fait conscient, puis même heureux de savoir que le ministre n'intervient d'aucune façon dans les demandes d'accès à l'information, c'est très clair. Et je ne demandais pas au ministre d'intervenir là-dedans, là, je veux juste clarifier ça; par contre, il a la possibilité de... il a l'autorité de nous donner accès à des documents. Et donc je lui demandais s'il autoriserait que nous ayons accès aux documents d'analyse qui ont été demandés, dans le cadre de ce projet-là, par l'Agence de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale, l'idée étant d'avoir accès à l'ensemble des informations pour évaluer le plein potentiel des deux projets.

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

M. Barrette : M. le Président, le principe de la prudence exige de moi que je fasse quelques vérifications avant de donner suite à la demande du député de La Peltrie, et je ferai ces vérifications.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Simplement rappeler au ministre, aussi, qu'il y a un autre principe qui est important, qui s'appelle la transparence, et, quand un organisme public comme une agence de santé et services sociaux donne son aval à un projet qui soulève autant de questions... Puis je suis content de voir que, du côté du ministre, il se pose les mêmes questions. Il m'apparaît que le fait que les parlementaires... Parce qu'on est ici pour discuter des crédits, pour voter les crédits qu'on va confier au ministre. Il m'apparaît que de donner un plein accès aux parlementaires à l'information qui nous permette de prendre les meilleures décisions sur les choix qu'on va faire... il m'apparaît que le principe de transparence, dans ce cas-ci, devrait s'appliquer prioritairement.

Peut-être la deuxième question avant de passer au collègue, là, du ministre, qui pourra répondre à nos questions, je veux savoir du ministre... Je comprends, là, que lui aussi est mal à l'aise avec cette décision-là qui a été prise par l'agence. Maintenant, il y a un échéancier qui est en route et, si le ministre dit qu'il veut réviser ce projet-là ou la décision qui a été prise, est-ce qu'il peut nous dire qu'il n'y a plus rien qui va se faire, dans ce projet-là, avant que le ministre ait une connaissance fine du projet puis avant qu'il y ait une conclusion, quelle qu'elle soit, de la part du ministre et des parlementaires aussi, parce que j'imagine que le ministre...

J'entends de son offre, en tout cas, qu'il accepte que l'opposition soit partie prenante, là, des prochaines étapes de validation de l'intérêt. Donc, est-ce qu'on peut avoir la garantie du ministre que ce projet-là, selon l'échéancier, là, qui a été proposé par Partagec, va être arrêté le temps qu'on prenne une décision, conscients — et je tiens à le préciser pour le ministre — conscients que le bail prend fin le 31 mars 2015 et qu'il y a quand même urgence d'agir? Donc, de mon côté, là, on sera tout à fait disponibles pour bouger le plus vite possible dans ce dossier-là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre.

• (10 h 10) •

M. Barrette : M. le Président, je vais commencer par une remarque à propos de la transparence, et le député de La Peltrie sera sûrement d'accord avec moi. Quand bien même j'appellerais tous les médias à venir tourner une scène en direct ou à une intersection de la ville de Québec... et, pour être transparent, la transparence ne m'autorise pas à passer sur une lumière rouge. Alors, il y a des règles, là. Et je vais faire la vérification. Et la transparence n'est pas un argument qui justifie de passer outre, évidemment, les règles. Et, sur ce point-là évidemment, je suis convaincu que le député de La Peltrie est d'accord avec moi.

Ceci dit, M. le Président, un autre commentaire avant de répondre précisément à la question qui m'a été posée. Ici, je ne suis pas mal à l'aise, M. le Président. Moi, j'arrive en poste dans un gouvernement qui constate la situation catastrophique des finances publiques. Alors, tout le monde la reconnaît. Ça a été vérifié. Il n'y a pas de doute possible, la situation est le résultat de décisions qui n'ont pas été prises ou de faits qui n'ont pas été révélés, mais qui, malheureusement, se sont avérés lors de vérifications.

Alors, face à ça, la question n'est pas d'être à l'aise ou pas à l'aise. Face à ça, la question est, le plus objectivement possible, de regarder toutes les avenues possibles pour nous ramener au déficit zéro dans les plus brefs délais. Et l'engagement que l'on a comme gouvernement est de le faire d'ici 2015-2016. Notre engagement est formel; il a été réitéré par toutes les études de crédits qui ont eu lieu depuis la semaine dernière. Alors, la question, ici, n'est pas pour moi d'être mal à l'aise, mais de prendre une décision qui est économiquement appropriée. C'est ça qui est la question.

Alors, aujourd'hui, oui, il y a un état de situation qui a été demandé. Oui, il y a une réflexion qui est en train de se faire en prenant tous les éléments en considération, et évidemment tous les éléments d'abord, en premier, qui sont d'ordre clinique, là, parce qu'on parle ici de buanderie qui fournit des fournitures dans un hôpital; ça a un lien évidemment clinique, mais aussi sur la base économique. Et un des éléments que je n'ai pas le choix de prendre en compte, M. le député, ou M. le Président, c'est le fait que, comme je l'ai dit il y a quelques instants, il y a une autorisation qui a été déjà donnée pour emprunter pour embaucher du personnel. Il y a du personnel de déjà embauché, donc il y a des coûts de déjà engagés.

Alors, moi, dans la réflexion que je dois faire, je dois mettre tout ça ensemble, ce que je vais faire, et prendre la décision qui est la plus économiquement rentable pour notre gouvernement et la société québécoise. Et, encore une fois, bien, il faut me laisser le temps de la faire, là, cette réflexion-là, en fonction des données qui me sont fournies.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Là, je reste sur mon appétit, M. le Président, parce que ce que le ministre vient de dire est tout à fait exact. Donc, ce que je comprends, c'est que, comme moi, il regarde le projet Partagec, un projet qui nécessite un investissement public de 28,9 millions de dollars, un projet qui, sur un horizon de 15 ans, va faire qu'à l'unité le contribuable va payer plus cher les services de buanderie de Partagec que s'il allait à l'offre privée. C'est des informations fragmentaires, je le dis avec toute la prudence nécessaire, elles sont fragmentaires parce que l'évaluation faite par l'agence... Puis je comprends, là, moi non plus, je ne lui demande pas d'enfreindre aucune loi, aucun règlement.

Ceci étant dit, quand une agence de santé, un organisme public, donne un mandat à une firme d'évaluer un projet pour savoir est-il meilleur que l'autre, tu sais, je ne vois vraiment pas, là, qu'est-ce qu'il y peut avoir comme information nominale là-dedans, là, de confidentiel. Et, quand on nous refuse l'accès à ces documents-là pour justifier une décision qui, à première vue — et, encore une fois, M. le Président, notez la prudence dans mon commentaire — est injustifiable pour des raisons de performance et des raisons économiques, et qui semble — je dis bien «qui semble» — être assise sur des raisons idéologiques, bien, oui, j'espère que le ministre va faire en sorte que le contribuable va avoir accès à toute l'information dans ce dossier-là, dans un premier temps.

Dans un deuxième temps, il l'a dit lui-même, il y a des sommes qui sont investies. Si, d'emblée, il s'avère que ce projet-là est un mauvais projet, qu'effectivement il a été mis de l'avant pour des raisons idéologiques, qu'il n'est pas rentable, qu'il n'est pas optimal pour le contribuable, j'ose croire que le ministre, qui se soucie de l'état de nos finances publiques, va faire en sorte qu'on ne mettra pas d'autres sommes d'argent dans ce projet-là. Et donc c'est la raison pour laquelle je lui demande : Va-t-il stopper le projet?, ce qui ne nous empêche pas collectivement d'être très rapides dans la décision qui se prend. Je pense que ce n'est pas un dossier qui est très complexe, somme toute. Donc, je ne comprends pas cette réserve-là du ministre, là, à dire : Oui, je vais mettre un holà au projet, le temps qu'on fasse une analyse rapide et exhaustive.

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

M. Barrette : M. le Président, dans le passé, j'ai déjà été critiqué parce que j'avais critiqué mon prédécesseur parce qu'il faisait des diagnostics au téléphone dans le cadre de la discussion sur le projet de loi n° 52. J'ai toujours considéré, M. le Président, qu'un ministre devait faire preuve de la plus grande prudence. Alors, aujourd'hui, la question, pour moi, n'est pas de dire, puisque je l'ai déjà dit, que je souscrivais à la grille d'analyse qui vient de nous être présentée de façon extensive et appropriée par le député de La Peltrie qui, de toute évidence, est en accord avec ma position. Maintenant... Et ça, j'en suis très heureux, je pense que c'est le rôle du parlementarisme de faire en sorte qu'il y ait des débats contradictoires qui, parfois, même s'ils sont contradictoires, aillent dans le même sens que le gouvernement. Alors, je reçois très favorablement ses commentaires.

Ceci dit, aujourd'hui, y a-t-il lieu de m'engager à faire a ou b, dépendamment de ceci ou de cela? Je pense que je dois me réserver une certaine prudence, et je la garde. Et c'est vrai, M. le Président, je concède ce point, surtout que, dans l'expérience de l'appétit, j'en une très grande, alors nous allons rester l'un et l'autre sur notre appétit et nous allons partager ce malheur.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Tanguay) : Il vous reste 4 min 10 s.

M. Caire : 4 min 10 s, bien, le temps d'une dernière question. M. le Président, dans l'offre qui est faite par Partagec, on constate, et moi, c'est probablement la chose qui m'a le plus questionné, que... Bien, d'une part, peut-être dire au ministre... Et la raison pour laquelle j'insiste, c'est que, quand je regarde le procès-verbal d'une réunion qui a eu lieu par le conseil d'administration de l'agence, réunion qui a eu lieu le 17-09-2012, donc 17 septembre 2012, où on fait un résumé du cheminement du projet, dans lequel on dit qu'en février 2011 il y a une révision complète du plan fonctionnel et technique, donc du projet de Partagec, qu'en mars 2011 il y a une volonté d'acquiescer un bâtiment, on en arrive à la conclusion que cette solution-là n'est pas optimale. En décembre 2011, Partagec se porte acquiesceur d'un terrain à Beauport; donc, déjà, il y a des gestes concrets qui sont faits par Partagec pour aller de l'avant avec son projet. Décembre 2011, il y a dépôt d'une offre d'une entreprise privée, et c'est écrit : «Non sollicitée de notre part», donc l'agence n'a sollicité personne d'autre dans ce dossier-là pour savoir qu'est-ce qui était le plus optimal. Et déjà on comprend que Partagec avait fait des démarches pour aller de l'avant avec son projet. Donc, dans la démarche en tant que telle, il y a quelque chose qui ne fonctionne pas.

Et, après ça, on regarde : Novembre 2011 à juillet 2012, réalisation d'analyses et d'études afin de bonifier le projet et de le comparer avec le privé. Donc, c'est comme si on avait reçu une offre du privé, on se dit : Tabarouette! Notre projet est moins bon, ça fait que, là, on va faire des études puis des analyses pour rendre notre projet meilleur parce qu'il faut le faire passer absolument.

Donc, c'est pour ça que je dis au ministre : Ça a vraiment l'air, puis je dis, ça semble être une opération basée sur l'idéologie plutôt que... Puis je comprends que c'est l'ancien gouvernement, mais ça reste que c'est le contribuable qui va payer ça. Et, si on est en train d'investir des millions dans un projet idéologique... Je comprends la réserve du ministre, mais je... Comprenez aussi le cynisme du contribuable, qui se dit : Tabarouette! On est-u encore en train d'investir dans un mauvais projet parce qu'il y a des gens, qui mettent une idéologie de l'avant plutôt que l'intérêt du contribuable, ont pris une mauvaise décision?

Puis je pense que le ministre, oui, aurait l'autorité présentement de dire : Il n'y a pas un sou noir qui va se gaspiller dans un mauvais projet. Parce que vous êtes aussi... Pardon, M. le Président, le ministre est aussi gardien des deniers qu'on va lui confier à la fin de ces études de crédit. Et, moi, ce que je veux de la part du ministre, c'est une garantie qu'on ne mettra pas un sou noir dans un mauvais projet, parce qu'en santé, et il le sait mieux que moi, on a déjà gaspillé trop d'argent dans des projets mal ficelés.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député. M. le ministre, pour une dernière minute 20 secondes.

M. Barrette : M. le Président, écoutez, je ne peux, encore, que souscrire à la plupart des commentaires de mon collègue de La Peltrie. Il fait référence à l'idéologie... Puis je suis un peu d'accord avec lui, M. le Président, parce que, quand on regarde le déroulement de tous les travaux, réflexions, réunions, et ainsi de suite, qui ont lieu dans ce projet-là, on constate que le coeur de ce déroulement-là s'est fait sous le mandat du Parti québécois, là. Dans les vraies, vraies, vraies décisions, là, ça commence en 2012 et ça finit en mars 2014. Et, comme Mme la députée de Taillon l'a bien illustré, et j'y ai fait référence moi-même il y a quelques minutes, l'idéologie, là, ça veut dire que c'est un péché mortel de faire de l'échographie dans une clinique, même si elle est publique, comme c'est un péché mortel d'aller à l'extérieur pour une buanderie. Oui, je suis convaincu qu'il y a de l'idéologie là-dedans.

Je peux m'engager à une chose, M. le Président, je peux m'engager à faire une réflexion qui va aller dans le sens de l'intérêt pécuniaire de la population québécoise, pécuniaire et, évidemment, clinique, là. On ne peut pas enlever l'un de l'autre. Je peux m'engager à expliquer ma décision, lorsqu'elle sera prise, avec des faits. Je peux m'engager à ça, je le fais aujourd'hui, mais malheureusement, M. le Président, on doit me laisser le temps de faire cette réflexion-là. Ça ne me prendra pas trois ans, là, mais c'est une réflexion qui a une certaine urgence, compte tenu des engagements. Elle se fera, et les conclusions seront expliquées à la population.

• (10 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre, ce qui met fin à ce bloc du deuxième groupe de l'opposition. Nous revenons avec un bloc du gouvernement, des députés de la banquette ministérielle, un bloc de 20 minutes. Et j'invite la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré à prendre la parole.

Mme Simard : Merci beaucoup, M. le Président. Et bon matin à... Oui?

M. Barrette : Monsieur... Je m'excuse, Mme la députée.

Mme Simard : Allez-y.

M. Barrette : Est-ce que...

Le Président (M. Tanguay) : Oui?

M. Barrette : ...vous me permettriez de terminer ma réponse précédente?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, avec, évidemment, l'autorisation de vos collègues, ce qui est rapidement fait.

M. Barrette : C'est fait.

Le Président (M. Tanguay) : À vous la parole, M. le ministre.

M. Barrette : Merci. Merci, Mme la députée, merci, M. le Président. Alors, donc, j'en étais, évidemment, à illustrer et à expliquer la... par l'exemple très clair du centre intégré d'oncologie de Lévis, la dynamique qui existe actuellement dans l'organisation des soins, qui est piloté par le Dr Latreille, directeur de... québécoise de lutte contre le cancer. Ici, c'est important pour la population de comprendre l'ampleur de ce que l'on fait. Ce que l'on fait n'est pas simplement une organisation purement bureaucratique des soins. On parle ici d'un sujet qui est évidemment éminemment sensible. Le cancer, malheureusement, est un sujet qui va venir nous toucher — pas tous, mais beaucoup d'entre nous — un jour dans notre vie. C'est un diagnostic qui est dramatique, c'est toujours un choc et ça demande une réaction, de la part de notre système, la plus rapide possible. Quiconque a eu soi-même ou par ses proches à passer par ça sait à quel point cette situation-là est difficile.

Alors, c'est un sujet qui est extrêmement délicat, pour lequel l'État a la responsabilité de prendre soin — c'est vraiment comme ça qu'il faut le dire — correctement de sa population qui est aux prises avec ce genre de problème et, pour le faire, bien, on le sait... on le sait, là, ça, là, qu'un des facteurs qui fait en sorte que les gens passent au travers de cette épreuve-là de la meilleure façon possible est évidemment le courage des citoyens et des malades mais aussi le soutien qu'on leur apporte. Et le soutien qu'on leur apporte, là, ça passe par des choses très simples, qui sont ne pas perturber leur quotidien, très simples, comme avoir accès à tout l'éventail des soins qui doivent être requis par une telle situation en proximité. Ça veut dire avoir accès à des équipes, ça veut dire avoir accès à des médecins, à des médications, à des traitements qui sont complexes ou qui nécessitent des infrastructures qui sont, elles, plus compliquées ou plus dispendieuses à installer.

C'est dans cet esprit-là que la Direction québécoise du cancer a mis en place son plan, un plan qui comprend un registre, un plan qui comprend un suivi, un plan qui comprend une évaluation, un plan qui comprend une structure, qui fait en sorte que les gens ont accès à ces soins-là, et ce qui est à la base est donc de mettre en place des centres intégrés, intégrés voulant dire ici que l'ensemble de l'éventail de soins qui est exigé par les patients dans cette situation inconfortable soit disponible. Une région ne l'avait pas, et c'était Chaudière-Appalaches, c'était la dernière, pour une clientèle qui en a besoin, pas six mois plus tard, immédiatement.

Aujourd'hui, dans la lutte contre le cancer, ça va bien, là, en ce sens que, par exemple en radiothérapie, le cancer est traité dans le délai requis. C'est comme ça, au Québec. Mais il y a des situations, comme la grande région de Québec, où on était sur le bord de ne plus pouvoir respecter des engagements cliniquement reconnus parce qu'on avait un problème de capacité, et je parle ici, évidemment, de la problématique de la radio-oncologie à l'Hôtel-Dieu de Québec, qui ne fournissait plus à la demande. Alors, quand une zone comme Québec n'arrive plus à fournir à sa propre demande et encore moins à la demande avoisinante, bien là, à un moment donné, il y a des décisions qui doivent être prises.

Alors, je reprends encore mon argumentaire sur la base de la difficulté de prendre des décisions. Entre mettre tel type de facilité pour certains soins qui ne sont pas urgents versus investir dans des soins qui sont semi-urgents — parce que ce n'est pas urgent dans la minute, là, mais ce n'est pas quelque chose qui peut attendre un an et demi — bien, à un moment donné, il y a une décision qui doit se prendre, et la décision a été prise de mettre en place et de partir les travaux pour... ou le processus administratif pour mettre en place ce centre intégré là qui va permettre à la population de la Rive-Sud de Québec et de Chaudière-Appalaches — assez loin — d'avoir accès, dans leur secteur, à tout l'éventail.

Et tout l'éventail, M. le Président, là, c'est aussi des infirmières. Vous savez, en cancer, là, quand ça ne va pas bien, un coup que le diagnostic est fait, un coup que le traitement a été planifié, la personne qu'on voit le plus souvent, là, ce n'est pas un médecin, c'est une infirmière. C'est une infirmière qui va vous connaître, qui va être de votre coin. Puis souvent, dans des endroits comme ça, bien, elle va peut-être vous connaître personnellement. Il y a un côté important là-dedans. Il y a un côté, là, de médecine plus personnelle, plus humaine, qui fait en sorte que cette épreuve-là se passe bien.

Dans l'ombre, la Direction québécoise sur le cancer s'assure que la planification est faite, que la qualité est contrôlée, que la médication est appropriée selon les standards de la science d'aujourd'hui. C'est mis à jour régulièrement. Ce n'est pas vu, ça, dans un centre intégré, mais le centre intégré, il est vu par nous. Et nous, notre rôle et notre mission dans ce plan-là, est de faire en sorte que, partout sur le territoire, les gens aient accès correctement à tout l'éventail de soins requis lorsqu'on a malheureusement un diagnostic de cancer. Et c'est la raison pour laquelle cette décision-là a été prise. Et je pense que c'était une décision basée sur la raison et qu'il fallait prendre.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Je cède maintenant la parole à la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré.

Mme Simard : Merci, M. le Président. Bonjour à tous et à toutes. Alors, M. le Président, dans la dernière année, la Commission de la santé et des services sociaux a été sollicitée afin d'étudier le livre blanc sur la création de l'assurance autonomie. Très critiqué et contesté, ce livre blanc a quand même fait l'objet d'un projet de loi et a été déposé à l'Assemblée nationale juste avant la période des fêtes 2013. Ce projet de loi est mort au feuillet avant le déclenchement des élections.

Alors que le Québec se place au deuxième rang, après le Japon, où le vieillissement de la population se fait le plus rapidement, la question des aînés demeure entière. M. le Président, il y a évidemment des coûts à ceci. On voit quelques chiffres dans les crédits. Et j'aimerais entendre le ministre, donc, à l'effet de... lui poser la question suivante, à savoir l'assurance autonomie... Les membres du gouvernement de notre commission n'ont pas assisté à ces auditions. Pour le bénéfice de tous, pouvez-vous faire un topo de ce qui était cette assurance autonomie, s'il vous plaît, M. le ministre?

M. Barrette : Merci, madame...

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la députée. M. le ministre.

M. Barrette : Excusez-moi, monsieur, de vous avoir interrompu, M. le Président. Merci. Merci, Mme la députée. Écoutez, l'assurance autonomie est un sujet qui a occupé une grande partie de l'actualité dans les 18 mois durant lesquels le Parti québécois a occupé le pouvoir. Et un des premiers sujets auxquels je me suis intéressé en arrivant en poste était justement de faire le point, un peu comme le demande Mme la députée, sur l'assurance autonomie.

Parce que, vu de l'extérieur, M. le Président, c'était, et je le constate aujourd'hui... Ça a été, M. le Président... Vous savez, j'ai longuement et abondamment critiqué mon prédécesseur sur la base du fait que les choses qu'il avançait sur la place publique n'étaient pas exactes, et l'assurance autonomie est et sera, à mon avis, un des exemples historiques les plus patents d'écran de fumée politique et de manipulation de l'opinion publique que l'histoire politique du Québec aura vécu.

Moi, là, quand on a commencé à parler d'assurance autonomie, j'ai été extraordinairement étonné de voir non pas la rédaction d'un livre blanc... Un livre blanc, là, a été déposé en 2013, et ce livre blanc là, c'est un livre blanc, c'est une étape dans une réflexion parlementaire et législative qui doit mener, à un moment donné, à un projet de loi, à l'établissement de crédits, établissement d'un financement, de règles d'application, et ainsi de suite.

Quelle ne fut pas ma surprise, M. le Président, de constater, en novembre 2013... Quelle ne fut pas ma surprise et la surprise générale au Québec de constater que le gouvernement du Québec d'alors avait engagé des sommes substantielles, là : on parle ici de plus de 880 000 \$ pour faire une campagne de publicité. M. le Président...

Une voix : ...

M. Barrette : Il va revenir, là?

Des voix : Ha, ha, ha!

• (10 h 30) •

M. Barrette : M. le Président, je vous montre la campagne de publicité, M. le Président, la campagne de publicité qui a été faite, par le gouvernement précédent, sur un livre blanc. Quand est-ce qu'on dépense 880 000 \$, M. le Président, pour faire une campagne de publicité sur un livre blanc? On peut faire une campagne télévisée sur un projet de loi, sur de la prévention, sur de nouveaux aménagements; sur un livre blanc, c'est étonnant.

Laissez-moi, juste comme ça, là, vous amuser, là, de voir ce qu'on aurait pu faire avec ce 880 000 \$ là. On aurait pu, par exemple, opérer pour la cataracte 1 600 personnes, M. le Président, on aurait pu faire 141 chirurgies de hanche, on aurait pu faire 152 chirurgies de genou. Ça représente le coût de six personnes d'hébergement pendant 13 ans, avec une moyenne de 28 mois. Ça représente le soutien à domicile pour 2 000 personnes pendant un an, pour une personne qui a besoin de soutien modéré. Alors, c'est ce qu'on a fait, M. le Président, avec un livre blanc, et ça m'apparaissait complètement inapproprié, et ça l'est encore.

Mais ce qui est pire, M. le Président, et ça, c'est pire et c'est rapporté ce matin dans *La Presse Plus*... Dans *La Presse Plus*, M. le Président, il y a un article qui fait référence au financement du programme d'assurance autonomie, et on constate qu'en 2014-2015, M. le Président, 2014-2015, maintenant, ça allait coûter au Trésor québécois 1,5 milliard de dollars. C'est ça que ça allait coûter. Et on apprend aussi que cet argent-là devait être trouvé à l'intérieur du cadre financier, ce qui signifie qu'il devait être pris à l'intérieur même du budget, ce qui signifie que, pour le faire, il aurait fallu couper l'équivalent en quelque part dans le système. Ça m'amuse beaucoup d'apprendre ça, M. le Président, parce qu'on me pose, depuis mon entrée en poste, la question de savoir ce que je vais faire pour financer ceci ou cela, et on critique les coupures qui s'en viennent, alors que le gouvernement du Parti québécois envisageait un investissement qui était de cet ordre-là, M. le Président.

Pire, M. le Président, en termes... cet engagement-là aurait coûté 4,9 milliards de dollars et, en 2016-2017 — je parle de 2016-2017, ce n'est pas loin, là, pour nous, c'est après le retour à l'équilibre — 2,1 milliards de dollars. Alors, pour moi, là... et, encore une fois, là, 2,1 milliards de dollars à être trouvés à l'intérieur du cadre financier. Alors, moi, M. le Président, là, si ça, ce n'est pas un écran de fumée, bien, je ne sais pas ce que c'est. Écran de fumée, M. le Président, là, ça veut dire dire à la population qu'on va faire une chose qu'on sait qu'on ne peut pas faire. On ne peut pas la faire. Alors, à un moment donné, il y a beaucoup de gens qui ont dit que c'était une action politique pendant 18 mois, à des visées purement électoralistes, mais c'est exactement ça. Et aujourd'hui, nous qui récoltons ces pots-là cassés, il y a des gens qui nous critiquent, alors que nous agissons de façon responsable. Nous, on annonce ce que l'on va faire et on annonce les raisons pour lesquelles on va faire ces choses-là.

Pire, M. le Président, quand on regarde le financement de la campagne de publicité, on constate, là, que ce financement-là a été un transfert de budget d'une activité à l'autre, et ça, ça veut dire qu'on a coupé en quelque part dans le gouvernement. Et savez-vous, M. le Président, où on a coupé pour faire cette publicité-là injustifiée sur un livre blanc? J'insiste, là, ce n'est pas la campagne sur une loi, c'est sur un livre blanc. On a pris 675 000 \$, M. le Président, dans la campagne d'information et de sensibilisation en santé mentale. M. le Président, dans la démonstration des écrans de fumée, là, c'est un oscar. Alors, on a fait croire à la population qu'on était capable de mettre en place un programme dont on n'avait pas le financement, mais pour lequel, s'il avait été mis en application, on aurait dû couper des sommes substantielles année après année, après année, après année. Pour moi, là, à l'époque, citoyen non engagé dans la politique, c'était assez gênant, et ça l'est encore aujourd'hui.

Alors, voilà ce qu'était, M. le Président, l'assurance autonomie telle que véhiculée... pas telle que véhiculée, mais telle que vécue dans la réalité budgétaire du Québec d'alors. Et on comprend aujourd'hui, on comprend aujourd'hui pourquoi le gouvernement précédent, en mars 2013, a annoncé un retour à l'équilibre budgétaire. À l'énoncé budgétaire, en octobre, novembre, de mémoire, là, supposément qu'on s'en allait vers un déficit; et là, en mars, là, il est devenu encore plus grand et, après vérification, il est encore plus grand. Je ne sais même pas, M. le Président, si ces chiffres-là sont inclus

dans le déficit projeté de 7 milliards que le vérificateur a constaté. S'ils ne le sont pas, là, c'est encore plus toxique comme écran de fumée, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Je cède maintenant la parole à la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré.

Mme Simard : Oui, si vous me permettez une autre question à l'attention du ministre. Alors, la Protectrice du citoyen était inquiète quant au financement. L'ancien gouvernement a même reculé sur cet aspect en ne créant pas une caisse autonomie, mais une assurance qui aurait été régie par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Pouvez-vous nous expliquer?

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

M. Barrette : M. le Président, Mme la députée, alors, évidemment, je comprends très bien les commentaires de la Protectrice du citoyen qui, elle, n'était probablement pas informée, évidemment, de l'ampleur des enjeux et de la difficulté qui était... qui sous-tendait tout cet exercice. Encore une fois, M. le Président, ce projet-là est un projet qui était irréalisable et qui a, encore une fois et malheureusement, alimenté et alimentera encore, dans les prochains mois, le cynisme de la population. Le cynisme de la population, ce n'est pas prendre une mauvaise décision ou prendre une décision difficile comme celles auxquelles on s'est adressés ce matin et hier. Le cynisme de la population, il vient du fait que les politiciens font des annonces pour se faire réélire, simplement de façon à, justement, se faire réélire, alors que c'est tout à fait non réalisable.

M. le Président, je vais faire un commentaire supplémentaire sur l'assurance autonomie historique. Mon prédécesseur avait une habitude très développée qui était celle de voyager comme ministre. Il voyageait beaucoup. Alors, il voyageait en France. Et jamais qu'il n'a accepté de dire sur la place publique que son projet était une copie du système français, qui a été mis en place en 2003, M. le Président, dans des circonstances dont tout le monde se rappelle. Rappelons-nous, en 2003, il y avait une canicule en France, il y a des personnes âgées qui étaient décédées à la maison. La France a réagi en mettant en place un programme de soutien aux aînés — qui ne s'appelle pas assurance autonomie, c'est un autre nom, là, comme souvent les Français ont le talent pour créer des nouveaux acronymes, là — mais c'est la copie qu'il a faite.

Mais le ministre de la Santé, lorsqu'il a importé ce programme-là — comme un autre ministre a importé des problèmes et des solutions dans un autre sujet — lorsqu'il a importé le problème, il a omis de dire qu'en France, pour mettre en place le fameux problème, on a eu recours à trois impôts, M. le Président. On a augmenté le niveau de taxation général, la marge, on a augmenté la taxe sur le capital et on a imposé aux entreprises ce que l'on appelle la journée de la solidarité. Les entreprises doivent donner au gouvernement l'équivalent d'une taxe qui équivaut au salaire brut de tous les employés... d'une journée de tous les employés de l'organisation, peu importe la catégorie. Évidemment, le ministre de la Santé, là, n'a pas... il a amené l'idée, mais il n'a pas cru bon de nous informer que, pour la faire, il fallait taxer le monde et il n'a pas cru bon d'informer la population qu'elle n'avait pas les moyens de le faire. Et aujourd'hui on constate qu'il n'a pas cru bon de nous informer qu'il fallait couper dans les services pour le faire. Et il n'a pas cru bon de nous dire que sa gang, autour de lui, lui a dit non, parce que sa gang, autour de lui, a dit : C'est bien plate, là, si tu veux faire ça, tu vas le trouver dans ton cadre financier. C'est ça, la réalité.

Alors, l'assurance autonomie, M. le Président, là — et la Protectrice du citoyen a raison de se demander où ça allait puis comment qu'on allait faire ça — bien, c'était impossible. Et aujourd'hui, bien, les choses sont révélées d'une façon claire et non équivoque. Ça a été l'exercice le plus cynique, à mon avis, de l'histoire du Québec, parce que, un, il n'était pas faisable et, deux, on s'adressait à des gens vulnérables, les personnes âgées du Québec.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Alors, pour les deux minutes restantes, je cède maintenant la parole au député de Papineau, qui pourra peut-être revenir par la suite, au début du second bloc, si d'aventure vous manquez de temps.

• (10 h 40) •

M. Iracà : Oui, probablement parce que j'ai une question avec une mise en contexte, je pense, importante. Puis je suis content, depuis le début de cette commission ce matin, le ministre nous parle des vraies affaires, pour reprendre un slogan très connu au Québec, parce qu'au-delà des chiffres et des mots qui sont dits, et le ministre l'a mentionné, le citoyen, ce qu'il veut, il veut savoir, lui, comment il peut être soigné plus rapidement, comment les urgences peuvent offrir un meilleur service pour faire en sorte que les gens soient soignés plus vite.

Et ma question est en lien avec les infirmières praticiennes spécialisées du service de première ligne. Et déjà, en septembre 2007, le gouvernement du Parti libéral avait incité à initier la formation des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, plus communément IPS-SPL. À ce jour, huit universités dispensent la formation, soit : les universités de Montréal, Laval, McGill, Sherbrooke ainsi que l'Université du Québec en Outaouais, en Abitibi, qui sont parrainées par l'Université McGill; à Trois-Rivières, en partenariat avec l'Université de Montréal; et à Chicoutimi. On se souviendra que, le 14 juillet 2010, notre collègue de Jean-Talon, le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'époque, annonçait le déploiement de 500 postes d'IPS et de SPL dans l'ensemble des régions du Québec au cours des huit prochaines années. Un investissement quand même assez majeur de 90 millions a été consenti afin de soutenir le déploiement de ces IPS, l'une des stratégies retenues pour améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne dont je faisais mention au début.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de Papineau, nous pourrions...

M. Iracà : Oui. Alors, je vais continuer la mise en contexte...

Le Président (M. Tanguay) : Le temps est écoulé, alors vous pourrez revenir lors du prochain bloc. Maintenant, avec votre permission, nous allons passer à l'opposition officielle pour un bloc de 20 minutes, et je cède, sans plus tarder, la parole à la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'aimerais consacrer ce bloc à l'accessibilité aux soins par un déploiement plus intense et plus adapté à la première ligne. Je pense que ça fait consensus au sein de tous les Québécois qu'une bonne façon de bien améliorer l'accès est d'améliorer la première ligne. Et, pour reprendre les analogies qui ont été utilisées un peu plus tôt par rapport aux sous, à bien utiliser les sous, eh bien, je pense qu'effectivement il faut non seulement ramasser nos sous pour faire des dollars, mais bien utiliser chaque sou et chaque dollar, et ça implique de faire participer d'autres professionnels de la santé. Alors, le contexte des IPS, puisque vous alliez l'aborder, c'était aussi évidemment une dimension importante. Donc, je veux faire référence aux IPS, aux pharmaciens, aux GMF et aux autres professionnels.

Alors, en termes d'IPS, quand on regarde un peu l'historique, on se rend compte qu'on avait, dans les promesses, dans les engagements électoraux du Parti libéral, le fait de créer... bien, d'ajouter 2 000 IPS, en fait, au cours des 10 prochaines années, ce qui nous semble souhaitable, mais particulièrement ambitieux. Et je remarque, à la page 131 des plans annuels de gestion des dépenses des ministères et organismes, cette année, qui est pourtant la première année et où on a clairement indiqué un objectif particulier à atteindre, on a un budget de 19 millions qui est alloué pour les IPS, alors que l'an dernier on avait 22 millions pour l'année 2013-2014, à la page 169 du document de 2013-2014.

Quand on regarde un peu l'historique de l'évolution, en 2003, le premier ministre actuel, qui était ministre de la Santé, annonçait la formation et l'embauche de 75 infirmières praticiennes spécialisées dans trois secteurs : néphro, cardiologie et néonatalogie en trois ans. Puis neuf ans plus tard, en 2012, bien, on s'est rendu compte qu'on en avait à peine 52 sur les 75 promises. Pour les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, on a également beaucoup de retard par rapport à ce qui était prévu et à ce qui se fait aussi ailleurs dans d'autres organisations, dans d'autres pays, d'autres provinces.

Alors, ma question, c'est parce que c'était vraiment un objectif du ministre, et la question va être très courte : Combien d'infirmières praticiennes spécialisées allons-nous former en 2014-2015?

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la députée. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, Mme la députée, alors vous touchez là, évidemment, un sujet qui est important. Ça fait partie de nos engagements électoraux, et, comme vous le savez, notre engagement de former 2 000 infirmières en 10 ans équivaut évidemment à une formation moyenne de 200 infirmières par année.

Ceci dit, je reprends votre commentaire, avec lequel je suis d'accord. C'est vrai que, dans... au fil du temps, le rythme auquel on a formé des infirmières praticiennes spécialisées n'a pas été idéal, d'une part. Cependant, il a été en croissance, sauf pour une année. M. le Président, quand je regarde — et je vais vous les énumérer — le nombre d'infirmières en formation sous les deux gouvernements qui nous ont précédés, alors, en 2007, ce nombre-là était de 30; en 2008, de 50; en 2009, de 54; en 2010, de 60; en 2011, de 60; en 2012, de 72; et en 2013, de 58. Alors, on voit que, sous le Parti québécois, M. le Président, il y a eu une diminution inexplicable, malgré des budgets qui me semblent appropriés, du nombre d'infirmières inscrites au programme de formation d'infirmière praticienne spécialisée au Québec.

Maintenant, pour en arriver à notre objectif, il va de soi que des démarches doivent être mises en place, et c'est ce qu'on est en train de faire. Pour passer du rythme actuel à 200, des rencontres, et elles sont en train d'être faites... une certaine réorganisation. Ce n'est pas simplement une question de budget ici, M. le Président, c'est une question aussi de capacité, dans les facultés, de formation, les facultés de sciences infirmières du Québec, tant en nombre qu'en capacité dans les milieux en question, de pouvoir... pas recueillir, mais recevoir un plus grand nombre de candidates à la formation du programme d'infirmière spécialisée.

Moi-même, en campagne électorale, M. le Président, je suis allé dans un des endroits où il s'en forme beaucoup, qui est Trois-Rivières, et, à Trois-Rivières, la doyenne, que j'ai rencontrée à deux reprises d'ailleurs dans la campagne, me faisait état de la difficulté qu'elle avait à augmenter sa capacité. Alors, dans l'année 2014, nous sommes en train de faire les démarches appropriées et les arrangements nécessaires avec les doyens et doyennes de ces facultés-là pour s'assurer qu'on a la capacité, ce qui fait que notre objectif demeure celui d'être 200, mais, faute de capacité, ça se peut qu'on soit un peu en dessous, mais aujourd'hui on travaille encore pour arriver à cet objectif.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Je ferai juste remarquer que le programme d'infirmière praticienne spécialisée implique un programme d'une maîtrise d'une durée de deux ans. Donc, le taux de diplomation en 2013 représente ce qui a été admis en 2011. Donc, je ne ferai pas de procès d'intention là-dessus, mais je ferais juste faire pas de corrélation avec aucun parti politique et le nombre de diplômés au niveau des infirmières praticiennes spécialisées, puisqu'elles ont été admises deux ans et demi plus tôt, ces personnes-là.

Donc, ce qu'on... en tout cas, on s'entend sur l'importance de faire en sorte que ces personnes-là soient plus nombreuses et qu'elles aient aussi la capacité d'être accueillies. Comment vous expliquez alors, dans votre détermination, que, cette année, vous ayez mis un budget de 19 millions, alors que, l'an dernier, il y avait 22 millions?

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

M. Barrette : M. le Président, c'est... Oui, M. le Président. Alors, ça, c'est l'évaluation qui a été faite, et je n'ai pas le détail de l'évaluation. Je ne sais pas si quelqu'un...

Non, ce n'est pas la question, là. La question, c'est que vous me demandez... M. le Président, la députée me demande le «breakdown», là, la stratification du budget, là.

Mme Lamarre : Vous pourrez le déposer quand vous l'aurez.

Des voix : ...

M. Barrette : M. le Président, on m'informe que c'est le montant, effectivement, qui a été budgété et, compte tenu des circonstances actuelles pour l'année 2014-2015 et compte tenu des éléments que je viens de vous expliquer pour ce qui est de la problématique d'augmenter la capacité, le montant a été jugé comme étant suffisant pour cette étape-ci.

Maintenant, M. le Président, je vais revenir sur un point qui est important. Contrairement à ce que la députée de Taillon a dit, je n'ai pas parlé précédemment de diplomation, mais j'ai bel et bien parlé d'inscription. Alors, aujourd'hui, quand on parle de formation, évidemment, on ne parle pas de diplomation mais évidemment d'inscription. C'est ça qui est l'engagement. On veut former, pour les former... On n'annonce pas qu'on va former en deux minutes des gens qui prennent un certain nombre d'années à diplômés. Alors, on parle ici d'inscriptions, et les inscriptions en 2014, évidemment, vont se matérialiser, compte tenu des délais, à l'automne 2014, et conséquemment les sommes qui sont imparties par les inscriptions vont se matérialiser sur une fraction d'une année, ce qui explique aussi en partie le différentiel budgétaire, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

• (10 h 50) •

Mme Lamarre : Alors, on comprend que c'est 50 infirmières praticiennes spécialisées qui, actuellement, sont diplômées chaque année, et, pour atteindre notre objectif, ça en prend quatre fois plus. Ce qu'on dit, c'est qu'il y a également beaucoup de difficulté pour les infirmières à se trouver des milieux de stage, à être accueillies dans différents sites de travail.

Qu'est-ce que, concrètement, vous allez apporter? Il y a différentes solutions, mais différents obstacles aussi par rapport aux actions que les IPS peuvent poser au niveau professionnel. Quelles sont les actions concrètes que vous comptez faire et dans quel délai?

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

M. Barrette : M. le Président, là, Mme la députée fait référence à deux éléments dans sa question qui ne sont pas dans le même champ réglementaire. D'une part, elle me dit qu'il y a des obstacles à l'accès à des stages de formation, ce qui est vrai. Actuellement, il y a une problématique, à laquelle on s'adresse maintenant, pour ce qui est de l'accès aux stages, et c'est une problématique réelle, que je ne nie pas du tout. Vous avez raison, c'est une problématique. J'ai aussi dit dans les deux dernières périodes qu'actuellement nous étions en période de refonte du cadre de gestion des GMF. Et on sait que les GMF, particulièrement pour les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, ce qu'on appelle communément les IPS-SPL, alors, pour ces infirmières-là, évidemment, le stage en première ligne est majeur. Alors, dans la refonte de notre cadre de gestion qui sera présenté, la version finale sera présentée à l'automne de cette année, il y aura des éléments spécifiques pour s'assurer que les infirmières aient accès à un stage.

Pour ce qui est du champ réglementaire, bien là, d'activité des infirmières praticiennes, je suis un peu étonné de l'inquiétude de la députée. Et je l'inviterais à me poser des questions plus précises, parce que cette chose-là, à ma connaissance, est bien connue des programmes de formation. Et, s'il y a des champs d'activité qu'elle juge qu'on devrait modifier, bien, je l'invite à me faire des suggestions, et on les prendra en considération. Et on la reverra après discussion avec les autorités compétentes, parce que, Mme la députée ayant été elle-même, dans le passé, présidente d'un ordre professionnel, elle sait très bien que ce dossier-là se traite dans le cadre des relations qui lient les ordres professionnels sous, évidemment, notre législation qui est l'Office des professions du Québec.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée.

Mme Lamarre : Dans un article de *La Presse* du 5 avril 2014, M. le Président, on évoquait six... en fait, on présentait six freins à la profession des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne et, parmi ceux-là, on citait ceux dont on a déjà parlé : la réticence de certains médecins... je ne dirais pas de tous les médecins, parce qu'on a des médecins... mais il y a quand même une réticence.

Il y a également des coûts importants actuellement. Lorsqu'on introduit une infirmière praticienne dans une équipe de santé, on sait qu'il y a des frais de 30 000 \$ pour la supervision de l'infirmière et des frais de 30 000 \$ pour l'organisation matérielle autour d'elle. La formation, dont on a parlé, les stages, les listes de médicaments prescrits, les traitements. Donc, l'infirmière praticienne ne peut pas amorcer certains traitements et elle ne peut pas non plus traiter les patients qui sont victimes, là, d'un problème au niveau de la CSST ou de la SAAQ.

C'étaient quelques éléments, mais ce dont je veux... Je formulerais plus précisément ma question, parce que ça, c'est, je pense, une dimension dont on aura l'occasion de se reparler, M. le ministre, mais je pense que, si, concrètement,

on veut réaliser le 2 000 infirmières praticiennes spécialisées, on se rend compte que, pour former 200 diplômées au lieu de 50, il va falloir agir aussi au niveau du ministère de l'Éducation.

Alors, est-ce que le budget du ministère de l'Éducation a été augmenté en fonction de cet objectif d'atteindre le 2 000 IPS?

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, je suis très heureux du commentaire qui vient d'être fait.

Maintenant, je ferai deux commentaires, le premier sur l'introduction à la question qui a été énoncée par Mme la députée de Taillon. M. le Président, elle a fait référence à la conclusion de toutes les discussions qui ont eu lieu pendant des années entre les ordres professionnels, et les ordres professionnels ont conclu là-dessus. Alors, je n'ai pas entendu de suggestion, j'ai entendu un état de situation, alors que, dans la question précédente, il y avait une inquiétude. Alors, comme ce à quoi elle fait référence, c'est d'abord et avant tout ce qui existe actuellement et qui a été convenu entre les ordres professionnels, j'imagine qu'au moins en date d'aujourd'hui la députée de Taillon est satisfaite de l'état de situation pour ce qui est du champ de pratique des infirmières praticiennes, même s'il est possible qu'elle souhaite que ce champ-là s'élargisse. Mais, encore une fois, dans un tel cas, bien, il faut renvoyer ça aux ordres professionnels parce que c'est à eux que ça appartient.

Maintenant, pour ce qui est de l'implication du ministère de l'Éducation, M. le Président, la députée de Taillon a tout à fait raison. Et cette discussion-là a déjà été faite au Conseil des ministres et en privé entre moi et le ministre de l'Éducation, qui est évidemment bien au fait de la situation. Et, pour avoir des réponses du côté de l'Éducation, bien, j'invite la députée à pouvoir aller discuter de ce sujet-là dans l'étude des crédits de l'Éducation. Il y a des travaux et des réflexions qui sont en cours, mais clairement, M. le Président, l'Éducation doit être impliquée puisque la formation ne relève pas de la Santé, mais bel et bien de l'Éducation, comme l'a bien dit la députée de Taillon.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, est-ce que le ministre peut nous indiquer de combien il va augmenter le budget des IPS en santé l'an prochain?

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

M. Barrette : M. le Président, avant d'augmenter le budget des IPS en santé l'année prochaine, bien, il faut voir si on a plus d'IPS. Alors là, actuellement, la situation étant ce qu'elle est et le temps que ça prend pour former des IPS, on ne va pas passer, en une année, de 75 infirmières, par exemple, à 250 au Québec. Alors, le budget est en fonction des praticiennes qui sont en exercice, et aujourd'hui je n'ai aucune indication de qui que ce soit qui me permet de prévoir une montée fulgurante du nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en pratique au Québec. Si ça arrive, les budgets seront ajustés en conséquence.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée.

Mme Lamarre : Merci. Donc, à la lumière de ce que vous savez maintenant, est-ce que vous maintenez l'objectif de 2 000 infirmières praticiennes spécialisées en première ligne d'ici 10 ans?

M. Barrette : Absolument.

Mme Lamarre : Et est-ce qu'on peut vous demander une perspective d'ici cinq ans?

M. Barrette : Notre engagement, il est très clair, il est formel, il est de 2 000 en 10 ans. Alors, vous savez évidemment, et vous comprendrez le sens de ma réponse, pour ce qui est du déroulement dans le temps de la formation et de la diplomation des infirmières praticiennes spécialisées, là, ça devient de la divination.

D'ailleurs, à cet égard, M. le Président, je vais vous donner un exemple ou des exemples. Je rencontrais récemment des gens qui sont dans la formation de niveau cégep du personnel professionnel en santé : inhalothérapeutes, infirmières, technologues de laboratoire, technologues en radiologie diagnostique. C'est ça, essentiellement, le personnel. Et je leur ai posé la question : Est-ce que ça a changé par rapport au temps où j'étais plus jeune? Est-ce que les jeunes, maintenant, quand ils entrent dans le programme, finissent plus qu'avant? Parce que les gens ne savent pas une chose, les gens ne savent pas que les jeunes entrent dans un programme — c'est un peu un essai, puis c'est correct, c'est un facteur humain — lorsqu'ils arrivent en stage, bien, ils se rendent compte que, dans la pratique quotidienne, ce n'est pas exactement ça qu'ils veulent. Ils changent de programme, puis là ils aiment la santé, puis ils changent de programme, d'un programme à l'autre.

Mais savez-vous, M. le Président, et je pense que Mme la députée le sait, que le taux de diplomation dans les techniques en santé au cégep au Québec est encore de l'ordre de 70 % par rapport à l'entrée? Alors, c'est assez difficile de faire des prédictions quand tout le monde fait des efforts pour avoir un taux de diplomation qui se rapprocherait du 90 %, idéalement du 100 %. Ça serait le fun de voir qu'on pourrait planifier les effectifs en fonction d'une formation qui est plus grande, surtout dans cette période-ci. Malheureusement, on n'y arrive pas pour des facteurs purement humains.

Alors, moi, là, quand on me demande de prédire quelle année, en 2018, en 2021, bien, quand je prends l'ensemble de l'oeuvre de la formation médicale du Québec et de la population étudiante qui est inscrite là-dedans — et je ne fais aucune critique — bien, ça serait très hasardeux pour moi d'arriver aujourd'hui puis dire : En 2019, au 20 juin, là, il va être sorti 244 infirmières praticiennes spécialisées. Notre engagement est de 2 000 sur 10 ans, il reste, et c'est là-dessus qu'on va travailler intensément.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée, pour deux dernières minutes.

Mme Lamarre : Alors, je ne prendrai pas toutes mes minutes. Je vais juste conclure en disant : Écoutez, c'étaient deux engagements importants, les 50 mégacliniques privées et les 2 000 IPS. Je vous avoue que je considère que c'est un petit peu flou comme priorité et qu'il n'y a pas de plan précis actuellement. Donc, on espère certainement avoir des éléments beaucoup, beaucoup plus précis parce qu'on a déjà un retard. Ailleurs, aussi proche que l'Ontario, il y a 2 477 infirmières praticiennes spécialisées déjà. Et notre système de santé a bien besoin de tous les autres professionnels. Alors, je garderai le bloc des pharmaciens pour le prochain bloc, M. le Président.

• (11 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Donc, on pourra reporter 1 min 10 s sur le prochain bloc. Nous sommes maintenant rendus au bloc du gouvernement pour un 20 minutes, et j'invite le député de Papineau avec la suite et fin de sa question.

M. Iracà : Bien, compte tenu que le sujet des IPS a été, je pense, abordé quand même en long et en large, alors, je vais céder la parole à mon collègue, là, M. David Birnbaum.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député de Papineau, de m'inviter à céder la parole au député de D'Arcy-McGee. Je vous en prie.

M. Birnbaum : Merci, M. le Président. Collègues du côté ministériel, collègues de l'opposition, deuxième opposition et le député de Mercier, M. le ministre, membres du cabinet, tous les membres de la haute fonction publique. Bon, ça fait bon pour la santé de courir d'une commission à l'autre. Ils font travailler fort les députés recrutés.

J'aimerais parler de l'optimisation de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux pour la communauté anglophone. On aimerait se rappeler qu'on parle de presque 1 million de Québécois et Québécoises qui sont très fiers de maîtriser le français mais qui sont plus à l'aise en anglais. Moi, j'étais très fier, en étant le directeur général d'Alliance Québec, dans les années 90, d'avoir collaboré de très près avec, bon, l'ancienne ministre Louise Robic ainsi que l'ancien ministre Christos Sirros des gouvernements libéraux qui ont entériné des amendements à la Loi sur les services de santé et services sociaux qui comprenaient des garanties, contenaient des ressources pour la communauté anglophone du Québec, qui fait toujours l'envie des autres juridictions au Canada. Les francophones et Acadiens hors Québec seraient très privilégiés d'avoir ces mêmes droits d'accès. Alors, voilà, on a en place une loi qui entérine les services essentiels.

J'étais aussi fier, et on peut en témoigner tout le monde, d'avoir mené un sondage pendant ce temps-là où c'était clair qu'il y avait presque quatre sur cinq des Québécois, toutes origines confondues, qui étaient très à l'aise avec notre régime qui continuait à comprendre ces garanties là où les ressources sont disponibles.

Il me semble qu'on peut s'inquiéter que les derniers 18 mois avant l'élection de notre gouvernement aient fait en sorte qu'on a vu quelques dérapages en ce qui a trait à ces services-là. Je me permets de signaler trois articles dans les médias qui parlaient de ce problème-là. Donc, je vous lis les manchettes : *Family furious over language spat during emergency*. Plus tard au mois d'octobre 2013, *Dying war vet ordered to speak French at Hull Hospital*. Le 17 janvier 2014, *Woman claims she was told to leave hospital and province for requesting English services*. Vous allez vous rappeler qu'un ancien premier ministre du Québec a dit très clairement que, lorsqu'on cherche un test, un dépistage de santé, on ne devrait pas subir un test de notre capacité dans une deuxième langue. Quand on est en situation de crise, on ne parle pas d'une question politique, on parle d'un besoin réel de se procurer des services.

Bon, un autre incident qui est très inquiétant, qui est survenu le 17 janvier dernier : une femme est entrée à l'urgence à l'hôpital de Verdun en ambulance en raison de douleurs à la poitrine. Sa condition était évidemment sérieuse. Il était important pour elle de comprendre l'information dispensée par les intervenants de l'établissement afin de recevoir les soins nécessaires, c'était une question de sécurité. La patiente ne comprenait pas le français. Conséquemment, son conjoint a demandé poliment à l'infirmière au triage de fournir des explications en anglais afin qu'elle soit en mesure de comprendre ce qui se passe. Et je tiens à noter qu'on ne parle pas d'une obligation d'un employé personnel, on parle d'une obligation selon les contraintes des... les ressources disponibles, une obligation institutionnelle d'être en mesure de parler au client dans sa langue. Bon, l'infirmière s'est obstinée à lui répondre en français, la situation a dégénéré, et la patiente et son conjoint se sont fait escorter hors de l'hôpital avant que la patiente puisse recevoir les soins.

Bon, on va en convenir, tout le monde, que la bonne volonté, le professionnalisme s'imposent dans 99 % des cas, mais, quand même, on parle d'une grande préoccupation. Et on va s'entendre que ce n'est pas le genre d'incident qui est acceptable dans une société moderne qui privilégie notre langue commune mais qui est une société d'accueil des gens de toutes cultures. Et j'espère qu'on puisse comprendre qu'on parle des exceptions.

Tout ça qui m'amène à demander, M. le Président, au ministre : What does the new Minister of Health and Social Services plan to do in order to protect English speakers' access to health care services?

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

M. Barrette : M. le Président. M. le député de D'Arcy-McGee, je vous remercie d'être ici pour me poser cette question-là. Et, comme vous, lorsque j'ai pris connaissance dans les journaux de ces trois épisodes-là, j'étais personnellement un peu gêné. Évidemment, je n'étais pas dans cette position-ci à ce moment-là, mais j'étais quand même en pratique, et c'est le genre de chose, M. le Président, qui n'est pas acceptable. Il est possible, il est possible... Et le député de D'Arcy-McGee le dit bien, là, la question ici n'est pas de savoir si 100 % du personnel est capable de s'adresser en anglais à la population anglophone du Québec. La question est, et il l'a très bien dit, de s'assurer que l'institution puisse avoir les ressources nécessaires dans ces circonstances-là pour que la personne puisse être traitée, surtout dans une situation critique, dans sa langue. J'imagine le désarroi qu'une personne unilingue anglophone peut ressentir en arrivant dans une urgence avec une symptomatologie faisant penser à une crise cardiaque puis en se faisant dire : Allez-vous-en parce que vous ne parlez pas le français. Alors, ça, c'est quelque chose qui est complètement inacceptable, et il est clair que nous allons rappeler à tout notre réseau l'obligation de faire en sorte que l'accès soit disponible.

On le fait d'ailleurs dans d'autres langues. Moi, j'ai pratiqué dans un hôpital dans l'est de Montréal où on avait des gens qui parlaient italien, qui parlaient espagnol, qui parlaient anglais. Il y a une communauté vietnamienne assez présente dans cette région-là, dans cette zone-là, puis on avait des interprètes. Je ne dis pas qu'on doit avoir des interprètes pour les centaines de langues qui existent sur la planète, mais je pense que, dans cette situation-là, c'est tout à fait inacceptable, et clairement le gouvernement va rappeler, entre guillemets, à l'ordre son réseau pour faire en sorte que cet accès-là existe. Évidemment, il y a des circonstances qui sont plus exceptionnelles, il y a des régions où c'est peut-être plus difficile, mais là, ici, on parle évidemment de la grande région de Montréal et de Hull, où on ne peut pas dire que ce n'est pas une réalité qui soit connue.

M. le Président, je tiens à reconnaître ici les efforts de la communauté anglophone pour parler français; c'est quelque chose qui est important. Le député de D'Arcy-McGee en est la preuve et y faisait référence il y a quelques instants. Je vis moi-même dans une zone mixte sur l'île de Montréal, je suis député d'un comté, La Pinière, où il y a une population qui vient... il y a 67 communautés culturelles, et les efforts qui sont faits par la communauté anglophone de souche et les communautés culturelles pour s'intégrer en français au Québec sont à être reconnus; c'est vraiment un succès. Et je dois aussi prendre un moment... Et je dois aujourd'hui prendre un moment pour le reconnaître et rassurer la population anglophone que, oui, notre gouvernement a l'intention de s'assurer qu'il y ait accès à cette population à des services en anglais.

If you would allow to express myself in a few words in English, I need to reassure all the English-speaking community in Québec that it is, in our system, a rule by itself that each and everybody should have access, in those situations, to their... to proper care in a language that they can understand. And, as regards to English, it is necessary, and we have part of our networks who are offering those services in English. We can think, obviously, about... of the McGill community network, and this is something that already exists. But, that being said, clearly, when a patient who is speaking English only is presenting himself or herself to an emergency room, it is a responsibility for each and every hospital in this province to be able to offer the services and make sure that proper communication is in place so that the patient will not suffer from deterioration because of a lack of communication skills. So, it is the responsibility of each and every hospital to provide those services, and it is my engagement here to make sure that no one is not treated correctly because this occurs, and each and every one in a dire situation can have access to proper care in English.

• (11 h 10) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Oui, M. le député de D'Arcy-McGee.

M. Birnbaum : Merci, M. le Président. Si je peux me permettre une petite question complémentaire, on va en convenir, qu'on parle des services de disponibles compte tenu des ressources et des contraintes, mais en même temps on parle d'un service incontournable, qui est disponible, je vous le rappelle, en région, où se trouvent les gens qui parlent anglais, en Basse-Côte-Nord, Gaspésie, les Cantons-de-l'Est, partout au Québec, et c'est selon un régime de plan d'accès aux services en anglais.

J'aimerais peut-être que le ministre puisse élaborer juste un tout petit peu, parce qu'il y a des régions où on parle d'un seul service ou deux, une autre fois une obligation institutionnelle, pas sur l'individu, tout en respectant la Charte de la langue française, évidemment. À titre d'exemple, il y a des régions où il y a une ressource d'identifiée dans le plan d'accès pour les jeunes toxicomanes. Vous allez comprendre qu'en détresse on a besoin de... le service n'est pas pertinent si ce n'est pas dans notre langue. Alors, j'aimerais peut-être inviter, si je peux, M. le Président, au ministre d'élaborer sur l'accès à ces services avec ces contraintes tout à fait réalistes en région.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député. Alors, vous avez raison, M. le député. Alors, c'est vrai qu'au ministère il y a des zones où il y a une responsabilité plus pointue ou une obligation plus pointue d'offrir des services dans les deux langues, et, comme vous l'avez dit avec justesse, ces zones-là sont identifiées et sont tributaires, évidemment, de la densité populationnelle anglophone. Alors, on a à penser, évidemment, par exemple, à l'Ouest-de-l'Île de Montréal, à certaines zones de la Rive-Sud de Montréal mais aussi en Estrie. En Estrie, par exemple, si vous allez à Sherbrooke, il y a des consignes qui sont très claires. Et il y a déjà eu des interventions, d'ailleurs, du gouvernement libéral dans le passé à cet effet. Il doit y avoir, dépendamment de la région, la totalité ou au moins une grande partie des services qui soient en tout temps disponibles en anglais.

Maintenant, évidemment, plus la densité populationnelle anglophone diminue, plus il est difficile de pouvoir garantir l'accès en anglais dans tous les secteurs des soins de santé offerts au Québec, mais des efforts sont faits pour s'assurer qu'il y ait des solutions de rechange et des efforts seront maintenus pour que ce soit en ce sens.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ça complète, M. le député? Merci. Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole au député de Sainte-Rose pour un temps restant d'un peu plus de six minutes.

M. Habel : Merci beaucoup, M. le Président. Le Vérificateur général a soumis un chapitre, le chapitre 6, sur les médicaments et services pharmaceutiques. À la lumière de ses analyses, le Vérificateur général a émis des recommandations. Le ministre peut-il nous expliquer les démarches qu'il souhaite mettre en place suite à ce rapport?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, si le député est d'accord, j'aimerais passer la parole à un de mes sous-ministres associés, adjoints, qui va vous faire l'état de la situation, puisqu'évidemment, dans le rapport du Vérificateur général, on fait état de situations qui me précédaient, et M. le député aura sans doute des réponses plus précises à ce sujet-là qu'il n'en aurait de moi.

Le Président (M. Tanguay) : Juste avant de procéder, j'ai besoin du consentement pour que l'on puisse céder la parole au sous-ministre. Est-ce que j'ai le consentement, chers collègues? Oui?

Mme Lamarre : ...entendre le ministre s'exprimer sur ce dossier-là.

Le Président (M. Tanguay) : Donc, vous refusez le consentement à ce que l'on entende le ministre? Parfait. Alors, il n'y a pas... Alors, M. le ministre, la députée de Taillon s'objecte, il n'y aura pas de consentement. Alors, M. le ministre, à vous la parole.

M. Barrette : Alors, M. le Président, le Vérificateur général, dans son rapport, en ce qui a trait aux médicaments et à la pharmacie, a fait plusieurs commentaires sur les services pharmaceutiques eux-mêmes et sur le coût des médicaments. Est-ce que, M. le Président, le député pourrait préciser s'il y a un élément qui est plus particulier de ces deux éléments-là, par exemple, auquel il veut s'adresser... ou il veut que je fasse une réponse sur l'ensemble de la chose?

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, je me tourne vers le député de Sainte-Rose. M. le député.

M. Habel : Ce serait sur l'ensemble.

Le Président (M. Tanguay) : Sur l'ensemble. Merci. M. le ministre.

M. Barrette : Très bien. Alors, M. le Président, le Vérificateur général, lorsqu'il a fait sa vérification et qu'il a fait son rapport, il s'est adressé à un certain nombre d'éléments, des éléments qui sont généralement connus et qui sont pertinents, évidemment. Et, comme l'a dit la députée de Taillon, c'est un sujet qui est très important et qui a de grandes conséquences pour notre système de santé.

Alors, je vais commencer par le premier, sur lequel, d'ailleurs... à propos duquel, d'ailleurs, j'ai été questionné en Chambre par le député de La Peltrie, à savoir les ristournes qui sont offertes ou distribuées aux pharmaciens d'hôpitaux. Et je fais une parenthèse, M. le Président, parce qu'ici il faut se rappeler que la vérification s'est faite à propos des activités en établissement. On sait que, dans le monde de la pharmacie, il y a des pharmaciens, qu'on qualifie, d'officine qui... ce sont des pharmaciens qui pratiquent dans des pharmacies à l'extérieur de l'hôpital, et il y a des pharmaciens qui ont un profil de pratique différent, qui sont des pharmaciens d'établissement de santé. Alors, ce sont des... ces pharmaciens-là ont une pratique qui n'est évidemment pas du tout commerciale, qui est liée exclusivement à l'activité hospitalière. Alors, ces pharmaciens-là ont aussi la responsabilité... diverses responsabilités dans un hôpital, et, parmi ces responsabilités-là, il y a évidemment les approvisionnements, il y a la responsabilité, évidemment, du contrôle de qualité, il y a aussi une responsabilité en termes d'administration — l'administration, je veux dire donner, là, des médicaments à certains patients — dans un hôpital. Et, quand on regarde le volet approvisionnement, pas simplement le coût, le Vérificateur général a relevé, dans les hôpitaux visités, certaines irrégularités.

Alors, on rappellera, M. le Président, parce que je pense que c'est important... on rappellera que le vérificateur a vérifié quatre hôpitaux. Et d'ailleurs il a bien dit qu'il serait potentiellement difficile d'extrapoler à la grandeur du réseau, mais néanmoins il insistait sur le fait que, dans ces hôpitaux-là, il avait constaté que des ristournes étaient payées aux pharmaciens. Et je ne parle pas aux pharmaciens individuellement, là, mais au département de pharmacie, qui est sous l'autorité d'un chef de département, les pharmaciens y étant membres d'un CMDP, là — le P vient pour «pharmaciens» — et le chef de département a la responsabilité d'appliquer les règles, lois et règles, les règlements qui existent dans nos institutions. Alors, il est interdit, normalement, pour les compagnies, un, de faire de la sollicitation dans les murs, normalement c'est une règle qui doit être appliquée à l'intérieur de tous les centres, et il est certainement interdit de donner des ristournes pour quelque raison que ce soit aux pharmaciens, au sens large du terme, dans l'organisation. Et le Vérificateur général commentait ce fait parce qu'il existait, et j'ai été questionné là-dessus avec justesse parce qu'effectivement c'est une chose qui ne devrait pas se faire et qui ne doit pas se faire. Et d'ailleurs, à cet effet, une action a été prise, les gens ont été avisés de respecter la loi.

Ceci dit, le Vérificateur général a quand même mis un bémol. Et je ne veux pas, moi, mettre ce bémol-là, je ne rapporte que le bémol du Vérificateur général, qui disait : Au moins, même dans l'irrégularité, ça sert à la formation.

Mais ce n'est pas une excuse qui est valable. La loi dit que ces ristournes-là sont interdites, et elles doivent l'être. Et ceux qui ne le font pas devraient le faire.

Maintenant, le Vérificateur général aussi s'est adressé à la problématique des coûts et il a identifié un certain nombre d'événements, ou d'épisodes, ou de relevés faisant référence à un différentiel très élevé de coûts dans l'achat d'un médicament dans une institution par rapport à une autre institution, et ça, c'est vrai, et j'expliquais... Et lui-même y faisait référence, le Vérificateur général. Vous savez le processus d'achat de médicaments qui passe par le grand processus d'approvisionnement au Québec. Et le grand processus d'approvisionnement au Québec, pour certaines fournitures liées à la médecine, et ça inclut les médicaments, passe par des achats en commun. Les groupes d'achat en commun ont une mécanique de négociation qui fait en sorte qu'essentiellement — et je vous donne ça sommairement — on y va par vagues, et on y va par vagues avec un volume, en général, croissant. On commence par demander un prix sur le marché. C'est un appel d'offres tout à fait normal, selon les règles de l'appel d'offres. On lance le marché, on lance le premier appel d'offres et on fait sortir les prix, et les concurrents, évidemment, se regardent. Et là, après ça, on y va avec une autre vague, et là les gens se sont regardés, et là les prix baissent. Puis, on y va avec une troisième vague, et là les prix baissent encore mais pour un plus grand, plus grand, plus grand volume.

Alors, quand on fait ça dans une région ou un regroupement de régions, ça peut donner un score, et, quand on fait ça dans un autre groupe, ça peut donner un score légèrement différent, qui, en général, n'est pas très différent, sauf dans certaines circonstances. Par exemple, si on fait un achat regroupé dans une période temporelle où le médicament innovateur n'est pas rendu encore à l'époque... à une période où le générique est disponible, bien le médicament innovateur, lui, là, bien, écoutez, il va sortir plus cher. Et, quand on arrive dans la partie générique, bien là il y a une période un peu de flottement, de négociation, et là on peut voir les différentiels.

Le vérificateur avait raison de dire qu'on doit s'adresser à ça et faire en sorte qu'on soit toujours le plus efficace en négociation pour aller chercher le meilleur prix possible, mais, dans ce qui a été rapporté par le Vérificateur général, il y avait des données qui, pour un observateur pas nécessairement moins informé mais qui ne lit pas ça à tous les jours, pouvaient apparaître problématiques.

• (11 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : Malheureusement, c'est tout le temps que nous avons pour ce bloc. Je cède maintenant la parole pour un bloc de 16 minutes au député de Mercier.

M. Khadir : Merci, M. le Président. M. le ministre, au chapitre du coût des médicaments, on vient de discuter brièvement du rapport du Vérificateur général. J'aimerais juste attirer votre attention sur le fait que, s'il existe des petits différentiels entre les prix obtenus par différents consortiums d'achats groupés — il en existe, je pense, encore quatre, à une certaine époque, c'était 19 — bien, quand on fait le bilan des 15 dernières années, c'est-à-dire en partant à partir du moment où on a introduit le régime d'assurance médicaments public qui couvre 40 % de la population, puis on compare la moyenne des prix payés par la RAMQ, ce que la RAMQ rembourse pour les médicaments de prescription et les prix obtenus par ces consortiums d'achat — d'ailleurs l'ancien président de l'Ordre des pharmaciens, M. Bussièrès, a déjà écrit tout un chapitre là-dessus dans son livre qui s'appelle *L'apothicaire*, qui fait le bilan des 100 dernières années de... enfin, de la pratique de la pharmacie au Québec — vous seriez peut-être étonnés d'apprendre que les hôpitaux, donc l'administrateur intermédiaire, réussissent quand même à obtenir en moyenne 30 %, parfois jusqu'à 40 % de réduction par rapport à ce que l'administrateur principal, c'est-à-dire l'État, le ministre de la Santé, paie comme coût des médicaments. Ça, à mon avis, c'est proprement scandaleux, parce que, si on fait le... Sur 15 ans, là, dans la facture de la RAMQ, ça peut... juste «on the top of the head», là, parce que la facture est passée de 1 milliard à 3 milliards de 1998 à 2010-2011 puis ça s'est stabilisé, ça peut représenter des économies de 10 milliards de dollars, si vous faites des calculs rapides, si l'administrateur principal, l'État, avait écouté les groupes populaires, les gens comme nous qui, dès 2006, on est allés dire : Faisons quelque chose du style de la Nouvelle-Zélande ou encore de l'Ontario, négocions collectivement de meilleurs prix.

Mais je reviendrai là-dessus, si vous permettez, un peu plus tard. Moi, je veux vous parler des contrats du CHUM, des contrats en PPP qui vont nous coûter un bras. D'abord, je vais soumettre à votre équipe un dossier qu'on a remis à l'UPAC en juin dernier, parce qu'on connaît tous les irrégularités entourant l'octroi du contrat du CUSM avec M. Arthur Porter et le scandale entourant les pots-de-vin payés par SNC-Lavalin. Maintenant, le contrat du PPP pour la réalisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et de son centre de recherche sont aussi entourés d'irrégularités. Il y a des pratiques dans l'octroi... Enfin, on fait la chronologie dans le document que je veux vous présenter. Depuis 2000 jusqu'aux alentours des années 2009 où il y a eu toutes ces, disons, tractations, il y a d'importantes pratiques qui ont toute l'apparence de pratiques collusoires entre les différentes firmes qui ont finalement obtenu le contrat.

Je veux vous présenter... Ce que je voulais en venir avec vous, parce que je sais que vous êtes soucieux de faire des économies pour votre gouvernement, d'accord, c'est... Dès 2009, il y a une étude britannique qui s'est penchée sur une expérience britannique qui est beaucoup plus longue que nous pour les PPP, qui est partie de l'exemple de l'hôpital Norfolk and Norwich University Hospitals, 987 lits. À partir des éléments obtenus dans ce contrat, l'analyse qui a été faite par un spécialiste d'une des universités britanniques, on a pu démontrer qu'il y a des contrats... 217 millions de dollars d'économies que le gouvernement pourrait faire en rachetant le contrat de PPP, parce que, sur le long terme, le gouvernement est perdant. En fait, il y a eu une extrapolation faite à partir de la même analyse sur l'ensemble des contrats en PPP en Grande-Bretagne pour démontrer que la Grande-Bretagne pourrait aller chercher des économies de l'ordre de 3 milliards de dollars en rachetant ces PPP parce que... pour un total... Je m'excuse, plus que 3 milliards. Qu'est-ce que je dis là? Pour un total de projets... Ah oui! Je l'ai ici! Pour un total, valeur... 717 projets en PPP en Grande-Bretagne qui ont une valeur totale de 55 milliards de livres en termes de capital, au bout des 30 ans ou 25 à 30 ans des contrats, si on fait le calcul, ça va coûter au trésor public 300 milliards de dollars, six fois le prix. Donc, les chercheurs disent : Faisons quelque chose.

En fait, ça, c'est un article du *Guardian* que je vais vous soumettre. J'ai fait... Je suis monté tout à l'heure parce que je me suis aperçu que vous aviez peut-être besoin d'une petite revue de littérature là-dessus.

Alors, ce que j'allais dire : Ce n'est pas juste en Grande-Bretagne. En France, c'est la même chose. Le Centre hospitalier sud francilien, le consortium demande des rallonges de 100 millions d'euros pour finir de construire l'hôpital. Donc, le contrat qui était supposé nous coûter moins cher et fermé, ça ne s'avère pas, parce que, là, on est pris à la gorge. Le consortium dit : Il n'y a pas moyen, il faut absolument que vous rallongiez de l'argent. Avec une hausse de loyer de 29 à 43 millions par année sur 10 ans, ça fait 140 millions. Quand on fait le calcul, les autorités publiques en France sont à même... Enfin, ils peuvent racheter le contrat à 80 millions, ils vont faire des économies de 160 millions juste sur un hôpital.

Alors, je vous demanderais, M. le ministre, de me dire si, selon vous, d'après ce qu'on voit depuis le début de cette idée des PPP... Est-ce que vous êtes capable de nous assurer que les contrats en PPP qu'on a donnés à des consortiums, souvent liés à des firmes d'ingénieurs qui ont financé je ne sais pas quel parti, peut-être Québec solidaire... si au bout du compte ça va coûter finalement comme, je veux dire, en Angleterre et en France, cinq à six fois le prix, ou bien on va rentrer dans notre argent, vous qui êtes bon en mathématiques médicales?

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, merci, M. le député de Mercier. Quant au document auquel vous avez fait référence, est-ce que vous voulez qu'il soit distribué?

M. Khadir : Absolument, à tous mes collègues, parce que...

Le Président (M. Tanguay) : D'accord. Alors, on va techniquement s'arranger pour que ce soit distribué. Alors, M. le ministre.

M. Barrette : Bien, M. le Président, M. le député, alors, bien, d'abord je vous remercie de vous soucier de mon éducation industrielle continue.

M. Khadir : Ce n'est pas la première fois.

M. Barrette : Ce n'est pas la première fois. Alors, c'est correct, c'est bon. Les débats parlementaires ne sont pas toujours contradictoires mais peuvent être l'objet d'échanges d'information pertinente. Alors, moi, je reçois évidemment avec intérêt les documents que vous nous déposez. Quand je vous écoutais, le premier sentiment qui m'a envahi, c'était le même sentiment qu'à Noël quand j'étais petit, là, parce que vous venez de me trouver des solutions à tous les problèmes budgétaires du Québec avec seulement deux hôpitaux. Ceci dit, on va quand même regarder les choses, parce que, les appréciations qui sont faites de l'extérieur, évidemment, mon expérience m'a toujours indiqué que, quand on arrivait à l'intérieur, à l'interne, la réalité n'était pas toujours celle qui était vue de l'extérieur. D'ailleurs, il y a quelques minutes, quand je faisais état de la situation de la politique de l'assurance autonomie, j'ai bien démontré que ce qui était annoncé publiquement n'était pas exactement ce qui était faisable dans la réalité. Et ça, évidemment, c'est le propre... c'est normal, pour un observateur externe, de questionner. Je ne parle pas de vous, là, je parle des documents que vous nous déposez, qui sont le fruit de réflexions qui sont faites par des observateurs externes à des projets dans leurs pays respectifs. Et ça, c'est tout à fait correct. Moi, je pense qu'on peut dire que j'ai fait ça dans le passé moi-même, alors je reçois ça très favorablement, ceci dit.

Vous me posez une question qui est très précise, à savoir si les projets qui sont actuellement en PPP... Et vous faites référence, évidemment, sans doute aux deux projets universitaires. Vous me demandez si on rentre dans notre argent. «Rentrer dans notre argent», c'est le terme, je pense, que vous avez utilisé, là, mais... ou : On en a pour notre argent, là. Alors, c'est un terme qui est très... qui n'est pas vague, parce qu'il dit ce qu'il veut dire, mais évidemment qui demande une appréciation qui est certainement subjective de un par rapport à l'autre. Et évidemment, aujourd'hui, face à une question comme celle-ci, qui est intéressante, bien, ce que vous me demandez aussi en même temps et probablement partiellement : Est-ce qu'on a des dépassements de coûts qui sont injustifiés?

Quand on regarde l'état de la situation de ces deux projets-là, nous n'avons pas encore identifié de façon formelle et conclu sur des dépassements de coûts indus. Il y a un exercice qui a été fait, qui s'est fait de la façon, je pense, appropriée pour toutes les parties. Il y a une conclusion qui a été tirée, il y a un contrat qui a été signé avec des paramètres a, b, c, d, jusqu'à z, et il y a un budget qui a été prévu pour faire la chose. Et en date d'aujourd'hui, avec toutes les informations que j'ai — et c'est certainement la première question à laquelle je dois répondre — est-ce qu'on rentre dans les coûts qui avaient été projetés? Est-ce que les équipements vont être livrés en temps requis? Est-ce que ce qui a été livré va être... ce qui va être livré respecte les paramètres du contrat initial? Et, à ces trois réponses-là, aujourd'hui, je suis obligé de répondre oui.

Vous avez fait référence, il y a quelques instants, à un litige qui est pendant actuellement entre SNC-Lavalin et le gouvernement pour ce qui... ou du consortium du CUSM pour ce qui est de certains coûts, et on l'a dit, je l'ai dit à plusieurs reprises, je maintiens ma position, on ne paiera pas des amendes qui ne sont pas justifiées. Et peut-être que l'année prochaine, à la prochaine étude des crédits, vous allez pouvoir revenir me poser la question si, dans ce cas-là, les choses se sont terminées correctement. Mais, à votre question précise : Est-ce qu'en date d'aujourd'hui, avec l'expérience de PPP que l'on a dans les deux projets universitaires, on rencontre... vous nous dites : On en a pour notre argent? Moi, je suis obligé de répondre par... Est-ce que les contrats sont respectés et est-ce qu'on rentre dans notre argent dans le cadre des contrats qui ont été signés? Bien, je suis obligé de dire oui.

Si vous me parlez d'autres projets de PPP comme, par exemple, je peux en nommer un, le pont de la 25, bien, il y a eu un reportage dernièrement dans les journaux. Le pont de la 25, ce n'est pas un échec, là. C'est considéré comme

étant un succès par la population et par le gouvernement. C'est un projet qui a été livré dans les budgets et les temps requis et qui fait le travail pour lequel il avait été dessiné. Alors, aujourd'hui, l'expérience PPP n'est pas une expérience négative. Je ne dis pas qu'il n'y a pas eu des points de tension, qu'il n'y a pas eu d'accrochage. Je dis que, sur la base des paramètres de l'octroi d'un contrat qui a été signé, d'une livraison de marchandise, de livrable de biens immeubles, bien, je pense qu'à date ça va bien.

• (11 h 30) •

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

M. Khadir : Oui. De combien de minutes est-ce que je dispose?

Le Président (M. Tanguay) : Il vous reste cinq minutes.

M. Khadir : Cinq minutes. Quand je disais : Si on en a pour notre argent, ce n'est pas juste, disons, sous l'angle des dépassements de coûts. Ce que je viens de vous mentionner, l'étude britannique, montre que, sur à peu près 700 projets de PPP qui ont une valeur totale, en termes de capital... c'est-à-dire ce que le public reçoit comme valeur de projet est de 50 milliards, mais ce qu'il se trouve à payer, au bout du contrat de 25 ou 30 ans, parce que c'est des contrats sur 20, 25, souvent 30 ans, ce que le trésor public paie pour ces 50 milliards de dollars — j'arrondis les chiffres — c'est 300 milliards de dollars. Donc, c'est six fois le prix.

Cet exercice-là, on ne l'a pas fait au Québec. Votre ministre responsable du Conseil du trésor s'apprête à mettre tous les programmes publics sur la table pour les examiner, pour voir si ça a de la valeur, si on... tu sais, pour faire quelques économies, quelques milliards d'économies ou quelques centaines de millions. Et là on s'aperçoit qu'à long terme peut-être qu'on aurait un exercice à faire pour ces PPP non pas juste sous l'angle des dépassements de coûts, respect du contrat stricto sensu, mais de voir qu'est-ce que le projet va rendre au public comme valeur de capital investi et disponible et ce que le public aura payé au bout de 20, 25, 30 ans de contrat. Et, pour chaque exemple de PPP à succès, comme le pont de la 25 que vous venez de mentionner, quoi que ça aussi, c'est discutable, on a plusieurs exemples de PPP qui ont été un échec ici même, au Québec. Je vous mentionne juste l'exemple de l'îlot Voyageur qui en est un parmi d'autres.

Donc, moi, je voudrais vous entendre sur la base, le calcul du coût total pour le public puis la valeur obtenue à la fin.

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

M. Barrette : M. le Président, je vais faire quelque chose d'un peu particulier, je vais demander à mon collègue de Mercier de prendre un moment pour retourner à ses racines intellectuelles. Le député de Mercier est physicien de formation, n'est-ce pas? Et il est médecin de pratique professionnelle, et moi aussi, et on vient d'un milieu où une étude... c'est comme l'hirondelle qui ne fait pas le printemps ou l'électron qui ne fait pas le courant, et une étude ne fait pas une position définitive pour la simple et bonne raison qu'on vient d'un monde où une étude seule, qui n'est pas corrélée par d'autres contre-études à plus large spectre, et ainsi de suite, ne peut pas être prise comme étant une action, une vérité absolue, évangélique. Ce que le...

Une voix : ...

M. Barrette : Bien, là! C'est moi qui ai la parole. Et là le député de Mercier base un argumentaire qui est fait sur une étude. Au Québec, M. le Président, on voit régulièrement des études économiques qui sont faites par des groupes que je qualifierai de gauche, pas péjorativement, et qui donnent des conclusions qui sont complètement à l'opposé d'études similaires, sur les mêmes sujets, de gens de centre et de droite. Qui a raison? En général, il y a une raison au bout de la ligne, mais qui doit être vérifiée par des gens qui, espérons-le, sont les plus neutres possible.

Je suis obligé, moi, aujourd'hui de dire merci au député de Mercier pour me faire part de ces études-là, je vais en prendre connaissance, mais je ne veux pas aujourd'hui tirer des conclusions, et faire des extrapolations, et prendre des décisions sur une étude qui est brandie, qui est peut-être parfaite, mais que je devrai regarder et voir si elle est corrélée à quelque part.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, M. le député de Mercier, pour 1 min 45 s.

M. Khadir : Alors, je suis d'accord avec vous : il faut baser nos choix sur des évidences, hein? En médecine, on appelle ça «evidence-based medicine», et ça a amélioré la qualité de notre pratique. En politique, malheureusement, on tarde à adopter ces choses, on choisit souvent par allégeance, par accointance, par amitié — on l'entend à la commission Charbonneau — ou simplement par choix idéologique. Alors, l'«evidence-based», les évidences sur lesquelles je base mon analyse, ce n'est pas seulement l'étude du professeur qui fait une extrapolation sur l'ensemble des projets. Ensuite, le *Guardian*, oui, c'est une revue, journal de gauche, fait la même chose, mais *Le Figaro*, j'ai mis dans votre dossier une analyse faite par un expert juridique, dans *Le Figaro*, qui montre le même phénomène en France. Pas juste un projet, mais c'est dans la construction des hôpitaux, des «stadiums», des prisons, même. Il démontre qu'il y a une importante dérive qui s'installe partout en Europe. En Allemagne, l'Allemagne rachète des contrats de PPP, la France le fait actuellement, la Grande-Bretagne. Là, ça commence à être ce qu'on appelle des méta-analyses.

Alors, j'invite le ministre à être attentif. Je pense qu'il pourrait aller chercher — et faire excessivement plaisir à son parti — des centaines de millions, sinon des milliards d'économies envisageables.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. M. le ministre, pour les 30 secondes.

M. Barrette : Bien, M. le Président, je veux remercier le député de Mercier. Je pense que c'est à ça que sert un forum de débat comme celui-ci. Je reçois favorablement... favorablement au sens où je suis bien content de les avoir, je vais les lire, et sûrement qu'on pourra en débattre en d'autres circonstances ultérieurement.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ceci met fin, donc, au bloc accordé au député de Mercier. Maintenant, nous allons aborder un bloc de 15 minutes avec des députés de la banquette ministérielle, un bloc de 15 minutes. Et je reconnais la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré.

Mme Simard : Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais discuter d'un débat hautement sensible qui a divisé le Québec au cours des dernières années. La Cour d'appel a en fait rendu un jugement étoffé, dernièrement, au sujet des mères porteuses. Elle a conclu qu'un couple faisant affaire avec une mère porteuse a le droit d'adopter l'enfant qui naît de cet accord en autant que les personnes impliquées soient consentantes et que cela soit fait dans l'intérêt de l'enfant.

Cette décision importante de la Cour d'appel raie l'affiliation avec la mère porteuse pour permettre l'adoption de l'enfant par la mère d'intention. Cette décision clarifie les précédents jugements. M. le Président, j'aimerais connaître ce que pense le ministre de cette décision importante.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : Écoutez, évidemment, c'est une décision qui est importante. On sait que le dossier des mères porteuses est un dossier qui a, on peut dire, fait l'actualité récemment. Et je pense qu'on peut raisonnablement prédire qu'il fera encore l'actualité dans les prochains mois ou années. Et je dirais aussi, évidemment, que la situation juridique des mères porteuses doit certainement être... bien, clarifiée... il est très probable que l'on ait évidemment à déterminer exactement quelles seront les meilleures avenues juridiques pour encadrer cette pratique-là.

Alors, évidemment, le jugement est ce qu'il est, et on ne peut pas faire autrement que de prendre acte du jugement. Mais ce à quoi ça nous amène, c'est une réflexion légale un peu plus poussée face à ce phénomène-là qui, à mon avis, ira probablement en s'accroissant pour plusieurs raisons. Hier, on faisait état de la situation du programme de procréation médicalement assistée, et je disais, dans mes commentaires, que la question de la mère porteuse n'était pas intrinsèque à la procréation médicalement assistée, quoiqu'elle peut l'être, parce qu'on l'a vu récemment dans un cas largement médiatisé, il y a des mères porteuses qui peuvent être porteuses après une procédure technique dans le cadre de la procréation médicale assistée. Mais, ceci dit, il y a d'autres façons d'être mère porteuse sans recourir spécifiquement à la technique de la PMA. Et la problématique légale... «la problématique légale» n'étant peut-être pas un bon mot, mais l'enjeu légal qui entoure les mères porteuses doit être adressé, là — c'est un anglicisme — on doit s'y adresser. Et actuellement, bien, avec le jugement de la Cour d'appel, bien là on se retrouve dans un univers qui est séparé... nouveau, pardon.

Alors, aujourd'hui, je ne veux pas prendre une position formelle sur le plan légal, parce que nous avons déjà, à la Santé et avec la Justice, des discussions préliminaires sur ce sujet, et on convient tous qu'une réflexion doit être faite et qu'un aménagement ou une précision législative ou réglementaire doit être apporté pour encadrer... «encadrer» n'étant peut-être pas le bon mot non plus ici, là, mais pour asseoir cette pratique qui semble vouloir se développer. Et d'abord il y aura évidemment la question de laisser aller ou non aujourd'hui.

• (11 h 40) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. J'aimerais maintenant céder la parole au député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Merci, M. le Président. M. le Président, de septembre 2013 à mars 2014, alors même que le gouvernement perdait le contrôle sur le déficit et qu'une agence de crédit plaçait la cote de crédit du Québec sous surveillance, le gouvernement du Parti québécois s'est lancé dans une envolée d'annonces. Certaines semaines, il manquait de ministres pour tout faire ces annonces financées à même de l'argent emprunté et pendant que les mêmes ministres discutaient de plans secrets pour des coupures massives de services pour... et après les élections.

Ma question, M. le ministre. Ce n'est pas mêlant, on a recensé, dans certaines occasions distinctes où les ministres péquistes débarquaient en région — et je peux vous dire que moi, dans mon comté de Saint-Maurice, qui est à Shawinigan, il y a eu un show avec un hélicoptère, donc on l'a vécu intensément — pour ajouter des montants d'argent souvent recyclés, parfois même pas du tout budgétés, pour plus de 2 milliards de dollars. Juste en santé, c'est 77 annonces en six mois. Dites-nous, M. le ministre, que cette époque est révolue et qu'on prendra désormais des décisions rationnelles, réalistes et guidées par le respect et la capacité de payer des contribuables.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je remercie le député de Saint-Maurice de me poser cette question-là, parce qu'elle vient un peu faire la synthèse des commentaires qu'on a eu à faire sur le précédent gouvernement depuis hier matin. D'ailleurs, je tiens à féliciter le député de Saint-Maurice pour sa victoire, parce qu'il était, dans son comté et dans sa région, l'objet d'une opération charme coûteuse, intensive, et, malgré tout, bien, la population de sa région et de Saint-Maurice en particulier ont eu l'intelligence de ne pas tomber dans le panneau. Alors, je sais que c'est beaucoup d'effort pour lui, parce que c'est assez difficile de faire une campagne dans une situation comme celle-là, puisqu'il y avait

abondance, il y avait un orage de subventions dans la région de la Mauricie, et, à un moment donné, ce n'est pas toujours évident pour un député de réussir à s'en sortir quand on arrive, comme parti politique, tenter de charmer la population avec des projets qui, on le sait aujourd'hui, on le sait aujourd'hui, étaient impossibles à financer. M. le député de Saint-Maurice l'a dit clairement, on parle ici d'une pléthore...

Le Président (M. Tanguay) : Pardon, M. le ministre. Oui?

Mme Lamarre : ...le ministre a évoqué, a fait référence à l'intelligence des gens. Je pense que tous les Québécois sont intelligents. Je ferais attention au choix des termes.

M. Barrette : M. le Président, je suis d'accord, tous les Québécois sont intelligents.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, merci, merci. M. le ministre.

M. Barrette : J'aurais dû évidemment faire référence, M. le Président, et je m'en excuse, Mme la députée, au jugement des citoyens. C'est ce que je voulais dire. Alors, les députés... la population de Saint-Maurice et de la Mauricie a eu le jugement de ne pas céder au chant des sirènes et de mettre le Parti libéral au pouvoir dans cette région-là en particulier.

Alors, je reviens à la problématique qui m'apparaissait... j'y fais référence, on en parle depuis hier, on a annoncé, là, 77 annonces, 75, selon certains articles, plus de 2 milliards de dollars. Et, si on avait réalisé ça, on le sait encore une fois aujourd'hui, c'est un déficit de, quoi, 5, 7 milliards auquel on aurait fait face. Ce sont des projets qui seraient morts, comme on dit, au feuilleton parce qu'on nous aurait dit l'année d'après : Malheureusement, chers citoyens, on ne peut pas les réaliser parce qu'on n'a pas les moyens. Alors, on tombe ici, évidemment, dans la même catégorie que l'assurance autonomie, et c'est une belle illustration, à mon avis, des choses qui sont à ne pas faire.

Le député de Saint-Maurice me demandait si notre gouvernement allait prendre... à l'avenir, ne pas faire ça. La réponse, c'est oui. Notre gouvernement... et, en Santé, ça sera ça, j'y ai fait référence à plusieurs reprises, les décisions qui seront prises seront parfois des décisions difficiles, mais elles seront prises, parce que c'est la volonté de notre gouvernement, en toute transparence. Les décisions et les justifications seront clairement divulguées à la population, mais les décisions vont se prendre sur la raison. Et, quand, malheureusement, on ne peut pas faire tel ou tel projet pour des raisons budgétaires, bien, on le dira et on prendra la décision, parce qu'encore une fois en Santé, ce qui est en cause ici, c'est la pérennité de notre système de santé. Sur le plan économique, c'est la pérennité de la société québécoise en termes de santé budgétaire. Ça a des impacts. La santé budgétaire d'une société, c'est ce qui fait qu'on peut avoir des services publics comme la santé, comme nos services sociaux, comme l'éducation.

Alors, la population a compris, et est d'accord, et s'attend à ce qu'on ne fasse plus des annonces qui ne sont pas fondées et qui ne sont pas réalistes. Et elle s'attend aussi, parce qu'ils ont... Moi, j'ai toujours dit une chose, M. le Président, la sagesse populaire, ça existe, mais à la condition qu'on les informe correctement. Évidemment, si on ne les informe pas correctement, c'est difficile. Et, par contre, la sagesse populaire, bien, c'est une question de jugement, puis les gens, parfois, sont capables de voir clair malgré les nuages qui sont devant eux. Alors, ça serait pas mal plus simple politiquement si on était transparents et qu'on prenait des décisions et on faisait des argumentaires qui soient basés sur la raison plus que l'émotion, et c'est ce qu'on a l'intention de faire.

Alors, à la question précise du député de Saint-Maurice : Non, nous n'allons pas faire d'annonces qui ne sont pas fondées sur des bases solides; oui, nous serons transparents avec la population pour ce qui est de la justification de nos projets; et certainement qu'au bout de la ligne, c'est le Québec en entier, tous les partis confondus, qui y trouveront leur compte et en sortiront gagnants.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Je suis maintenant prêt à reconnaître un autre député de la banquette ministérielle. M. le député de Saint-Maurice, voulez-vous poursuivre l'échange avec le ministre?

M. Giguère : Il m'a très bien répondu, je le remercie.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Mme la députée de Crémazie, la parole est à vous.

Mme Montpetit : Oui. Merci, M. le Président. Je souhaiterais aborder avec le ministre la question de la politique de périnatalité.

Une voix : ...

Mme Montpetit : De périnatalité. Au cours des dernières décennies, il y a beaucoup de progrès qui ont été faits, au Québec, au niveau, entre autres, de la mortalité infantile grâce aux avancées médicales, grâce aux organisations des soins, parce que, bon, à une époque, je ne vous l'apprendrai pas, la société québécoise affichait le plus haut taux de mortalité maternelle et infantile. Et, grâce à l'ensemble des progrès, l'amélioration des conditions de vie, entre autres l'adoption de mesures préventives, mais particulièrement l'organisation des soins, on a fait des progrès importants à ce niveau-là.

Une fois qu'on a dit ça, je pense que notre société continue de progresser, et les besoins aussi, le contexte, mais les besoins des femmes progressent également, et on l'a vu beaucoup au cours des dernières années, un besoin, un souhait,

en fait, des femmes d'être accompagnées dans leur grossesse par des sages-femmes. Des sondages récents, entre autres, nous montraient qu'une femme sur 10 souhaiterait avoir recours à une sage-femme pour son suivi de grossesse ou pour l'accompagnement dans son accouchement si l'option lui était présentée, et deux femmes sur cinq souhaiteraient accoucher avec une sage-femme dans un hôpital.

Le fait que cette profession soit reconnue depuis peu, évidemment, demande qu'on lui apporte une progression, une attention plus particulière, et ce que je souhaitais voir avec vous, c'est que, durant la campagne électorale, le chef du gouvernement avait fait plusieurs propositions concernant les services en périnatalité et plus particulièrement au niveau, justement, des sages-femmes. Et je souhaiterais que vous nous expliquiez, dans le fond, quelle est la vision à ce niveau-là, au niveau du développement, du déploiement au niveau de l'encadrement, entre autres.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la députée. En vous rappelant, M. le ministre, qu'il reste un peu plus de trois minutes.

• (11 h 50) •

M. Barrette : O.K. Ça se peut que je déborde. Alors, le sujet des sages-femmes est un sujet qui a une certaine complexité, pas par le fait des sages-femmes elles-mêmes, mais par la difficulté qu'ont eu les sages-femmes d'abord à développer leur profession au Québec et ensuite à s'intégrer dans notre réseau. Et je le leur rends aux sages-femmes, c'est vrai qu'il y a beaucoup, beaucoup d'obstacles et qu'aujourd'hui on arrive dans une situation où le ciel semble se dégager pour ces praticiennes.

Récemment, pas plus tard que la semaine dernière d'ailleurs, ça a été rapporté dans les journaux, une revue médicale qui est très, très, très connue en termes de sa rigueur et de son importance, la revue *Lancet*, qui est l'équivalent du *New England Journal of Medicine* en Angleterre, là, c'est de ce calibre-là, publiait une série de quatre articles, maintenant, sur l'importance des sages-femmes et la plus-value de celles-ci dans le monde. Évidemment, l'importance des sages-femmes dans le monde n'est pas à nier, là, c'est une réalité et c'est vrai que, dans le monde, particulièrement dans les milieux plus défavorisés, dans le tiers-monde, et ainsi de suite, l'ajout et le déploiement des sages-femmes sauvent des vies, améliorent la santé des mères et des jeunes enfants dans leur première enfance, et la plus-value des sages-femmes, dans ce cadre-là, ne fait pas de doute.

La plus-value des sages-femmes aussi existe dans notre système qui est un petit peu plus, évidemment, élaboré. On est dans un système que beaucoup de gens qualifient de curatif, porté sur l'hôpital, porté sur le diagnostic et la thérapie, alors que la Politique de périnatalité ou l'univers de la périnatalité en soi, à moins qu'il y ait des complications, c'est un univers de normalité. Une grossesse, c'est un épisode normal. Un accouchement, c'est un épisode normal qui demande un encadrement, qui demande de l'aide, qui demande des conseils, qui demande un suivi. Mais la grossesse, là, en 2014, puis en 2014, puis en 2014, ce n'était pas une maladie puis ça ne l'est pas encore. Il y a des grossesses qui sont à risque, évidemment, il y a des grossesses qui nécessitent un suivi médical, et ça, personne ne le conteste, et, dans le milieu des sages-femmes, par exemple, personne ne conteste ça.

Les sages-femmes ont eu de la difficulté à s'intégrer, pas à cause d'eux, parce qu'il y avait des blocages. Et ça fait longtemps que les sages-femmes, par exemple, auraient dû être introduites à beaucoup plus grande échelle dans notre système de soins périnataux. Et aujourd'hui, bien, on se retrouve avec une situation qui est — puis je vais utiliser le mot correct ici, là — à être corrigée. Et c'est la raison pour laquelle, en campagne électorale, notre chef, M. le premier ministre, a annoncé qu'il y aura une augmentation, sur cinq ans, de 125 nouveaux postes de sage-femme dans notre réseau et qu'on a l'intention d'ouvrir sept nouvelles maisons de naissance réparties sur le territoire. Et je continuerai peut-être tantôt, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Merci beaucoup, M. le ministre. Ce qui clôt, donc, ce bloc des députés de la banquette ministérielle. Je cède maintenant la parole à la porte-parole de l'opposition officielle, Mme la députée de Taillon, pour un bloc de 21 min 10 s.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors donc, dans la perspective des soins de première ligne et d'un meilleur accès, on a parlé des IPS. On maintient notre soutien. On souhaite également que d'autres professionnels puissent être mis à contribution. Et il est intéressant de penser qu'il y a la loi n° 41 qui permettra aux pharmaciens d'exercer de nouvelles activités. Je vais faire un bref rappel, peut-être, pour les députés qui n'étaient pas élus à ce moment-là, mais le projet de loi n° 41 a été adopté à l'unanimité de l'Assemblée nationale en 2011, à l'unanimité, tous partis confondus, et c'est un projet qui permet finalement d'utiliser la proximité et les compétences, M. le ministre a fait référence à l'importance de la proximité au niveau des nouvelles activités.

Dans ce dossier-là, que j'ai piloté et je ne m'en cache pas, je me suis complètement retirée au niveau des négociations parce qu'à ce moment-ci ce n'était plus le projet de loi, c'était vraiment l'aspect négociation, mais, à titre de députée, je pense que je peux revenir sur les suivis de cette négociation-là. Mais, juste pour remettre un peu les choses en perspective, actuellement dans tous les pays développés et même dans les pays en développement, on reconnaît qu'on peut faire participer les pharmaciens au processus d'une saine utilisation des ressources en santé. Alors, partout au Canada, au Royaume-Uni, en Australie, au Portugal, aux États-Unis, on a accepté que des pharmaciens posent certains gestes, et ce, basés sur des compétences.

Pour vous donner deux exemples très concrets de ce que les pharmaciens pourraient faire demain matin, dès que ça va être réglé — donc on ne parle pas de dans un an ou deux ans — actuellement, c'est le temps des allergies. Il y a eu, en 2009... Bien! Je vois les gens qui acquiescent, alors ça me conforte dans ma préoccupation. Et je peux vous dire, pour être proche des patients, que, oui, les gens ont des allergies. Il y a eu, en 2009-2010, 260 000 prescriptions nouvelles,

signées, facturées à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les petites pompes à base de cortisone, qui sont nécessaires. Et, quand on fait référence aux bonnes pratiques, les lignes directrices de traitement, actuellement, pour traiter la rhinite allergique, les allergies, impliquent bien l'utilisation, le recours à ces petites pompes là. Donc, 260 000 prescriptions seulement pour les gens de la RAMQ, assurés par le régime général d'assurance médicaments, alors que c'est moins de la moitié de la population du Québec. Alors, ça, ça veut dire que ce sont des gens, pour avoir une nouvelle ordonnance, une nouvelle signée, qui ont dû voir un médecin. Alors, on a des possibilités, donc, de libérer du temps médecin pour des patients qui ont des allergies à tous les ans, et qui reconnaissent leurs symptômes, et qui pourraient donc être remplacés par des patients qui ont des besoins plus importants, plus urgents, qui nécessitent un diagnostic plus précis de la part du médecin.

Et deuxième illustration de la pertinence. Chaque jour, les pharmaciens doivent dire à 20 patients que leurs prescriptions ne sont pas renouvelables. Donc, ce n'est pas quelque chose de circonstanciel, une fois par semaine ou par mois, comme on avait il y a une dizaine d'années. C'est 20 fois à chaque jour, pour 20 personnes différentes, où on doit dire au patient : Vos ordonnances ne sont plus renouvelables.

Il y a 6 800 pharmaciens qui sont formés. Il y a eu, donc, à la suite de ce... Dans le projet de loi, il y avait une formation, les pharmaciens se sont formés massivement déjà au cours de l'été dernier, et il y a un impact dès le jour 1.

Alors, ma question, M. le ministre, c'est : Est-ce que vous pouvez nous dire où en sont les négociations avec les pharmaciens aujourd'hui?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la députée. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je souscris à tous les commentaires introductifs qui ont été faits par la députée de Taillon. Et actuellement les négociations se poursuivent, M. le Président. Elles ne sont pas conclues. C'est la même chose avec les médecins.

Je vais quand même faire un commentaire sur la négociation. Je pense que la députée de Taillon y a fait référence. Si elle ne l'a pas fait, je vais quand même le rappeler. La loi n° 41, à laquelle Mme la députée fait référence, elle a été promulguée le 4 novembre 2011. Et, dans les 18 mois de pouvoir du Parti québécois, le Parti québécois a eu tout le temps de faire cette négociation-là. Et on comprend aujourd'hui la raison pour laquelle la négociation ne s'est pas conclue. Elle ne s'est pas conclue non pas sur la valeur et le mérite du projet de loi... Je suis d'accord avec la députée, M. le Président, c'est une loi qui était longuement attendue et qui met le Québec au diapason avec ce qui se fait à l'extérieur du Québec, que ce soit au Canada, dans d'autres pays. Tout à fait d'accord avec ça. Mais la raison pour laquelle le Parti québécois n'a pas conclu alors qu'il aurait pu le faire. Il aurait pu le faire en campagne électorale. En campagne électorale... Hier, M. le Président, j'ai quand même mentionné que ce même gouvernement-là était capable... et alors que le ministre d'avant se promenait partout en disant : On est en campagne électorale, je ne peux pas négocier et je ne peux pas conclure, ce même ministre-là se promenait en négociant des contrats de gré à gré de 20 millions de dollars et plus avec certaines compagnies informatiques. Là, ce n'était pas un problème, mais, pour les pharmaciens, ça semblait être un problème. 18 mois, M. le Président, et le Parti québécois n'a pas conclu. Pourquoi? Parce que le Parti québécois savait qu'il n'avait pas les moyens de le faire.

Mais je ne dis pas, moi, M. le Président, que j'ai ou non les moyens de le faire. Je vous dis et je dis à la députée précisément que la négociation est en cours, mais qu'elle est en cours dans un cadre budgétaire qui est très serré, qui est celui que l'on connaît et qui fait en sorte que, bon, bien, la négociation demande des efforts. Et je peux dire à la députée de Taillon que j'ai récemment, la semaine dernière, rencontré l'AQPP pour une rencontre très cordiale, et nous avons mis sur la table nos enjeux respectifs et nos objectifs. Il y a des coûts ici, là. Et la question ici, encore une fois, M. le Président, n'est pas de remettre en question l'utilité ou le mérite de la loi n° 41 d'aucune manière, mais bien le paiement public ou non de cette activité-là et, évidemment, le coût.

Si les pharmaciens, par exemple, le désiraient — et ils n'ont pas exprimé ce désir-là — ils désiraient charger au patient ce qui est permis par la loi, bien, oui, on peut le faire demain matin, là, la loi, là, comme elle dit, Mme la députée, c'est faisable. Mais ici l'enjeu, et encore une fois, n'est pas le mérite de la loi, l'utilité de la loi, mais bel et bien son financement. Et le financement est l'objet de négociations. Nous avons fait état l'un et l'autre de nos enjeux respectifs. Nous avons demandé, et on s'était engagé, du côté de l'AQPP, à nous revenir avec des propositions que nous avons ensemble qualifiées de créatives, et on attend cette proposition-là pour le bénéfice des deux parties et de la population québécoise.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée.

Mme Lamarre : Alors, merci. Donc, je veux juste rappeler que la loi a quand même été adoptée en décembre 2011, et qu'il y a eu une entente qui s'est faite à l'époque, en 2012, entre l'AQPP et le ministre, et qu'il y avait, à ce moment-là, tout le loisir de déjà intégrer des éléments ou des provisions pour l'entrée en vigueur de cette loi n° 41.

Alors, j'aimerais juste avoir un échéancier qu'on puisse annoncer aux citoyens du Québec. Est-ce qu'ils vont subir leurs allergies tout l'été encore? Est-ce qu'ils vont devoir prendre déjà des rendez-vous pour ça ou si vous avez un ordre de grandeur du moment où vous conclurez l'entente?

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

• (12 heures) •

M. Barrette : Évidemment, M. le Président, je rappellerai à la députée de Taillon que la loi n° 41 n'oblitére pas l'existence du système de santé, là. Les patients qui ont besoin de consultation, malheureusement, il y a des accès qui

sont difficiles, mais ils existent, et tout patient, au Québec, qui est dans une situation cliniquement difficile, plus urgente, a accès, malheureusement avec des délais, à nos urgences du Québec, et la députée de Taillon semble laisser entendre que, si la loi n° 41 n'est pas mise en application aujourd'hui, avec un paiement universel et une négociation qui soit conclue, les patients sont en danger. Ce n'est pas le cas, là, le système de santé existe, avec ses hauts et ses bas. Évidemment, la loi n° 41 vise à faciliter la vie des citoyens, et, encore une fois, M. le Président, j'en conviens, la question, ici, n'est pas le mérite de la loi n° 41 ni sa portée mais bel et bien son financement. Le financement est l'objet actuellement d'une négociation, et ça serait très, très hasardeux pour moi aujourd'hui de vous annoncer une date de conclusion. Je tiens à rassurer la population, le système de santé québécois est là pour eux, avec ses hauts et ses bas, et malheureusement nous n'avons pas, encore aujourd'hui, la possibilité d'avoir cet accès supplémentaire aux soins.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci. Alors, j'irais maintenant sur un sujet... J'entends du ministre qu'il est tout à fait déterminé à ce que les patients qui ont des besoins... Parce que les allergies, quand même, vont se terminer au mois de septembre, je rappelle, pour la plupart des gens. Donc, je voudrais reparler d'un dossier qui est important, qui est le coût des médicaments, parce que c'est quand même une portion importante dans les sources d'économies que le gouvernement a planifiées.

Et je voudrais aussi faire certaines mises en garde par rapport à des tentations en ce qui concerne la négociation de l'acquisition des médicaments. La situation des médicaments qui a été décrite par notre collègue le député de Québec solidaire, elle a changé beaucoup au cours des 15 dernières années. Nous assistons maintenant à une concentration du marché et à des quasi-monopoles au niveau de l'industrie pharmaceutique.

Par exemple, il y a une compagnie pharmaceutique générique qui fournit 90 % des médicaments injectables au Canada. Quand cette compagnie est en rupture d'approvisionnement pour plusieurs raisons, et ça a été le cas à deux occasions, pendant de nombreux mois au cours des trois dernières années, on se retrouve avec une pénurie de médicaments qui, je vous dis, a frappé le Québec de façon aussi sévère, aussi grave, aussi compromettante pour le bien-être de la population que ce que j'ai pu voir dans des pays en développement en faisant de l'aide humanitaire. On a dû fractionner des doses, on a dû autoriser des pratiques de partage d'ampoules, qui sont inconcevables dans notre contexte de travail. Je rassure la population, on l'a fait avec beaucoup de sérieux, beaucoup de balises, mais je pense qu'on a la responsabilité de ne plus se rendre aussi vulnérables que ça par rapport à l'acquisition de médicaments essentiels.

Donc, par rapport au rapport du Vérificateur général, je reste prudente par rapport à des écarts, qui ont été dénoncés de l'ordre, de 10 % entre l'acquisition de certains médicaments et de d'autres. Je ne dis pas que le 10 % est souhaitable, je dis juste que des écarts raisonnables font partie d'une sécurité de l'accessibilité aux médicaments et qu'il faut préserver ça, et que, si on concentre l'acquisition de tous les médicaments auprès d'un seul fournisseur, on met réellement la sécurité de la population du Québec en difficulté. On l'a vu pour des médicaments en cancer, on l'a vu pour des analgésiques puissants, on en a vu pour des anesthésiques, des médicaments qui servent à endormir les gens lors de chirurgies. Donc, il n'y a aucune classe de médicaments qui est à l'abri, il n'y a aucune condition clinique qui n'est pas susceptible d'être touchée par ces pénuries. Donc, je pense qu'il faut vraiment être très prudent.

Dans le budget, le gouvernement indique qu'il a l'intention de signer des ententes avec l'industrie du médicament, et il prévoit récupérer 50 millions de dollars au niveau des ententes particulières. Il y a une préoccupation au niveau de ces ententes particulières, parce que les endroits où elles se sont faites, elles se sont très souvent faites sous le biais d'ententes secrètes.

L'Ontario a été, d'ailleurs, ciblée du doigt pour avoir fait ce genre d'ententes. Donc, il y a un prix affiché à la liste, qui est connu du public, et un prix officieux, qui est négocié entre la compagnie pharmaceutique et le gouvernement d'une province. Ma question, c'est : Est-ce que le gouvernement actuel prévoit faire ce genre d'ententes avec l'industrie pharmaceutique?

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

M. Barrette : M. le Président, vous allez me permettre de faire, là aussi, quelques commentaires, on va l'appeler comme ça, de façon ironique : le merveilleux monde du médicament est un monde dans lequel il est très difficile de naviguer avec succès. La députée de Taillon l'a vécu dans le passé et je pense qu'elle va être d'accord avec ce propos-là. On parle ici d'un univers qui est un univers externe à la sphère publique, qui est un univers commercial et qui vit selon certaines règles et sur lesquelles on n'a pas nécessairement le pouvoir absolu, et je dirais même qu'on n'a pas le pouvoir absolu.

Et la députée de Taillon faisait référence à diverses problématiques qui sont survenues, au Québec, dans les dernières années, quant à la possibilité d'avoir certains monopoles et certainement quant à la difficulté d'avoir accès à certaines classes de médicaments ou encore à certaines présentations médicamenteuses; on fait référence ici à des médicaments qui peuvent être donnés par voie orale ou intraveineuse. On a vécu des situations qui ont frôlé quand même... des situations cliniques qui auraient pu avoir des conséquences négatives pour des patients.

Et d'ailleurs, à cet égard, je tiens à féliciter la collaboration de tous les pharmaciens des établissements de santé. Parce que je peux vous dire une chose, M. le Président : Et le ministère et tous les pharmaciens qui travaillent en établissement de santé ont fait part d'une collaboration et de certains tours de force absolument remarquables pour faire en sorte que la population ne soit pas lésée en situation de pénurie très significative dans certains cas. Je peux vous dire qu'il y a eu des périodes, courtes, là, mais où les médicaments qui étaient les meilleurs pour la personne n'étaient pas disponibles, et ça demandait aux pharmaciens et aux médecins de prendre des décisions difficiles de substitutions qui

allaient faire à peu près ce que le médicament approprié aurait pu faire. Mais il y a eu des situations extrêmement limites, là, il y a eu des situations où, pendant trois jours, si ça continuait, là, des patients auraient été lésés, et les gens sur le terrain ont réussi à passer par-dessus ça en collaborant, en faisant des échanges.

Écoutez, M. le Président, à un moment donné, là, c'était quasiment la Ligue nationale de hockey, là; les gens faisaient des échanges, entre hôpitaux, en distribuant la pénurie de certains médicaments pour être sûrs que tout le monde soit O.K. : On a la capacité d'un jour, tout le monde. C'était rendu à ce niveau-là. Et ça, c'était le fruit non pas d'un gouvernement qui négociait mal, mais d'une industrie qui, elle, se retrouvait dans des situations commerciales particulières. Et j'ai déjà dit, à cet égard, que c'était le côté sombre du capitalisme, je le redis. À un moment donné, l'industrie a quand même certaines responsabilités lorsqu'elle met un produit en marché, et cette responsabilité est d'en assurer évidemment la disponibilité tout au long de la vie du médicament en question, même si la période de vie du médicament en question est moins rentable alors qu'elle l'est quand même, mais parfois pas suffisamment, à la lecture de ces entreprises-là.

Alors, oui, c'est vrai, la négociation implique de prendre en considération ce genre de situations là, mais par contre il n'est pas nécessairement vrai de dire que c'est la négociation qui mène à des monopoles. Les monopoles existent pour toutes sortes de raisons; Mme la députée, évidemment, vous le savez mieux que moi. Et cette situation-là de monopole existe parfois parce qu'il y a un monopole, parce que la compagnie est la seule qui décide de fabriquer tel ou tel médicament et les autres se sont retirés du marché. Effectivement, aussi, lorsqu'il y a un processus d'achat de groupe, dans le Canada par exemple, il peut arriver que ça tende vers la création de fournisseurs plus uniques en nombre et que ça puisse poser des problèmes. Et, quand on est en situation de rupture, c'est vrai que c'est problématique parce que là on doit avoir à aller chercher des médicaments ailleurs, et la réglementation actuelle est assez difficile. D'ailleurs, il y a deux semaines, j'avais déjà contacté mon homologues au gouvernement fédéral, Mme Ambrose, pour justement m'adresser à cette situation-là et faire en sorte de voir si, au fédéral, qui sont bien au fait de la situation, il n'y aurait pas lieu d'accélérer toutes les procédures administratives qui font qu'un fournisseur qui est capable de produire et produit ledit médicament qui est en pénurie au Québec ou au Canada puisse entrer facilement au Canada pour donner accès au médicament en question.

Alors, pour ce qui est de la négociation du médicament et des ententes secrètes, ça, c'est vraiment, là, le cas où viennent en collision l'intérêt du public et l'intérêt commercial. Vous savez, la mécanique ici, elle est très simple — et je ne la justifie pas, là. L'intérêt, ici, il est simple : le vendeur ne veut pas que son prix soit affiché... parce qu'ils ne veulent pas que les concurrents le voient, et, en dessous, ils acceptent de vendre à un prix plus bas. Alors, quand on négocie, bien, on se retrouve, des fois, avec des prix qui sont plus élevés qu'ils ne pourraient être parce qu'il est public. Et moi, je peux même vous nommer des compagnies — et je ne le ferai pas, évidemment — qui vont vous dire, comme on m'a déjà dit : Bien, moi, je vends aussi ailleurs dans le monde puis je ne veux pas qu'on sache qu'au Canada je vends à ce prix-là. Alors, je veux qu'un prix soit affiché, mais que le vrai prix soit celui qu'on paie dans un contrat dit secret.

C'est vrai que c'est un problème en termes de transparence, c'est vrai, mais il y a des décisions, à un moment donné, qui sont particulières. Je ne vous dis pas que je vais faire ça, là. Je vous dis qu'au Québec, historiquement, on a choisi la transparence. La transparence, je vous dis que, parfois, ça peut avoir des effets négatifs. Je vais prendre à... Juste une phrase. Je vais prendre, à cet égard, l'exemple du dernier cabinet de Mme Wynne en Ontario. La ministre de la Santé qui a fait les ententes secrètes, là, elle est actuellement présidente du Conseil du trésor. Ce n'était certainement pas pour dépenser plus d'argent, mais ces ententes étaient secrètes.

Je ne vous dis pas que c'est ça qu'on va faire, je ne vous dis pas que c'est ça qu'il faut faire, je souscris aux commentaires de la députée de Taillon comme quoi il faut faire attention. Je souscris au fait qu'il y a, dans la méthode de négociation... à un moment donné, il faut un maximum de transparence, mais, en même temps, les conditions du marché sont telles qu'il faut trouver une manière qui fonctionne pour toutes les parties. Et, pour notre parti, c'est trouver le plus bas prix possible dans un contexte commercial qu'on ne contrôle pas.

• (12 h 10) •

Le Président (M. Tanguay) : Je vous remercie. Pour une dernière minute 10 secondes, Mme la députée.

Mme Lamarre : Je vais la réserver pour le prochain bloc, parce que je pense que c'est un dossier qui mérite d'être rediscuté plus en profondeur.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, une dernière minute, donc, pour le prochain bloc.

Mme Lamarre : Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Maintenant, je cède la parole au député de Sainte-Rose, de la banquette ministérielle, pour le début d'un bloc de 20 minutes. M. le député de Sainte-Rose.

M. Habel : Parfait. Merci, M. le Président. L'ensemble des familles québécoises a déjà côtoyé de près ou de loin une personne touchée par le cancer. Les statistiques du cancer sont toujours aussi inquiétantes, M. le Président : on estime que 191 300 nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués en 2014 et que 76 600 décès seront causés par cette maladie.

Le cancer est la principale cause de mortalité au Canada; cela représente 30 % de tous les décès. En proportion, la deuxième cause de mortalité, c'est les maladies du coeur, à 19,7 %. Donc, la moitié des décès canadiens est due aux cancers et aux maladies du coeur. Selon les statistiques de 2009, deux personnes sur cinq seront atteintes d'un cancer au cours de leur vie, et une personne sur quatre va mourir du cancer. Les cancers des poumons, du rein, de la prostate ainsi que le cancer colorectal sont les plus couramment diagnostiqués. Pour les cancers colorectaux, ils représentent 13 % des nouveaux cas de cancer. De ce fait, M. le Président, le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus mortel, au Québec,

après celui du poumon. La Société canadienne du cancer estime qu'en 2013, au Québec, près de 2 500 décès seront dus au cancer colorectal. Près de 95 % des cancers du côlon et du rectum apparaissent après 50 ans. Les données scientifiques confirment que la mortalité par le cancer colorectal peut être réduite grâce au dépistage. Il faut prévenir au lieu de guérir.

En 2010, le ministre de la Santé de l'époque, notre collègue de Jean-Talon, annonçait le déploiement progressif d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal. Le programme consiste à offrir à toutes les personnes de 50 à 74 ans avec un risque moyen de cancer colorectal un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles comme examen de dépistage, suivi par la suite, M. le Président, d'une coloscopie de confirmation diagnostique en cas de résultats positifs.

Il existe deux phases : la phase I, en cours depuis 2011 au sein de sites de démonstration, vise à expérimenter les différentes modalités permettant de garantir la qualité et l'accès aux examens de coloscopie pour toutes les clientèles requérant cet examen. La phase II consistera à tester les opérations d'un programme de dépistage de façon graduelle au sein des sites de démonstration, notamment par la mise en place d'un système d'information permettant le suivi du processus d'invitation et l'évaluation de la performance.

Donc, ma question, M. le Président, sera pour le ministre de la Santé : Quels sont les actions à venir et les gestes à poser afin de contrer cette terrible maladie qui afflige de nombreuses personnes?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député de Sainte-Rose. M. le ministre, pour votre réponse.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député de Sainte-Rose. Écoutez, nous avons avec nous l'auteur de ce programme et celui qui le dirige, et je pense que ça serait très intéressant pour notre forum de pouvoir lui permettre de venir faire le point sur le déploiement et l'importance de cette partie-là du grand programme de lutte contre le cancer, la partie du cancer colorectal, évidemment avec consentement, si le député est d'accord.

Une voix : Consentement.

M. Barrette : Merci. Alors, je vous présente Dr Latreille, qui dirige...

Le Président (M. Tanguay) : ...avant de prendre la parole, s'il vous plaît.

M. Barrette : Il faut que tu dises qui tu es.

M. Latreille (Jean) : Oui. Moi, je suis Jean Latreille. Je suis directeur de la Direction québécoise de cancérologie.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, M. Latreille.

M. Latreille (Jean) : Oui. Alors, écoutez, c'est un programme ambitieux. Le programme de mettre en place le dépistage du cancer colorectal doit se faire par étapes. Et, comme vous avez très bien dit, M. le député, on a dû mettre en place l'accès à un test de dépistage immunologique du sang dans les selles, ce qui va très bien. Il y a au-delà de 7 000 à 8 000 personnes par semaine qui ont ce test au Québec, donc c'est un succès franc.

Deuxièmement, ce qu'on doit faire et c'est ce qu'on... On a des résultats très intéressants. Vous savez, pour envoyer plus de personnes qui auraient un test de sang dans les selles pour la coloscopie, il faut mettre à niveau les cliniques de coloscopie du Québec, il faut dégager une marge de manœuvre. Vous êtes très au courant que la plupart des cliniques avaient des délais de plusieurs mois, sinon des années dans certaines régions, et ils avaient énormément de personnes qui étaient en attente. On a choisi huit sites de démonstration. Dans les sites de démonstration, entre autres, dans la région de Québec, Lévis, Arthabaska, les délais qui étaient de plusieurs mois sont descendus à quelques semaines, et le nombre de personnes en attente a diminué de façon significative, parfois de quelque 1 000 personnes, à 200 personnes, 20 personnes qui étaient en attente. Donc, les chiffres sont assez dramatiques.

Nous autres, notre intention cette année, c'est d'étendre au reste du Québec la mise à niveau afin de dégager la marge de manœuvre pour permettre justement à ce que les personnes qui, malheureusement, vont avoir un test — qu'on appelle test de dépistage du sang dans les selles — de positif, qu'elles puissent avoir accès le plus rapidement possible à la coloscopie.

Pour ce faire, on s'est associés avec le Collège des médecins aussi pour... On devrait lancer prochainement, là, on vient de l'approuver... Le comité consultatif nous a soumis des normes, des normes pour la pratique de la coloscopie 2014, qui consistent en un rapport structuré pour la coloscopie, ce qui est très important. Il faut qu'il y ait un rapport structuré de ce que le médecin va faire et de la façon dont il va le faire. Il va y avoir aussi une évaluation des coloscopistes, c'est-à-dire que, si le médecin suit les normes, donc 350 coloscopies à 150 coloscopies, bien, ces 150 coloscopies là, on va être en mesure de les analyser. Le Collège des médecins est très content des normes qu'on a mises en place et compte même les adopter. Donc, ceci devrait avoir un impact énorme pour augmenter la qualité et la sécurité de la pratique de la coloscopie dans les établissements du Québec.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Latreille. Est-ce que ça complète votre question, M. le député de Sainte-Rose?

M. Habel : Bien, peut-être juste préciser : Quels sont les risques d'une personne... C'est quoi, la prévalence d'une personne qui pourrait être atteinte du cancer colorectal? Est-ce qu'on a ce genre d'information là?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. Latreille.

M. Latreille (Jean) : Vous voulez dire le nombre de personnes qui sont à risque d'avoir...

M. Habel : ...c'est quoi, les risques? Les personnes qui pourraient être atteintes du cancer colorectal, est-ce qu'il existe une prévalence? Est-ce qu'il existe des déterminations? Non?

M. Latreille (Jean) : Je n'ai pas ça en mémoire.

M. Habel : O.K., parfait. Il n'y a pas de problème.

M. Latreille (Jean) : Oui, oui, ça existe, mais c'est juste que je ne l'ai pas, là.

M. Habel : O.K. Non, il n'y a pas de problème.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, est-ce que ça complète?

M. Habel : Non. Plus de question.

Le Président (M. Tanguay) : Ça complète? Merci beaucoup. Maintenant, je cède la parole à Mme la députée de Crémazie.

• (12 h 20) •

Mme Montpetit : Oui. Merci, M. le Président. M. le ministre, j'aimerais aborder avec vous un sujet dont a eu maintes fois l'occasion de parler ensemble dans les quelque 10 années, je pense, de nos anciennes vies, où, tous les deux, nous occupions d'autres fonctions. Moi, j'étais dans une autre fédération médicale que la tienne, mais, bien souvent, nous sommes retrouvés autour de la table pour discuter de l'éternel et permanent sujet de l'accessibilité aux services de santé, et plus particulièrement à celui de l'accessibilité aux services de première ligne.

Ce dont je voulais aborder, entre autres, c'est, bon, la question... La question de l'accès en fait a souvent... a longtemps reposé sur la notion de pénurie des effectifs médicaux, pénurie des médecins de famille. Et, au cours des 10 dernières années, on a vu cette pénurie se résorber avec, notamment, entre autres, le recrutement de médecins étrangers, mais plus particulièrement en fait les admissions en médecine, qui étaient doublées à une vitesse assez accélérée.

Et donc, si la hausse massive des admissions, justement, en médecine a permis de doubler le nombre de... près de doubler le nombre de médecins de famille au Québec, ce n'est donc plus une question de nombre de médecins qui permet d'expliquer, je crois, ce problème d'accessibilité, dans le fond, aux soins de première ligne, et j'aimerais ça qu'on aborde, dans le fond, justement, qu'est-ce qui fait que l'accès aux soins de première ligne est encore difficile pour les citoyens, malgré, dans le fond, l'augmentation du nombre de médecins.

Et, depuis 2002, l'organisation des soins et services de première ligne, au Québec, repose sur le modèle des groupes de médecins de famille. On en dénombre, à l'heure actuelle, près de... bien, en fait, 250, et ces groupes ont, bon, plusieurs avantages, en ce sens que non seulement ils regroupent des médecins de famille, mais ils sont basés sur un modèle interdisciplinaire; en ce sens, bon, il y a des infirmières et d'autres professionnels. Et ils sont financés par le gouvernement, sur la base d'ententes contractuelles relativement précises qui, notamment, définissent l'offre de service et les heures d'ouverture. Elles doivent, entre autres, être ouvertes 12 heures par jour les jours de semaine et quatre heures par jour les jours de fin de semaine ainsi que les jours fériés.

On apprenait, bon, dans les derniers mois, que 45 % des groupes de médecins de famille ne respectent pas ces contrats, hein, près d'un sur deux, ce qui est quand même assez important, et notamment 40 % n'ouvrent pas la fin de semaine, ce qui freine évidemment, là, les résultats qu'on escomptait par la mise en place de ces groupes de médecins de famille là, en ce sens que, faute d'accès les fins de semaine, les patients se retrouvent à l'urgence, et c'est un cycle sans fin au niveau de l'accessibilité. Et 40 % des groupes de médecins de famille suivent aussi moins de patients que ce qui était prévu dans les ententes.

Et ce que je souhaitais voir avec vous, dans le fond, c'est qu'en campagne électorale beaucoup, beaucoup d'emphase a été mise, dans le fond, dans vos différents points de presse, sur l'amélioration de l'accès à la première ligne, entre autres en insistant beaucoup sur la poursuite du développement de ces groupes de médecins de famille. Donc, ce que je souhaiterais savoir, M. le ministre, c'est : Comment vous comptez faire, connaissant la situation actuelle, pour poursuivre ce développement? Donc, d'abord au niveau de l'accès aux soins de première ligne, est-ce que vous comptez rehausser l'offre qui existe actuellement? Particulièrement au niveau des GMF, là, est-ce qu'on continue le déploiement, dans le fond, de cette organisation?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, Mme la députée de Crémazie. Puis j'imagine qu'il y a une question qui vient à la suite?

Mme Montpetit : Évidemment.

M. Barrette : Évidemment. Alors, la réponse est évidemment oui, nous avons l'intention de continuer le déploiement. Et on arrive en poste, évidemment dans une situation qui est bien connue, c'est-à-dire celle de la non-atteinte de ce qui avait été fixé dans les campagnes électorales précédentes. On devait se rendre, de mémoire, à 275, je pense, GMF, et on s'est rendu seulement à 258. Alors, à un moment donné, le gouvernement qui est en place doit saisir cette balle-là de façon plus... dynamique, je vais dire ça comme ça. Et je l'ai dit en campagne, je l'ai dit, je pense, à plusieurs reprises depuis l'élection, je suis convaincu que la population ne tolérera pas que des efforts significatifs... soient faits pour qu'on améliore l'accès à la première ligne. Évidemment, la population, quand bien même je dirais une chose comme ça, ne s'attend pas à ce qu'on résolve tous les problèmes dans un premier mandat, mais elle s'attend à voir que quelque chose se passe et qu'il y ait un effet.

Bien, Mme la députée, vous l'avez dit très clairement, il y a un cadre dans lequel les GMF doivent fonctionner, et ce cadre-là implique un financement additionnel de la part de l'État, un financement qui est substantiel et qui s'ajoute évidemment à la rémunération professionnelle des médecins qui, elle, vient de la RAMQ. Alors, il y a un investissement qui est substantiel, qui est fait par le gouvernement, à hauteur de 90 millions de dollars, qui se fait, dans notre réseau de GMF, pour faire en sorte que ces groupes de médecine de famille soient dotés d'équipes multidisciplinaires, pas toujours les mêmes, mais particulièrement d'infirmières.

Et, dans cet investissement-là, il y a un cadre qui existe, et c'est le cadre de gestion des groupes de médecine de famille, et, dans ce cadre-là, il y a des paramètres qui sont clairement établis, et qui ont été acceptés, et entendus, et convenus entre les parties qui signent ces accords, c'est-à-dire la fédération en question pour le cas des médecins de famille, qui est la FMOQ, et, en date d'aujourd'hui, je n'ai pas entendu la FMOQ remettre en question le principe d'avoir ce cadre de référence là... de gestion, pardon, et évidemment le gouvernement, qui est l'autre signataire. Et, quand vous nous relayez l'information et mettez l'emphase sur le fait qu'un sur deux, approximativement, ne respecte pas ces ententes, bien, ce n'est pas acceptable. Et une entente, si on était dans n'importe quel autre univers... Je prends souvent l'exemple très simple de celui de l'hypothèque : moi, là, pendant un an de temps, si je ne paie pas mon hypothèque, c'est certain que quelqu'un va venir frapper à ma porte, et il va s'appeler un huissier, puis il va saisir ma maison, là.

Alors là, on se retrouve dans une situation où on a des ententes signées qui ne sont pas respectées, et d'ailleurs à preuve... et je prends à témoin un député de l'Assemblée nationale d'un des deux partis d'opposition, qui, en Chambre, il y a quelques semaines, est venu me voir en me disant : Écoute, là, moi, il y en a cinq, dans mon comté, et puis ils ne respectent pas puis ils ne veulent pas, je suis allé les voir. Bien, elle a raison d'être pas contente. là. Et, nous, c'est dans notre intention de faire respecter, dans un premier temps, les cadres de gestion qui ont été convenus entre les parties et qui incluent des heures d'ouverture et des volumes.

Mon prédécesseur se vantait d'avoir beaucoup d'inscriptions, mais on sait tous que des inscriptions, là... parce que peu de gens savent qu'un médecin reçoit une rémunération pour une inscription, mais être inscrit, là, c'est comme faire son rapport d'impôt, là. Le rapport d'impôt, ça ne donne pas toujours un retour; des fois, c'est un paiement. Bien, une inscription, c'est la même affaire : ça ne garantit pas l'accès. Alors là, nous, comme État, on paie des inscriptions, mais on n'a pas la garantie d'avoir un service, puis il y a un cadre qui devrait garantir d'avoir le service. Alors, nous, pour ce qui est de la base relationnelle que l'on a avec cette fédération-là, bien, un, on va continuer, comme vous me l'avez demandé, à déployer les groupes de médecine de famille, et, deux, évidemment on va s'assurer que le cadre de gestion soit respecté.

Ce qui m'amène à l'étape suivante, à laquelle je vais peut-être revenir avec votre prochaine question, peut-être : et ce cadre-là n'est pas parfait et nécessite une révision, et nous sommes en train de le réviser, et, je l'ai dit à plusieurs reprises dans les deux derniers jours, à l'automne, il y aura un dépôt d'un cadre de référence... cadre de gestion, pardon, je m'excuse, c'est le mauvais terme, révisé et qui sera évidemment à être discuté et négocié avec la FMOQ, mais on a la ferme intention de le refondre, de façon à ce que la population ait des services.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Pour encore un peu plus de quatre minutes, Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Bien, en fait, ma question — vous m'avez ouvert la porte, mais je pense que vous pourrez réitérer parce que je pense que c'est toujours bon de l'entendre — sur notre engagement, dans le fond, je comprends, comme gouvernement, mais vous, comme ministre de la Santé, à s'assurer que l'ensemble, dans le fond, des ententes contractuelles soient respectées, et donc je comprends donc qu'à terme, ce que l'on souhaite relativement rapidement, c'est que ces ententes-là soient respectées, qu'on en ait pour notre argent, comme on disait plus tôt, donc que les ententes, que la rémunération qui est donnée, donc le nombre d'heures soit respecté, le nombre d'heures d'ouverture, que ce soit la semaine, les jours fériés, la fin de semaine, le nombre de patients qui devraient être pris en charge par les médecins de famille le soient également. Donc, je comprends que c'est dans cette direction-là, relativement rapidement, qu'on s'en va?

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

• (12 h 30) •

M. Barrette : Oui, M. le Président. Oui, Mme la députée, vous avez parfaitement raison. Et je ferai un commentaire : Le «à terme» ne veut pas dire en 2018, dans mon cas. Alors, je l'ai dit tantôt et je le redis, là : Je ne comprends pas comment on a pu tolérer, pendant les 18 derniers mois, là. C'était sur la place publique, cette affaire-là, là. C'est un contrat, et normalement un contrat, ça doit être respecté, sinon il y a des conséquences. Alors, ici, là, moi, je vais prendre un instant, à la limite, M. le Président, pour m'adresser, via les médias, à mes collègues de la communauté médicale.

Ici, nous avons la chance d'avoir un système public, qui a de nombreux avantages et pour les patients et pour les médecins, mais, en quelque part, on a tous la responsabilité — qu'on soit ministres, qu'on soit députés et qu'on soit

praticiens — première de faire en sorte que les soins soient livrés à la population. Et, quand on signe des ententes qui visent à ce que ces services-là soient livrés, en temps opportun, avec des horaires appropriés puis avec une rémunération adéquate, à la population, puis, quand l'entente permet ça, bien, c'est normal, à un moment donné, de demander à nos partenaires... Parce que, dans ce cas-là, on peut dire que ce sont des partenaires, le gouvernement ne peut pas tout faire, on a besoin des praticiens, mais, au bout de la ligne, à un moment donné, il est normal, pour un gouvernement, de faire en sorte de s'assurer que ce qui a été convenu comme livraison de service le soit, pas en 2018, pas en 2016, pas en 2015; là. Alors, la refonte du cadre de gestion va viser à ça, et l'application ou le terme de l'application de ce cadre-là, révisé ou actuel, c'est 2014. Alors, on ne peut pas tout faire dans une journée, il y a certaines pincettes qu'on doit prendre. Mais ça ne se fera pas en 2015, ça va être maintenant.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Il reste un peu plus d'une minute, 1 min 30 s. Alors, on peut la reporter sur le prochain bloc.

Des voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Reportons-les sur le prochain bloc, 1 min 30 s.

Mme Montpetit : Peut-être juste de souligner...

Le Président (M. Tanguay) : Oui, Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : ...l'intérêt de l'intention du ministre de la Santé. Je pense qu'on est tous heureux d'entendre la direction qui est prise, et on sera avec vous dans cette direction.

Le Président (M. Tanguay) : Merci...

Mme Montpetit : Donc, oui, reportez-la au prochain bloc.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Maintenant, je suis prêt à reconnaître le porte-parole du deuxième groupe d'opposition, le député de Drummond—Bois-Francs... non, le député de La Peltrie, pour un bloc de 20 minutes. M. le député.

M. Caire : Merci, M. le Président. Récemment, le ministre de la Santé a fait connaître à l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal sa décision de mettre fin à l'entente qui existait entre l'hôpital et la clinique médicale RocklandMD, ce qui est curieux, M. le Président, parce que ce qu'on comprend de cette entente-là, c'est qu'elle permettait, au niveau des chirurgies mineures, d'augmenter le volume de chirurgies. De fait, on constate que les objectifs qui avaient été fixés par l'entente à la clinique ont été respectés intégralement. Ce qu'on comprend aussi, c'est que les coûts d'opération, quand on calcule l'ensemble des frais, sont moins élevés à la clinique qu'à l'hôpital. Ce qu'on comprend aussi, c'est que l'hôpital n'est pas prêt à récupérer l'ensemble de ces chirurgies-là. Et, malgré ces éléments-là, la décision... Et je dois le préciser, M. le Président, c'est une décision qui avait été prise par le précédent ministre de la Santé pour des raisons purement idéologiques, parce que sa justification à lui, c'était que cette entente-là n'était pas éthique. Donc, je comprends que, pour le ministre du Parti québécois, l'idéologie primait sur l'efficacité.

Ce qui par contre m'interpelle un peu plus, c'est de voir que le nouveau ministre de la Santé s'inscrit dans la même logique que le précédent. Donc, j'aimerais que le ministre m'explique le bien-fondé de sa décision qui, au premier regard en tout cas, ne trouve pas de justification dans le contrôle des coûts et l'augmentation de l'efficacité du réseau.

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

M. Barrette : M. le Président, M. le député, bien, je vous remercie de votre question parce qu'aujourd'hui je peux le commenter d'une façon plus élaborée que je ne l'ai fait dans le passé — parce que, vous vous en rappelez sûrement, je l'ai fait à plusieurs reprises. Mais, pour comprendre la décision, il faut quand même que je mette les choses en contexte.

Alors, M. le Président, il faut retourner quand même à l'origine de la décision d'aller de l'avant avec l'utilisation de RocklandMD comme soupape à une problématique qui, alors, existait à l'Hôpital Sacré-Coeur. L'Hôpital Sacré-Coeur, je le répète, ils ne sont pas vétustes aujourd'hui parce qu'ils étaient très bien il y a cinq ans, là; ça fait longtemps qu'ils sont vétustes, à l'Hôpital Sacré-Coeur. Et, sans entrer dans le détail — qui ne serait pas bon, là, en termes d'image — il y avait des raisons, à l'Hôpital Sacré-Coeur, pour cesser l'activité dans certaines salles d'opération ou faire des rénovations, parce que ça devenait nécessaire. Et, à un moment donné... Et c'est important, M. le député de La Peltrie, là...

Bien, je ne veux pas vous interrompre, là, ce n'est pas ça que je veux faire, là. M. le Président, c'est important de reconnaître et de se rappeler qu'initialement, quand il y a eu l'entente avec RocklandMD, c'est parce qu'il y avait un problème de capacité lié à la vétusté — il y avait les deux — à l'Hôpital Sacré-Coeur et il a été jugé approprié, à ce moment-là, pour continuer à desservir la population correctement... Quand je dis «desservir la population correctement», ça signifie qu'un hôpital comme Sacré-Coeur, normalement, comme gouvernement, on s'attend à un volume chirurgical. Puis, quand on dit «on s'attend à un volume chirurgical» par exemple, bien, ça peut se traduire en nombre de cas mais aussi en taux d'utilisation des salles d'opération, la combinaison des deux faisant le service local qui est donné à la clientèle.

Alors, à l'époque... et je n'étais... personnellement, je n'y voyais pas de problème, il avait été décidé d'utiliser Sacré-Coeur... pas Sacré-Coeur, je m'excuse, RocklandMD. Il y avait un autre objectif, à l'époque, qui est sous-tendu par le commentaire du député de La Peltrie : c'était une époque, rappelons-nous-le, où on cherchait un moyen de mettre de la compétition dans le réseau, et RocklandMD, se présentant comme une source additionnelle, payée par le public, avec théoriquement des coûts analysables, je dis bien «théoriquement» et j'y reviendrai dans un instant, bien là, il y avait la possibilité de «benchmarker» le système public.

Alors, état initial : il y avait un problème de volume, là; il fallait compenser en quelque part. Compétition, ça arrivait à point nommé, Rockland est née. Maintenant, Rockland a vécu. Avec le temps, il y a des analyses qui ont été faites sur la base... pas sur la base mais avec comme objectif de déterminer le coût unitaire de chacune des procédures ou le coût d'une journée chirurgicale par opposition ou en comparaison avec celle qui serait faite à l'hôpital, et ça, bien, c'est ça, du «benchmarking». Le «benchmarking», c'est de regarder lequel des deux a le meilleur coût, et là, là, encore une fois, je souscris à l'idée sous-tendue par le commentaire du député de La Peltrie : bien oui, nous autres, on est d'accord avec ça, là. J'étais d'accord avec ça, moi, là; je suis encore d'accord avec ça. Il n'y en a pas, de problème avec ça. Ceci dit, à un moment donné, il y a une décision qui doit être prise sur la base non pas simplement du volume mais aussi du coût, du coût unitaire, et c'est là-dessus que la décision a été prise récemment.

Maintenant, il y a un impact aussi, qui est un impact organisationnel. Quand Sacré-Coeur... Je reviens au point d'origine. Quand Sacré-Coeur a eu son problème de, entre guillemets, productivité, pas du tout entre guillemets, lié à la vétusté de ses blocs, bien, il fallait continuer à donner le service. Ce n'était plus possible à Sacré-Coeur; pour la clientèle de Sacré-Coeur, on est allés à Rockland. Depuis le temps qu'on est allés à Rockland, le réseau, mes prédécesseurs, l'appareil gouvernemental a tout fait pour faire en sorte que, si le coût unitaire était trop élevé, on puisse, dans le réseau, reproduire le volume d'activité qui est fait à Sacré-Coeur, dans le réseau public, si le réseau public, évidemment, se retrouvait dans une circonstance où on pouvait démontrer que ça coûtait moins cher que dans le privé à RocklandMD. C'est ça qui a été fait, M. le Président.

Dans les dernières années, en fait dans les deux dernières années, je dirais, ou même plus que ça, dans les trois, quatre dernières années, on a développé un volume d'activités chirurgicales pour les médecins de Sacré-Coeur, pour la clientèle de Sacré-Coeur, à Jean-Talon, essentiellement en orthopédie. Il y a d'autres activités chirurgicales qui ont été déployées maintenant à Fleury, ce qui fait qu'en date d'aujourd'hui on se retrouve avec des activités en volume équivalent au problème initial pour servir la clientèle de Sacré-Coeur, mais — et là c'est ça qu'est le problème — là, il y a des analyses qui ont été faites, des analyses externes, des analyses internes, qui montrent que, malheureusement, il y a un différentiel de coûts significatif pour la même activité chirurgicale, incluant tous les frais afférents à l'activité en question, à Rockland, par rapport au réseau public.

En français, ça coûte plus cher à Rockland pour les mêmes activités. Donc, les activités de Sacré-Coeur reviennent au public, ce qui ne veut pas dire, puis je termine là-dessus, M. le Président...

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : ...ce qui ne veut pas dire qu'on ferme la porte à des ententes avec RocklandMD, au contraire, ou à d'autres. On ne ferme pas la porte à ça, mais la porte, on va y entrer si le coût est compétitif, et là on a constaté que le différentiel était trop grand.

Le Président (M. Tanguay) : O.K. M. le député de La Peltrie.

• (12 h 40) •

M. Caire : Bien, la première chose, M. le Président, la réponse du ministre m'étonne au plus haut point parce que j'ai ici une analyse qui a été faite pour les chirurgies d'un jour. C'est une analyse qui a été faite par l'Hôpital Sacré-Coeur, là. Ce n'est pas RocklandMD qui a fait ça, c'est l'Hôpital du Sacré-Coeur qui s'est penché sur la question que le ministre vient d'aborder, et la conclusion de cette étude-là va à contresens de ce que le ministre vient de dire, à savoir que, selon si on prend les chiffres qui sont avancés par cette analyse-là de RocklandMD, une chirurgie, à l'Hôpital Sacré-Coeur, coûte 2 906,39 \$ — au coût moyen, évidemment — et, lorsqu'on prend l'ensemble des frais en considération, à RocklandMD, c'est 2 456,22 \$; donc, 223 \$ de moins. Donc, c'est 8 % de moins à RocklandMD qu'à Sacré-Coeur, selon une étude qui a été commandée par l'Hôpital du Sacré-Coeur. Donc, déjà là, je ne sais pas sur quelle étude le ministre se base, mais je pense qu'il serait intéressant que les parlementaires aient accès à cette information-là pour juger de la pertinence, pour bien mesurer ce que le ministre vient de dire, d'une part.

D'autre part, comment justifier que, le 6 mai dernier — 6 mai 2014, là, pas à l'époque de Matusalem — le conseil d'administration demandait au ministre, par la voix de M. Groulx — Gabriel Groulx, le président de son conseil d'administration — la possibilité de renouveler cette entente-là avec RocklandMD en disant que l'ensemble des problématiques avait été très bien répondu par cette entente de service là. Donc, l'hôpital lui-même se déclarait très satisfait de l'entente et souhaitait la renouveler, avec ceci près, et la rigueur m'oblige à le mentionner, de dire qu'effectivement à terme les opérations seraient rapatriées à l'hôpital. Ceci étant dit, les opérations seraient rapatriées à l'hôpital lorsque l'hôpital serait prêt à les accueillir, ce qui n'est pas le cas présentement.

Donc, vous coupez un service... Le 4 septembre prochain, on va couper un service en demandant à l'hôpital de l'assumer, alors qu'ils vous disent : On n'est pas prêts à le faire. Donc, d'une part, ils ne sont pas prêts à donner le service et, d'autre part, jusqu'à preuve du contraire — puis je prends la parole du ministre, mais j'aimerais bien avoir les documents pertinents — ça coûte moins cher à RocklandMD, ce qui a fait dire au premier ministre actuel, en pleine campagne électorale, et là je vais le citer : «C'est un bon projet qui fonctionne bien, et au bénéfice des patients», a réagi [le premier

ministre du Québec.]» Donc, dans ces circonstances-là, je suis désolé de le dire, mais les faits contredisent ce que le ministre vient de nous dire, à moins que le ministre ait de nouveaux faits à nous apporter.

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

M. Barrette : M. le Président, le député de La Peltrie actuellement se retrouve exactement dans la même position intellectuelle que le député de Mercier. L'hirondelle ne faisant pas le printemps, et l'électron ne faisant pas le courant...

M. Caire : ...le ministre de la Santé, M. le Président.

M. Barrette : Pardon?

M. Caire : Je ne vous ai pas insulté.

M. Barrette : Bien là!

Des voix : Ha, ha, ha!

Le Président (M. Tanguay) : On va poursuivre le débat. Ça va très bien. Je vous invite, M. le ministre, à poursuivre.

M. Barrette : Il faudrait peut-être demander l'opinion sur ce commentaire-là à la députée de Taillon, là.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, je vous en prie, M. le ministre, poursuivez.

M. Barrette : Vous vous retrouvez dans la même situation de l'exercice intellectuel qui est celui qu'a fait le député de Mercier parce qu'évidemment vous vous basez sur une étude qui ne fait pas nécessairement foi de la potentielle vérité. Bon, je m'explique. Pour ce qui est de Sacré-Coeur...

Alors, pour l'étude... Je vais commencer par l'étude. L'étude, M. le Président, c'est une étude qui a été faite par les médecins de l'hôpital. Ce n'est pas une étude qui a été déposée au ministère de la Santé et des Services sociaux par l'administration hospitalière. L'administration hospitalière, elle, subit, par définition, des pressions de son corps médical. Je peux vous dire que le corps médical peut faire des moyens de pression ou des pressions, je vous le garantis.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Barrette : Mais ça n'a pas été déposé au ministère, et là on se retrouve dans une situation problématique de gestion pure, M. le Président.

Vous comprendrez, et le député de La Peltrie va le comprendre aussi puis il va être d'accord avec moi, qu'en maintenant en place l'offre de service normale de Sacré-Coeur dans une conjugaison de Sacré-Coeur—Fleury—Jean-Talon, c'est ça qui est le rôle de Sacré-Coeur, c'est une extraordinaire plus-value de disposer, pour ce groupe-là de chirurgiens dans l'hôpital, d'un site supplémentaire; c'est très rentable. Et c'est très favorable pour la pratique, et je serais heureux, moi aussi, être à leur place, puis je me battrais pour l'avoir. Mais, en termes d'équité interhospitalière, à un moment donné, on donne des missions puis on donne des volumes, et la finalité n'est pas de créer un avantage supplémentaire à quelqu'un parce qu'on a eu un épisode compensatoire, qui a été celui de RocklandMD, à une problématique qui existait à Sacré-Coeur, qui a été corrigée. Pour la vie sacrécoeurienne, ça ne se dit pas, mais, pour la vie sacrécoeurienne, la situation a été corrigée. Maintenant, si RocklandMD reste avec Sacré-Coeur, c'est un avantage que d'aucuns pourraient qualifier d'indu. Mais je n'ai pas de problème, moi, à augmenter la capacité, par RocklandMD ou n'importe qui d'autre, dans la mesure où le prix est compétitif.

Alors, nous avons eu des études, faites par des firmes externes, qui regardaient l'ensemble de l'oeuvre, incluant les immobilisations, les hypothèques, les ceci et les cela, plus que simplement la RAMQ, le personnel, les infirmières et les fournitures médicales, et ces documents-là nous font conclure... ou concluent, plutôt, qu'il y a un différentiel significatif. Alors, je renvoie la balle à mon collègue de La Peltrie : Si lui était pris dans une situation de pure gestion où, entre deux services, l'un des deux, public, coûtait moins cher que le privé, puis ça ne veut pas dire que le privé peut le faire à meilleur prix, là, c'est peut-être possible, mais, dans cet état de situation là, est-ce qu'il prendrait la même décision que moi sur la base de pure gestion, donc le «bottom line», la parenthèse versus l'absence de parenthèse? Nous, ce que l'on a fait, c'est prendre une décision d'affaires. Et je le redis, M. le Président, je le redis d'une façon formelle : Si, à RocklandMD, on peut nous donner des services qui sont — et ailleurs, pas juste eux autres, là — compétitifs en termes de coût, bien, voilà, on va le regarder.

Ceci dit, le dernier commentaire, M. le Président, je vais prendre juste 30 secondes : les données dont je vous parle, les éléments dont je vous parle, on ne les avait pas, en campagne électorale, là. Alors, je peux comprendre mon patron, le premier ministre, d'avoir... c'est-à-dire de s'être avancé dans cette direction-là, pour une raison qui est très simple : lui non plus, là, ne savait pas ça, là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie, en vous rappelant qu'il vous reste un peu plus de cinq minutes.

M. Caire : M. le Président, bien, écoutez, la question qui me vient immédiatement à l'esprit... En fait, il y a une question qui a été adressée partiellement par le ministre, en disant : J'ai des études qui prouvent le contraire. On va se résumer comme ça. Parfait. Où sont-elles? Et peut-on y avoir accès? Parce que, là, je peux comprendre que le ministre me dit : Écoutez, cette étude-là, ça a été fait par des docteurs. Est-ce que ça a été fait avec toute la rigueur que commande ce genre d'étude là? Mais une chose est sûre, c'est que moi, j'en ai une, là, une évaluation faite par l'hôpital, qui me dit : Ça coûte moins cher. Le ministre a une étude. J'ose croire qu'il va la rendre disponible pour qu'on puisse apprécier la pertinence de cette étude-là aussi, et sa supériorité, en termes techniques et en termes de procédure, sur l'étude qui nous a été proposée.

D'autre part, je répète que le conseil d'administration... Puis là le conseil d'administration, ça, ce n'est pas les médecins, là. Le conseil d'administration, ce n'est pas les médecins, c'est des citoyens, des gens, des administrateurs et, dans ce cas-ci, des gens qui ont une certaine compétence — je pense que le ministre et moi, on va être d'accord là-dessus — qui disent que, oui, à terme, on va les rapatrier, mais, au moment où on se parle, permettez-nous de renouveler l'entente parce qu'on n'a pas la capacité. Or, est-ce que le ministre peut nous garantir qu'à Sacré-Coeur ou dans les autres centres hospitaliers du réseau universitaire on sera capables de rendre les services de façon qualitativement aussi efficace et à un coût moindre? Parce que, pour l'instant, ce n'est pas l'information qu'on a.

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

M. Barrette : M. le Président, alors, évidemment, une des raisons fondamentales pour autoriser la rénovation éventuelle de Sacré-Coeur est celle-là, hein, parce qu'il y a un volet chirurgical qui est important dans le projet. Mais je suis obligé de dire, M. le Président, qu'aujourd'hui c'est une journée quand même mémorable. Moi et le député de La Peltrie, pour la deuxième fois, avons encore un point en commun : il a une étude que je n'ai pas puis j'ai une étude qu'il n'a pas.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Barrette : Alors, on se promène, ici, dans les méandres de l'univers de l'accès à l'information, auquel vous me permettez de référer le député de La Peltrie.

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

M. Caire : Bien, M. le Président, c'est avec un énorme plaisir que je propose de déposer à la commission l'étude, ce qui va la rendre publique et donc le ministre y aura accès. Maintenant, j'aimerais avoir le même engagement de sa part qu'il déposera à la commission sa propre étude et donc que l'ensemble des parlementaires pourront bénéficier de l'ensemble de l'information.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, juste pour y aller de façon ordonnée : dans les 2 min 30 s qu'il vous reste, alors vous déposez le document dont vous avez possession. Vous le déposez, donc il sera rendu public.

M. Caire : Sous condition que le ministre accepte de faire la même chose.

Le Président (M. Tanguay) : Ah! alors, vous m'indiquerez plus tard, là... Alors, M. le ministre, je vais maintenant vous céder la parole, en rappelant qu'il reste à peu près 2 min 15 s pour ce bloc. Et nous avons, pendant devant nous, le dépôt d'un document du député de La Peltrie, qu'il nous confirmera ultérieurement. Alors, la parole est au ministre. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, nous sommes dans, comme j'ai dit il y a quelques instants, les méandres réglementaires. Alors, je ne peux pas accepter une demande conditionnelle. Ça m'apparaît un peu particulier. Si vous n'avez pas d'objection, M. le député, je vais le prendre en délibéré puis on en parlera à un autre moment.

Le Président (M. Tanguay) : Parfait. M. le député de La Peltrie, il vous reste 1 min 40 s.

M. Caire : Oui. Alors, M. le Président, est-ce que le ministre peut nous dire si... C'est Jean-Talon, oui, c'est Jean-Talon, excusez-moi, j'avais... Jean-Talon—Fleurimont...

M. Barrette : L'hôpital, vous voulez dire...

M. Caire : Oui.

M. Barrette : ...et Fleury.

M. Caire : Oui, Fleury, pardon. Parce que, là, on a des mises à niveau à faire quand même, tout n'est pas complété, là. C'est ce qu'on apprend du conseil d'administration. Donc, quand on inclut ces prix-là... ces coûts-là, je devrais dire, est-ce qu'on peut avoir la garantie que les opérations vont demeurer à meilleur coût à l'hôpital qu'au centre RocklandMD?

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

M. Barrette : L'évaluation qui a été faite va exactement dans ce sens-là, M. le Président.

M. Caire : Parfait.

Le Président (M. Tanguay) : Encore une minute, M. le député.

M. Caire : Bien, je vais reporter à mon prochain bloc, M. le Président.

• (12 h 50) •

Le Président (M. Tanguay) : Oui, sans problème. Alors, une minute reportée au prochain bloc. Nous allons... Juste pour vous indiquer quelques éléments importants pour nos travaux : nous allons suspendre à 13 heures, ce qui veut donc dire que nous allons débiter un bloc des députés de la banquette ministérielle, un bloc de 20 minutes, mais, à 13 heures, nous arrêterons, donc dans environ une dizaine de minutes. Alors, sans plus tarder, j'invite la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré à s'adresser au ministre. Mme la députée.

Mme Simard : Merci, M. le Président. Donc, en 2012-2013, une dégradation de l'accès à la chirurgie a été constatée à l'échelle du Québec. En effet, on a connu une augmentation du nombre de patients en attente depuis plus d'un an et, parallèlement, une diminution des chirurgies réalisées, soit 5 000 opérations de moins, par rapport à 2011-2012, selon les chiffres du ministère de la Santé et des Services sociaux.

À l'automne 2012, le gouvernement précédant a coupé 50 millions de dollars dans le secteur de la chirurgie, et, dans un article de *La Presse*, paru le 12 novembre 2012, on apprend que le réseau s'est mobilisé contre cette décision. L'ensemble des directeurs d'hôpitaux du Québec ont jugé qu'il s'agissait là d'un objectif irréaliste, ne pouvant faire de telles coupes si tard dans l'année sans rogner sur les services. Plus loin, on indique que cette décision arrive, de surcroît, en fin d'année financière : sabrer 50 millions dans les quatre mois qu'il reste de l'année équivaut donc à une ponction du triple en un an, soit 150 millions.

Les conséquences se sont rapidement fait sentir. À Québec, le 10 février dernier, le temps d'attente pour les chirurgies avait doublé dans la région de la Capitale-Nationale. Le nombre de personnes en attente depuis plus de six mois pour une chirurgie est passé de 1 654, en 2011-2012, à 3 162 à la fin du règne du gouvernement péquiste. Dans Lanaudière, au 26 février 2014, 669 patients attendaient à leur tour de passer sous le bistouri. Même histoire dans le Bas-Saint-Laurent où le temps d'attente pour une chirurgie avait presque triplé en date de février dernier.

Alors, M. le Président, considérant tous ces faits, considérant que l'attente également a augmenté et même doublé ou triplé dans certaines régions, je m'interroge sur l'accès à la chirurgie pour tous les Québécois qui attendent de passer sous le bistouri. Évidemment, la situation est inquiétante et préoccupante, et j'aimerais savoir comment le ministre compte rétablir la situation et réduire les délais d'attente pour la population du Québec. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, Mme la députée, merci de me poser cette question-là qui non seulement est intéressante, mais témoigne ou reflète la complexité de notre réseau et l'ampleur des remaniements qu'on doit y faire pour s'assurer que notre réseau puisse fournir la... pas la marchandise mais les soins requis par la population.

Un gouvernement, M. le Président, Mme la députée, un gouvernement... le gouvernement libéral a fait... a démontré, par le passé, qu'un gouvernement pouvait avoir un effet. C'est possible par des décisions gouvernementales d'avoir un effet bénéfique dans l'ensemble du réseau, et je vous donne quelques exemples.

En 2012, lorsqu'on a quitté le pouvoir et qu'on regarde ce qui s'est passé dans nos mandats à l'époque, de 2003 à 2012 on constate qu'à ce moment-là les listes d'attente, pour ce qui est de l'accès à la chirurgie, avaient diminué globalement de 20 % et que le gouvernement, pour y arriver, avait investi, dans cette période-là, 130 millions de dollars récurrents. On avait réduit également de 49 % le nombre de patients en attente de plus de six mois, ce qui n'est pas banal, là. À l'époque... Rappelons-nous qu'il y a eu une époque où les gens attendaient, là, un an, deux ans, là. C'était dans tous les journaux. C'était considéré comme étant insolvable et on a quand même réussi à diminuer de moitié la liste d'attente des patients de plus de six mois.

Dans des cas particuliers, parce que le gouvernement libéral d'alors avait ciblé des chirurgies qui avaient un impact très significatif sur la population de nos aînés en termes fonctionnels, puis ça, ce n'est pas banal, il fallait... c'était une décision qui était importante, il y a un paquet de gens qui étaient dysfonctionnels parce qu'ils avaient de la misère à voir, à marcher, alors on a augmenté : de 75 % les chirurgies de la cataracte, de 192 %, le genou, 60 %, de la hanche. Même l'Institut Fraser, là, qui n'est, en général, pas toujours un fan du Québec, on va dire ça comme ça, on nous classait deuxième, à l'échelle du pays, pour les temps d'attente en chirurgie. Alors, le gouvernement a fait... le gouvernement libéral a pris, à l'époque, des décisions qui étaient importantes et qui ont eu un effet.

Maintenant, qu'est-ce qui s'est passé dans le dernier mandat, de 2012, depuis l'élection du Parti québécois, jusqu'à aujourd'hui? Bien, on sait ce qui s'est passé. On connaît la problématique budgétaire. Je pense qu'il faut revenir à chaque occasion qu'on peut. On connaît la politique d'écran de fumée, qu'on a bien décriée ce matin. Mais, pendant ce temps-là, on faisait une autre chose. Pendant ce temps-là, au lieu de continuer à investir, on coupait. Hein, on se rappellera — il y a des articles qui l'ont montré, c'est dans nos documents — il y a eu, à un moment donné, des coupures, jusqu'à hauteur de 50 millions de dollars, dans le domaine de la chirurgie. Même, plus que ça, l'objectif... ou l'objet de la visibilité étant de s'occuper, entre guillemets, des urgences, bien, dans les hôpitaux, là, on peut donner un ordre, là, M. le Président, on peut dire, à un moment donné : Ralentissez les électifs parce qu'on doit libérer les urgences. Et ça s'est fait dans certains

hôpitaux, M. le Président. Alors, dans certains hôpitaux, il y a des listes d'attente qui ont augmenté beaucoup, beaucoup. Comme la députée l'a bien mentionné, il y a des hôpitaux qui ont montré des temps d'attente qui ont doublé dans les régions qu'elle a mentionnées, mais aussi dans Lanaudière et dans le Bas-Saint-Laurent.

Alors, on s'est retrouvés, au Québec, M. le Président, dans les 18 derniers mois, avec une augmentation de l'attente en chirurgie de façon significative. Et évidemment, comme toujours, en médecine, dans notre réseau de la santé, quand on fait quelque chose qui ne fonctionne pas à une place, ça a un effet domino, et je peux vous garantir que ça a un effet domino jusqu'à la première ligne.

Qu'est-ce qu'on va faire, maintenant puis dans le futur, pour s'assurer de redresser la situation. Alors, j'y ai fait référence hier, et je mets en évidence ou en exergue un élément qui est très, très important. Un hôpital, là, ça se gère. Et tantôt j'ai parlé de taux d'occupation ou de taux d'utilisation de salles d'opération. Moi, M. le Président, dans le passé, j'ai fait une tournée des blocs opératoires, sous un gouvernement libéral, avec certaines personnes qui sont ici, dans la salle, du côté de l'appareil gouvernemental. Et on a constaté, M. le Président, qu'il y avait possibilité d'améliorer les choses, mais ça demeurait des décisions qui soient prises par l'administration. Il y a eu une amélioration suivie d'une détérioration. Quand j'ai parlé, hier, du fait que l'on avait à restructurer notre réseau et que des décisions allaient être prises pour faire en sorte qu'on améliore la qualité de la gestion tout en économisant des coûts, hier, bien, là-dedans, je fais référence à ça aussi, M. le Président.

Les hôpitaux du Québec, à certains égards, et à l'égard chirurgical pour certains — pas tous, il y a des hôpitaux qui sont des champions, il y en a qui sont moins champions dans la même région — bien, on sait qu'on a des capacités à aller exploiter, et ça, c'est une question de gestion. Alors, on sait qu'il y a une marge de manœuvre inexploitée au Québec, qui le sera d'une façon plus intense, on va dire, sur notre directive, une direction dans un futur rapproché.

Il y a d'autres options, par exemple, M. le Président, et je fais référence ici à un principe qu'on a déjà utilisé, mais qui a comme été abandonné : le principe des zones franches. On a des hôpitaux qui ont des capacités non utilisées et qui pourraient être utilisées, par exemple en augmentant le volume de chirurgies d'un jour offert à la population d'une région, une plus grande région, mais opérée par des médecins qui ne sont pas nécessairement de l'hôpital en question. Ça, ça peut se faire dans bien des endroits au Québec, M. le Président. Des procédures chirurgicales ne demandent pas toujours un bloc opératoire sous anesthésie générale. Dans ma campagne électorale, j'avais le plaisir d'aller dans la région de Mauricie, dans la région du député de Saint-Maurice, et je visitais un petit hôpital qui, lui, est dans le comté du député de Maskinongé, qui dispose de ressources... et j'ai été ébahi, M. le Président. Le Parti québécois disposait de ressources, dans la région de la Mauricie, parfaitement équipées, toutes neuves, qui fonctionnaient un à deux jours par semaine. Ce n'est pas normal. Il y a du monde qui attend dans cette région-là, là. Il y a des ressources qui sont utilisables. C'est des pieds carrés qu'on paie, c'est du chauffage qu'on paie, des hypothèques qu'on paie, des équipements qu'on a payés et qui ne servent pas pendant 60 % du temps. Il y en a, de ça, au Québec, M. le Président. Le gouvernement précédent aurait très bien pu, là, se lever un matin puis dire : On va s'occuper de ça. Non, ils ont fait autre chose. Nous, on va s'en occuper, des zones franches par exemple, l'utilisation maximale de nos capacités chirurgicales dans toutes les régions, c'est parfaitement faisable, et on va le faire.

Évidemment, il y a des choses qu'on ne peut pas exploiter, M. le Président. Je vous donne un exemple qui est très simple. C'est important, par exemple, d'avoir un bloc opératoire à Gaspé, mais, à Gaspé, il n'y a pas nécessairement la population pour occuper le bloc opératoire 24 heures par jour, sept jours sur sept, et, demain matin, on ne va pas déménager les patients de Montréal à Gaspé. Bon! Il y a de la capacité là que, force est de constater, on ne peut pas aller chercher. Mais, sans nommer les hôpitaux des grandes régions... des grandes régions, j'inclus la Mauricie, bien, il y en a, de la capacité, M. le Président, et on va l'exploiter au bénéfice de la population. Et ça, ça passe par la gestion.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre.

Compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 15 heures. Merci.

(Suspension de la séance à 13 heures)

(Reprise à 15 h 3)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Merci beaucoup. Nous allons reprendre nos travaux. Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2013-2014.

Puisque nous avons débuté nos travaux à 15 h 3 et qu'une période de trois heures doit être respectée à l'étude de ce programme cet après-midi, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit à 18 h 3? Oui, consentement. Merci.

Avant de poursuivre nos travaux, je vous informe du temps approximatif qu'il reste à chaque groupe parlementaire pour l'étude de ce programme : gouvernement, environ — on me dit «environ» — 2 h 39 min; opposition officielle, 1 h 14 min; deuxième groupe d'opposition, 37 min 30 s.

Lors de la suspension de nos travaux ce matin, nous étions à terminer un bloc appartenant au gouvernement. Il y restait 10 minutes, et, d'entrée de jeu, je reconnais la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré. Mme la députée.

Mme Simard : Merci, M. le Président. Alors, plus tôt ce matin, le ministre a invoqué qu'il a fait une tournée des blocs opératoires du Québec. Or, il n'a pas beaucoup précisé ce à quoi il référerait exactement. Alors j'aimerais, M. le Président, que le ministre explique un peu dans quel contexte ces visites se sont effectuées et quels ont été ses constats sur le terrain.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, Mme la députée, merci de me rappeler de bons souvenirs, parce que c'est pour moi de bons souvenirs, et je vous dis pourquoi. Parce qu'à l'époque c'était le gouvernement libéral qui était en place, et il y avait une problématique, évidemment, dont on se rappelle tous et toutes, qui était évidemment des listes d'attente qui étaient interminables pour la population et, particulièrement à cette époque-là, des listes qui étaient interminables pour, comme j'y ai fait référence ce matin, une population qui avait des problèmes très importants en termes d'autonomie physique. Et je fais référence, évidemment, aux personnes âgées. Et c'est la raison pour laquelle, à l'époque, là, on était dans une période où le gouvernement libéral d'alors, comme je l'ai dit ce matin, avait investi des sommes d'argent substantielles pour réduire et, à toutes fins utiles, en date d'aujourd'hui, avoir fait disparaître, par exemple, les listes d'attente en cataractes, une grande, grande amélioration, comme je l'ai dit ce matin, pour les genoux et les hanches.

Maintenant, quand ça, c'est arrivé, j'occupais évidemment d'autres fonctions, et, le sous-ministre qui était en place à l'époque, je l'avais rencontré pour lui dire : Écoutez, nous autres, on pense que le réseau pourrait être optimisé. Puis ce n'était pas un terme qu'on utilisait à l'époque, on utilisait un langage plus cru et on trouvait que le réseau pouvait performer plus. On considérait, dans nos expériences respectives, là, les gens qui me côtoyaient, que, dans le monde du bloc opératoire, il y avait des ressources qui n'étaient pas utilisées à leur pleine capacité et on considérait que c'était une problématique d'abord et avant tout de gestion. Et, à l'époque, j'étais allé voir le sous-ministre en titre qui était là et je lui ai proposé de mettre en place un comité multipartite qui allait faire une tournée des blocs opératoires, les blocs opératoires majeurs — et je ne dis pas majeurs en termes de qualité, mais majeurs en termes de capacité, on parle ici de blocs opératoires qui ont beaucoup de salles d'opération, pas simplement une ou deux — pour voir s'il y avait lieu d'analyser une situation et conclure qu'il était possible d'améliorer la productivité de ces centres-là.

Et là, là, sur cette équipe-là, c'était vraiment assez extraordinaire, parce qu'y étaient représentés des représentants du ministère lui-même, évidemment, moi-même qui représentais une autre organisation à l'époque, mais étaient inclus aussi des administrateurs sur le comité en question, qui était un comité itinérant, et étaient incluses aussi des directions d'agences, étaient invitées localement, à chaque fois, l'administration hospitalière, la direction générale, et même on avait avec nous... parce que peu de gens savent qu'il y a une association du personnel infirmier, d'infirmières de blocs opératoires, ça existe, et il y avait une représentante, Mme Perazzelli à l'époque, qui était sur ce comité-là. Et, pour moi, ça a été une espèce de moment de grâce, je dirais, sur le plan de l'implication de diverses organisations qui, à ce moment-là, ont décidé, peu important leurs contingences représentatives précédentes, de s'asseoir à la même table pour aller s'adresser à un problème qui touchait la population dans le but de l'améliorer.

Et là on a convenu, toutes les parties ensemble, d'aller voir des centres hospitaliers qui étaient de différentes grandeurs et de différentes missions, ce qui signifie qu'on est allés voir des hôpitaux généraux, on est allés voir des hôpitaux universitaires, on est allés voir des hôpitaux à Montréal, des hôpitaux à l'extérieur de Montréal, on est allés dans plusieurs villes du Québec et on est allés faire des états de situation basés sur les données que l'on avait, parce qu'à l'époque il était possible de savoir, et j'y ai fait référence à plusieurs reprises depuis hier... Il est possible d'avoir ce qu'on appelle le taux d'utilisation du bloc opératoire et il était possible de sélectionner des hôpitaux qui étaient potentiellement avec une marge de manoeuvre, comme on est allés voir des hôpitaux que je qualifierai de champions. Il y a des hôpitaux, croyez-le ou non, Mme la députée, M. le Président, il y a un hôpital qu'on a visité qui avait un taux d'utilisation de plus de 95 %. 95 %, là, ça veut dire qu'en incluant les heures de repas qui sont travaillées, là, de 8 heures à 4 heures, il y a 5 % du temps où il n'y a pas une chirurgie qui se produit dans une des salles. Là, là, c'est assez difficile de leur en demander plus. • (15 h 10) •

Par contre, on a visité des hôpitaux où on a pu identifier des marges de manoeuvre qui pouvaient aller jusqu'à 28 %, 30 %, 28 %, 30 %, mettez ça sur une période de huit heures, c'est énorme, là. C'est minimum un cas de plus par jour — sur 250 jours, ça fait beaucoup de monde — et par salle. Mettez ça sur une dizaine de salles dans un bloc opératoire, au bout de la ligne, là, ça fait beaucoup d'argent... pas beaucoup d'argent, je m'excuse, ça fait beaucoup de patients. Quand on considère qu'à l'époque le volume chirurgical du Québec était autour de 400 000, si on pensait, et c'est ce qu'on a conclu à l'époque, qu'on pouvait aller chercher 50 000, 75 000, 100 000 chirurgies de plus, ce n'était pas n'importe quoi. Et c'est ça qu'on a fait, M. le Président.

Ce que l'on faisait, c'était très simple, on débarquait dans un hôpital où on pensait qu'il y avait une problématique et on faisait des entrevues collectives, pas collectives du bord de la personne interviewée, mais de notre côté à nous, avec... et on rencontrait tous les acteurs principaux de l'organisation. Les acteurs principaux, là, c'est le personnel. Première personne qu'on rencontrait, M. le Président, c'est l'infirmière, la première. Pourquoi? Parce que l'infirmière, c'est le coeur. L'infirmière, là, si l'infirmière trouve que ça ne marche pas, en général, elle a raison puis, en général, elle est capable de nous dire qu'est-ce qui ne marche pas. Puis, si elle est confortable dans la conversation, elle va nous dire aussi qui ne marche pas, ce qui est très important, ce qui nous faisait... ce qui nous donnait la possibilité, par hôpital, M. le Président, de faire un vrai état de situation terrain de la problématique qu'il pouvait ou non exister dans un milieu quant à la marge de manoeuvre non utilisée du bloc opératoire, qui est une ressource publique financée et qui devrait marcher à pleine capacité en tout temps. Et, à chaque endroit, on a trouvé — à chaque endroit, M. le Président — à peu près tous les problèmes qu'il y avait. Parfois, c'est un problème à la direction; parfois, c'est un problème à la base; parfois c'est les docteurs qui ne s'entendaient pas; parfois, dans le groupe, il y avait des dissensions; parfois, c'est un problème d'agence. On a identifié à chaque fois une problématique, mais une chose est certaine : à la fin de la journée — parce que ça durait une journée — il était possible d'identifier les éléments qui faisaient en sorte que la capacité physique et fonctionnelle d'un bloc opératoire n'était pas exploitée. À la fin, on mettait tout le monde dans la même salle et on disait, là : Voici ce qu'on a vu puis voici ce qu'on pense que. Bien, tout le monde était d'accord, tout le monde admettait qu'on avait vu juste.

Ça se fait, là. C'est une technique d'entrevue, là. C'est assez amusant à faire, là, c'est un peu comme des enquêtes, et on arrive à faire sortir ça.

Bien, ça voulait dire quoi, ça? Ça veut dire qu'au Québec, là, quand on mettait tout ensemble dans la vingtaine de centres hospitaliers qu'on a visités, on a constaté qu'au total on avait une marge de manoeuvre qui se situait entre 18 % et 23 %, 24 %. C'est énorme. 18 % et 23 %, 24 % sur 400 000 chirurgies, faites le calcul, ça fait des dizaines de milliers de personnes qui pouvaient se faire opérer.

À la suite de ça, on a évidemment... on donnait un rapport aux administrations hospitalières locales et on les invitait à mettre en place les correctifs nécessaires pour faire en sorte que l'on exploite la situation plus favorablement. Et le personnel était d'accord, M. le Président. Je peux vous dire que les personnes qui étaient les plus engagées à faire en sorte que le bloc fonctionne, là, c'était le personnel. Le personnel, là, ils sont là, là, ils aiment ça... le monde qui vont au bloc opératoire, c'est des gens qui aiment ça, l'action, qui aiment ça quand ça roule, puis qui n'aiment pas ça, rien faire, puis, quand ils voient que ça ne fonctionne pas, ils n'aiment pas ça. Alors, on fait un état de situation qui nous permettait de conclure ce que je viens de vous dire, M. le Président, et on en a fait un rapport.

Le rapport a eu un effet qui a été favorable pendant le temps que ça a duré, et aujourd'hui on constate qu'à bien des endroits c'est quelque chose qui s'est étioilé. Mais on a montré une chose, par exemple, on a montré qu'il était possible, en tant qu'organisation médicale, dans mon cas à l'époque, gouvernementale, parce qu'il y avait un sous-ministre à ma table, là, gestionnaires, parce qu'il y avait des gestionnaires qui étaient là, médecins, infirmières, il était possible — ça, c'est de la gestion, M. le Président — de s'asseoir et de faire performer plus notre système.

Voilà un élément qui m'a inspiré pour faire le saut en politique, M. le Président. J'arrive aujourd'hui avec une expérience pratique, là, dans un milieu qui est complexe où les intérêts des individus, individuellement — pardonnez-moi le pléonasm — divergent, mais que des gens sont capables de s'asseoir autour d'une table puis dire : On va le faire fonctionner. C'est ça qui doit nous motiver, et c'est ça qu'on a fait, et c'est ça que, là, maintenant, j'ai la possibilité, M. le Président, de faire à une plus grande échelle.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, cela met fin au bloc restant de 10 minutes du gouvernement. Sans plus tarder, je reconnais maintenant et j'invite la députée de Taillon, pour l'opposition officielle, disposant d'un bloc de 21 minutes, à prendre la parole. Merci.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Alors, en suivi de notre discussion de ce matin sur les ententes avec l'industrie, M. le ministre, je pense qu'il faut qu'on réalise bien tous ici que le prix des médicaments, ça correspond à des vases communicants. C'est-à-dire que ce qui peut sembler être une très bonne entente pour un meilleur prix pour un médicament en hôpital va peut-être générer finalement une prescription plus grande d'un médicament plus cher à l'hôpital, qui va finalement se poursuivre par des patients qui vont être chez eux, à domicile, et chez qui on va avoir commencé le traitement avec un médicament plus dispendieux.

Ce patient à domicile, il se décline aussi en deux sous-groupes, le sous-groupe qui est assuré par la Régie de l'assurance maladie et le sous-groupe qui a des assurances privées. Et, là aussi, chaque négociation que le ministre peut faire pour améliorer les coûts des médicaments pour les gens du régime public, c'est-à-dire ceux qui sont assurés avec la RAMQ, est-ce que les gens du régime privé vont pouvoir en bénéficier? Alors, j'aimerais ça que vous nous disiez comment vous... En fait, ce que je voudrais vous faire comprendre, c'est que les ententes secrètes comportent beaucoup de risques pour un, ou l'autre, ou plusieurs sous-groupes de la population et, même si elles peuvent présenter des avantages économiques à court terme, elles présentent des risques. Alors, est-ce que le ministre peut s'engager à ne pas faire d'entente secrète à moins de les rendre complètement légales?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, Mme la députée de Taillon s'adresse actuellement effectivement à des situations... à des cas de figure qui sont problématiques, mais qui ne sont pas nécessairement totalement liés entre eux. Ils le sont, mais il y a quand même un bémol à mettre en évidence. Alors, pour ce qui est du paiement dans le régime public et dans le régime privé, c'est vrai que ça, c'est un élément qui peut poser problème. J'en suis tout à fait conscient et je suis d'accord avec l'évocation de Mme la députée de la problématique administrative que ça, ça peut soulever, comme je suis d'accord avec le fait qu'il doit y avoir un encadrement législatif qui fasse en sorte que cet élément-là soit pris en considération ou plutôt soit adapté à une éventuelle situation à laquelle fait référence la députée de Taillon.

Ceci dit, M. le Président, elle fait référence aussi à une situation clinique, une situation évolutive qui fait référence au patient qui est vu à l'hôpital dans un contexte x et qui est assujéti... pas assujéti, mais qui est le sujet d'administration de certains médicaments qui est poursuivie à l'extérieur de l'hôpital, et là il y a la question, évidemment, de la réglementation. Je peux faire quand même cette remarque-ci, M. le Président. La députée de Taillon fait aussi référence aux règles d'utilisation des médicaments, qui est un sujet auquel nous avons l'intention de nous adresser dans ce mandat-ci.

Maintenant, pour ce qui est des éléments de la divulgation, parce que ça revient à ça, de la divulgation consécutive d'un prix dit secret à l'entreprise privée parce qu'il y a un régime public et un régime privé, oui, c'est vrai, il y a une problématique qui est là, à laquelle on va s'adresser, mais aujourd'hui je n'ai pas de conclusion à formuler ou d'engagement à faire à cet effet autre que je suis bien conscient de la problématique, et nous allons essayer de trouver une solution.

Ceci dit, M. le Président, je ne suis pas du même avis que la députée de Taillon sur l'importance qu'on doit apporter au coût du médicament. À la fin de la journée, là, comme disent nos collègues anglophones, à la fin de la journée, il y a quand même ça à considérer. Et on n'a pas le choix de le faire.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Simplement rappeler qu'on a vécu une expérience très probante dans ce dossier-là. Le Nexium, qui est un médicament qui était beaucoup introduit par le biais des centres hospitaliers à très bas prix, s'est retrouvé, finalement, être le médicament le plus prescrit dans une classe où on avait quatre autres molécules qui étaient à 0,50 \$ et celle-là qui était à 2,50 \$, et ça coûtait 35 millions de dollars, M. le ministre. Alors, je pense que ce n'est pas fictif, ce sont des situations concrètes, et, comme chaque dollar compte et que ça, c'étaient des dollars qui étaient vraiment mal utilisés, je pense que notre gouvernement s'est appliqué à réparer cette situation-là. Mais elle est possible avec d'autres molécules aussi. Donc, je pense qu'il est important que l'on puisse tous vous faire profiter de notre lecture de ces projets ou de ces perspectives d'ententes que vous proposez de faire pour qu'on puisse tous être vigilants et s'assurer que les sommes d'argent sont dépensées le plus correctement possible. Alors, je vous demande encore... sinon je suis obligée de comprendre que vous envisagez de signer des ententes secrètes, même si elles ne sont pas nécessairement légales dans notre contexte d'assurance actuel.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. le ministre.

• (15 h 20) •

M. Barrette : M. le Président, je suis désolé et déçu de constater que la députée de Taillon se sent obligée de comprendre que je dis une chose. Alors, ce que je dis, je le dis, puis ce que je ne dis pas, je ne le dis pas. J'ai dit une chose qui était simple à comprendre et que je vais répéter, et c'est ceci : Notre gouvernement a l'intention de s'adresser à l'aspect économique de la négociation et de la distribution du médicament au Québec. Cette intention signifie qu'on doit regarder ce qui est le meilleur coût, le meilleur coût-bénéfice pour la population, parce que nous sommes dans la situation budgétaire actuelle. Alors, de dire que la députée de Taillon comprend que je comprends ou que j'affirme qu'on va signer des ententes secrètes, coudon, M. le Président, on n'est pas dans l'assurance autonomie, là, ici, là. Alors, ce n'est pas ça que j'ai dit puis ce n'est pas ça que je vais faire nécessairement. Je dis que je vais analyser la situation, M. le Président.

Un dernier commentaire. Le ministre précédent, qui était au pouvoir pour le Parti québécois, a pris des décisions qui ont été l'objet de pressions intenses qui sont venues du milieu médical dont je faisais partie précédemment, et mon prédécesseur n'était pas exactement le champion de la décision rapide en ce qui a trait au Nexium. Et ce n'est que sous la pression d'organisations externes qui véhiculaient précisément ce principe... Et je l'ai fait moi-même : Regarde, il y a des médicaments, cher collègue, qui pourraient coûter moins cher à la société si tu prenais la décision de faire telle chose.

Alors, moi, je dirai simplement ceci, M. le Président : Dans la catégorie des décisions à prendre pour le bénéfice, ne serait-ce que budgétaire, de la société québécoise, j'ai fait mes preuves.

Le Président (M. Tanguay) : ...M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Nous comprenons qu'effectivement dans le domaine de la pression, vous avez su faire bien des choses, M. le ministre. Je vais passer au dossier des soins, mais je peux vous dire qu'on va être très vigilants par rapport à ça, parce qu'il y a des choses qui peuvent sembler être des économies à court terme ou... dans un contexte donné et qui engendrent des coûts importants pour tous les citoyens du Québec.

Je vais passer aux soins à domicile. En campagne électorale, le premier ministre a fait la promesse de donner 750 millions en soins aux aînés, donc 150 millions sur cinq ans. Est-ce que vous pouvez m'indiquer à quel endroit on retrouve ce 150 millions-là dans le budget actuel?

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

M. Barrette : Alors, vous me demandez... Écoutez, là, c'est simplement une question purement logistique, là. Vous me demandez à quel endroit où ça se trouve, là. L'as-tu?

Une voix : ...

M. Barrette : Alors, M. le Président, Mme la députée, peut-être qu'il y a une... peut-être qu'il y a eu une certaine confusion dans l'interprétation des données qui ont été publiées, mais ce qui a été annoncé n'est pas un ajout de 150 millions, mais un maintien du financement qui avait déjà été octroyé précédemment.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, est-ce qu'on peut quand même voir où se situe le 150 millions? Le 150, moi, je voudrais voir 150 millions dans le budget, parce que c'est quand même un montant substantiel. Il y avait un 100, 110 millions du Parti québécois. Vous vous êtes engagés à donner 150 millions. Où est le 150 millions pour cette année dans le budget?

Le Président (M. Tanguay) : O.K. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, on m'indique qu'il est dans le FINESSS. Et, si vous le voulez, là, pour ce qui est de la logistique, de la démonstration, je peux passer la parole à un membre de mon équipe, là, qui a plus le détail de la rédaction de ce type de données là, là, budgétaires, là.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, est-ce qu'on a consentement pour entendre un membre de l'équipe?

M. Barrette : M. le Président, M. le Président, si vous me permettez, on m'indique que, là, il faut juste qu'eux autres fassent une mise en jour documentaire... mise au jour, là, mise à jour documentaire.

Le Président (M. Tanguay) : O.K. Alors, ce que je vous propose, Mme la députée de Taillon, on pourrait peut-être la prendre en délibéré, le temps de...

M. Barrette : On l'a?

Le Président (M. Tanguay) : Oui?

M. Barrette : On l'a.

Le Président (M. Tanguay) : Vous l'avez.

Mme Lamarre : ...j'aimerais avoir une ventilation, si c'est possible, par région.

Le Président (M. Tanguay) : O.K. Alors, est-ce que j'ai votre consentement, Mme la députée, pour atteindre votre objectif, à ce que l'on entende un membre de l'équipe du ministre?

Mme Lamarre : Oui.

Le Président (M. Tanguay) : Oui? Consentement? Parfait.

M. Barrette : M. le Président, si vous me permettez ce commentaire-là...

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : ...pour faciliter le travail de l'Assemblée, on m'indique que la ventilation par région n'est pas disponible ici, dans cette salle, maintenant, mais on peut vous la faire parvenir dans les plus brefs délais. Elle existe.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, est-ce que ça vous va?

Mme Lamarre : Ça me convient.

Le Président (M. Tanguay) : Voulez-vous passer à une autre question ou il y avait des éléments de réponses additionnels que vous pourriez donner?

M. Barrette : ...FINESSS.

Mme Lamarre : Juste nous préciser, dans le FINESSS, le 150 millions, exactement, où il est?

Le Président (M. Tanguay) : Alors, je demanderais, monsieur, peut-être vous nommer avant de prendre la parole, nous donner votre fonction, et après ça la parole est à vous.

M. Dion (François) : Oui, M. le Président. Donc, mon nom est François Dion. Je suis sous-ministre adjoint par intérim au financement, au budget et aux immobilisations.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. Dion.

M. Dion (François) : Très bien. Alors, ladite somme que vous indiquez, c'est-à-dire le 150 millions, est à l'intérieur du Fonds de financement FINESSS sous le vocable Plan d'investissement pour le soutien en autonomie des personnes âgées. Alors, il y a 298 millions, dont 150 millions que vous avez évoqués précédemment.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, on dit que c'est 25 millions de plus?

M. Dion (François) : Oui. Ce 25 millions là couvre le volet de l'hébergement additionnel. Alors, dans le 298, vous avez, à l'intérieur de ça, 150 millions qui proviennent des exercices antérieurs et des sommes qui se sont rajoutées l'an passé, c'est-à-dire, en l'occurrence, 110 millions du budget de développement, et, cette année, il y a 25 millions additionnels.

Mme Lamarre : Donc, le 110 millions que l'ancien gouvernement avait investi...

M. Dion (François) : Exactement, madame. Oui.

Mme Lamarre : ...auxquels vous avez ajouté 25 millions, ce qui fait 135, ce qui ne fait pas 150, quand même.

M. Dion (François) : Alors, 150 plus le 110, donc on est rendus à 260, O.K.? Il y avait 23 millions pour... Là, il y a eu des ajustements parce qu'on a fait des transferts en raison du FINESSS. L'exercice passé, il y a des sommes qu'on allouait en fonction de ces activités-là, tels les organismes communautaires, pour lesquelles le FINESSS ne nous permettait pas d'allouer les sommes. Ça fait qu'on a fait des transferts budgétaires pour régler la situation. Et, à l'intérieur de ça, il y a une somme de 25 millions cette année pour couvrir l'ajout de lits en CHSLD.

Mme Lamarre : Est-ce qu'on peut savoir de quel endroit sont venus les transferts budgétaires?

M. Dion (François) : Oui. C'est qu'on les a transférés au niveau des organismes communautaires. Alors, hier, bien, on a eu une question à l'effet de dire qu'on a transféré 10 millions aux organismes communautaires... excusez-moi. Alors, c'est le transfert qu'on a fait...

Mme Lamarre : Et c'est retiré. C'est retiré.

M. Dion (François) : Oui, c'est ça. C'est juste que ça a été ventilé à un autre endroit.

Mme Lamarre : Et vous avez également retiré dans le maintien à domicile des personnes handicapées, là? Quand je regarde à la page 13, donc, on a retiré...

M. Dion (François) : Le 1 million, là, on l'a expliqué, on a donné les explications. On va donner les explications eu égard à cela. Ça concerne ce qu'on appelle, dans notre jargon, des réaménagements budgétaires.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Excellent! Alors, j'irais cette fois-ci aux soins de fin de vie. Peut-être qu'il a été regroupé aussi dans le FINESSS, mais nous avons donné 15 millions de dollars l'année dernière pour les soins palliatifs et les soins de fin de vie. Est-ce que ce 15 millions a été maintenu cette année?

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre... ou M. Dion, toujours?

M. Dion (François) : Oui, le 15 millions a été maintenu.

Mme Lamarre : Est-ce que vous pouvez m'indiquer à quel endroit?

M. Dion (François) : Oui. Un instant, je vais vous l'évoquer. Je veux juste m'en assurer.

Des voix : ...

Mme Lamarre : Est-ce que je peux continuer à poser des... Oui.

Le Président (M. Tanguay) : Je pense que... M. Dion, oui.

M. Dion (François) : ...la réponse. Excusez-moi. Alors, dans Autres mesures d'accès aux services, c'est un sous-ensemble qui est dans Autres, et le 18 millions à 31, là, il fait partie du... il était dans le 18 millions que vous avez à l'intérieur de 2013-2014.

Mme Lamarre : Autres mesures d'accès aux services.

M. Dion (François) : Aux services, oui.

Mme Lamarre : Et ça, vous confirmez que ça ne sera appliqué qu'aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie?

M. Dion (François) : Exactement, madame. Oui. Il a été alloué et transmis aux établissements concernés de façon récurrente.

Mme Lamarre : Mais il y avait, il me semble, dans ce programme, le développement de nouveaux sites de soins palliatifs. Donc, si c'est transmis aux organisations, est-ce que vous avez aussi prévu du développement de nouveaux sites de soins palliatifs?

M. Dion (François) : Oui. Il est ciblé. C'est pour ça qu'il y a une variation de montant. Ce que vous voyez à la section Autres, il y a une variation de montant passé de 18 à 31. C'est pour cibler à certains établissements qui sont prévus en conséquence.

Mme Lamarre : Combien d'établissements sont prévus?

M. Dion (François) : Ça, c'est à définir. L'allocation suivra. Elle n'a pas encore été annoncée, madame, O.K.? Donc, on a prévu un estimé eu égard à la somme, mais les décisions sont à venir quand à l'allocation.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

• (15 h 30) •

Mme Lamarre : Alors, en fait, ce que je pense que c'est, au niveau du plan, on avait déjà atteint un certain nombre de... on avait 98 % de nos cibles, là, avec un ratio de 1 pour 10 000, qui avait été atteint par le gouvernement précédent, et un 93 % des cibles en répartition par région, ce qui a... Ce 15 millions comportait également un budget pour de la formation, et, compte tenu de l'adoption du projet de loi n° 52 et de son entrée en vigueur imminente, d'ici 18 mois, il y a de la formation qui est prévue dans le 15 millions que nous avons mis. Est-ce que vous avez prévu de la formation dans ce budget et à quel endroit on peut la retrouver?

Le Président (M. Tanguay) : Alors, M. Dion, toujours.

M. Dion (François) : Oui, M. le Président. Alors, l'information n'est pas intégrée à l'intérieur. Elle est sous le vocable de la formation réseau. On a une enveloppe spécifique à l'intérieur de l'enveloppe ministérielle. Donc, on ne peut la... elle n'est pas transparente, comme tel, en termes de cette information-là, mais elle est prévue en conséquence.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

Mme Lamarre : Alors, formation réseau, c'est très large, ça peut se diluer à travers plusieurs autres programmes. Est-ce que le ministre nous confirme qu'il va accorder priorité à la formation en soins palliatifs?

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

M. Barrette : M. le Président, alors, comme je l'ai dit à plusieurs reprises lors de mes interventions précédentes quant à la loi sur les soins en fin de vie, il est bien clair qu'à partir du moment où on détermine que les soins palliatifs sont essentiellement un droit au Québec, il va de soi que de garantir ces montants-là pour la formation en soins palliatifs va de soi.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon, en vous rappelant qu'il vous reste quatre minutes.

Mme Lamarre : Parfait. Alors donc, je comprends que c'est la priorité numéro un, en 2014-2015, pour ce qui est de la formation, de bien la consacrer en bonne partie aux soins palliatifs.

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

M. Barrette : M. le Président, Mme la députée, on s'est engagés et on a voté en faveur de ce projet de loi là. Maintenant, je vous dirais que je... Et je vais faire un aveu, qui n'est pas vraiment un aveu, mais une mise au point. À un moment donné, tenir un discours politique qui fait en sorte que toutes les phrases commandent et tous les arguments commencent... et je ne parle pas de vous, Mme la députée, je parle de moi, éventuellement, là, où toutes les phrases et tous les arguments commencent : «Ma priorité numéro un va être», bien, à un moment donné, on va avoir juste des priorités numéro un. Je pense que ce qui est important aujourd'hui est de s'assurer, comme la question m'a été posée, que, compte tenu du fait que les soins palliatifs sont un engagement... pas les soins palliatifs, mais le fait d'avoir mis en place cette nouvelle loi fait en sorte qu'on a l'obligation, parce que c'est la loi qui le dit, là, de mettre en obligation... On a l'obligation de mettre à la disposition des possibilités de soins palliatifs pour la population qui est en soins de vie, bien, c'est bien évident que, dans les 18 prochains mois, M. le Président, il doit y avoir une démarche garantie qui va faire en sorte que les sommes qui sont allouées à cette formation-là le soient... soient exercées dans ce sens-là, exactement.

Alors, évidemment, là, la question ici, là, n'est pas d'être une question de priorité numéro un, c'est une question d'engagement. Nous nous sommes engagés à, d'ici 18 mois, mettre en application la loi, qui, elle, prévoit un accès aux soins palliatifs, qui, eux, nécessitent de la formation de plus de personnel. C'est d'ailleurs... ça a été dit à plusieurs reprises dans les rapports de toutes les commissions. Ça a été dit ici, je pense, en Chambre, ou du moins de l'autre côté, et je pense que, oui, c'est assez clair qu'on va aller de l'avant avec ça.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Pour encore deux minutes, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : ...que, lorsque ces informations-là sont placées sous des titres comme «Autres mesures d'accès aux services» et «Formation réseau», mes questions demeuraient très pertinentes, à savoir qu'elles étaient vraiment

consacrées à la formation pour les soins palliatifs, et je considère qu'elles étaient justifiées et qu'elles méritaient cet éclairage, dont je suis très satisfaite et je suis heureuse de voir que tous les efforts qui ont été mis par le gouvernement précédent ont bien été suivis et vont prendre forme pour la protection de nos patients et également pour être sûrs que tous nos professionnels de la santé soient bien prêts à mettre en vigueur cette nouvelle loi. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, il vous restait 1 min 20 s, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : ...

Le Président (M. Tanguay) : Pour le prochain bloc. Alors, parfait, on ajoutera donc une minute au prochain bloc. Maintenant, nous en sommes rendus au bloc... à un bloc des députés de la banquette ministérielle, un bloc de 16 minutes et, à cet effet, je reconnais le député de Papineau.

M. Iracà : Oui, merci, M. le Président. Alors, j'ai une question pour M. le ministre. On en a parlé hier, on l'a effleuré, le sujet, hier, concernant les créations des supercliniques, les structures... c'était plus dans l'angle structures versus services à la clientèle, services de santé. Pendant la campagne électorale, on a eu l'occasion de discuter de l'accès aux soins en première ligne en long et en large. La solution que nous avons préconisée, M. le Président, c'était de créer et c'est de créer 50 supercliniques à l'échelle de la province.

À ce sujet, comme d'autres, je me questionne. Personne n'est contre la vertu, mais toute proposition qui permettra au patient de consulter un médecin plus rapidement pour un problème de santé doit être étudiée et envisagée. Après tout, si on réussit à offrir des alternatives à la salle d'urgence, c'est tout le système qui est gagnant, car on va réussir, à ce moment-là, à désengorger davantage les salles d'urgence, et je pense qu'il faut aller au fond de la question. Ça a été effleuré hier, mais je pense qu'il faut, en termes médicaux, crever l'abcès, aller au fond de la question pour expliquer, bien expliquer le choix du gouvernement.

Ne serait-il pas mieux de maximiser les structures existantes? C'est une question qui a été posée hier, qui a été posée à d'autres moments. Puis j'aimerais reprendre ici une idée qui a été évoquée par la députée et porte-parole de Québec solidaire dans *La Presse* du 23 mars dernier. Puis notre chef l'a dit, hein, on n'a pas le monopole des bonnes solutions. Si ça vient d'ailleurs, ce n'est pas grave, on va le prendre, mais il faut savoir si c'est une bonne idée.

Alors, dans l'article de journal, qui était de miser sur les... le titre : *Miser sur les CLSC pour désengorger le réseau de santé* : «Selon [la porte-parole], il faudrait se résoudre à miser davantage sur les centres locaux de services communautaires — communément appelés les CLSC — pour désengorger le système de santé. [...] Pour la candidate de la circonscription de Gouin, "des CLSC ouverts 24 heures par jour, sept jours par semaine pourraient accueillir toutes les personnes qui, autrement, iraient à l'urgence, alors qu'elles n'ont pas besoin d'y aller".»

Elle a cité également un exemple qui lui était cher : «Elle a indiqué que "le samedi soir [...] 23 heures — un exemple — les parents avec un enfant qui a une otite n'ont pas besoin de se rendre à l'hôpital pour se faire prescrire un antibiotique".» Ils pourraient aller au CLSC. «Elle a ajouté que, dans de pareilles circonstances, la famille en question gagnerait plutôt à [...] se tourner vers un CLSC pour obtenir ce service. Ainsi, [...] "les gens ne seraient pas obligés d'aller à l'urgence", de s'exposer inutilement à "une tonne de microbes supplémentaires et de passer des heures à attendre pour quelque chose d'aussi simple". [...] Elle a toutefois spécifié [pour] Montréal, tous les CLSC n'auraient pas nécessairement à être ouverts en permanence étant donné qu'il existe plusieurs établissements du genre dans la métropole.»

Ce n'est pas la première fois que cette idée surgit. Ce n'est pas la première année, ça fait plusieurs années que cette... et d'élection en élection, de campagne électorale à campagne électorale, cette idée surgit. Est-ce qu'elle mériterait d'être évaluée ou expliquée, analysée? Actuellement, si je ne m'abuse, c'est surtout les groupes de médecine familiale qui représentent la porte d'entrée vers la première ligne des soins. Est-ce que l'on aurait pu, là aussi, modifier le modèle pour garder une structure existante plutôt que d'y aller avec la création de supercliniques?

Alors, la question pour M. le ministre : Pouvez-vous nous expliquer votre projet de supercliniques et en quoi est-ce que c'est différent du modèle des GMF et des CLSC? À quels besoins ça répond? Et pourquoi ne pas favoriser l'adaptation d'une structure déjà existante, comme les CLSC, plutôt que de créer quelque chose de nouveau, les supercliniques?

Alors, je demanderais, M. le Président, au ministre s'il peut nous éclairer sur la position du gouvernement.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. M. le ministre.

• (15 h 40) •

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député de Papineau. Je dois avouer que probablement que personne dans l'auditoire ne s'attendait à ce que vous repreniez un thème cher à Québec solidaire, ce qui montre que nous sommes capables de mettre sur la table telle ou telle idée, et d'en débattre correctement, et sans en faire un débat, évidemment, parce que ce n'est pas l'objet de cette séance-ci.

Je vais répondre de façon assez élaborée à la question que vous me posez, qui est une question qui est tout à fait légitime, comme l'était aussi l'idée, là. La question n'est pas de dire que c'est une mauvaise ou une bonne idée. C'est une idée qui mérite une réflexion puis, je pense, qui a été faite à Québec solidaire. Et, à Québec solidaire, on a conclu que l'utilisation 24 heures par jour, par exemple, de CLSC ou l'utilisation du CLSC dans les autres heures ouvrables à différents endroits pourrait être une bonne idée.

Bon, évidemment, je ne pense pas qu'on va nécessairement, à la fin de mon propos, s'entendre avec Québec solidaire de façon définitive, mais je vais quand même... pas tenter, mais de vous donner la logique qui nous amène à conclure qu'on est mieux d'aller vers des supercliniques qu'un GMF, qu'un CLSC. Je l'ai dit à plusieurs reprises — puis

je ne vais pas répéter tout ce que j'ai dit, évidemment, pour ne pas utiliser inutilement le temps qui nous est imparti en séance d'étude aujourd'hui — il faut comprendre, évidemment, la superclinique comme étant... Le terme est difficile à identifier. On les appelle supercliniques, qui n'est pas un terme parfait, GMF plus, qui n'est pas un terme parfait, mais, sur le plan fonctionnel, ça, par exemple, ça décrit les choses. Ça s'adresse à une pratique qui est une pratique de semi-immédiateté. Quand on parle de superclinique, on ne parle pas d'un endroit où les citoyens vont prendre un rendez-vous six mois plus tard, on parle d'une activité, d'un lieu d'exercice de la médecine qui sera dédié, évidemment, éventuellement, dans le cadre d'une entente, à la desserte de services à court délai, soit à délai immédiat, au lieu d'aller à l'urgence, soit sur une période prévisible d'une à deux semaines.

Alors, qui, aujourd'hui, ne serait pas heureux d'avoir accès ou la possibilité d'aller sur un site Internet, par exemple, et de pouvoir se céduer un rendez-vous mardi prochain alors qu'on est aujourd'hui jeudi? Et on comprendra que, pour pouvoir faire ça, il faut évidemment qu'il y a des plages disponibles. Alors, on comprendra, évidemment, que, contrairement à un GMF qui pratique normalement et qui donne ses rendez-vous six mois à l'avance, bien, des plages disponibles, il n'y en a pas nécessairement.

Alors, l'objectif ici est de faire en sorte qu'il y ait un lieu d'accès à la première ligne où sont concentrés diverses... des équipes professionnelles, mais qui prennent divers corps professionnels que sont les infirmières, des médecins de famille d'abord, quelques spécialistes, qui peuvent faire une évaluation, poser un diagnostic, initier un traitement lorsque nécessaire, évidemment, dans ce lieu-là avec un court délai. Un court délai, c'est ça qui est la clé. Et ça, ça s'oppose aux GMF, même si le profil de pratique peut être du même type de pathologies qui sont vues là-dedans. Alors, pour que le service soit donné de façon complète, j'y ai fait référence, mais je sais qu'idéologiquement c'est un péché mortel pour certains, alors, il faut qu'il y ait accès à des laboratoires, il faut qu'il y ait accès à l'imagerie pour les raisons que j'ai dites précédemment, l'imagerie étant un sine qua non, à toutes fins utiles, à une certaine productivité dans la pratique de première ligne. C'est tellement un sine qua non, M. le député, c'est tellement un sine qua non que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, les médecins de famille demandent aujourd'hui d'avoir accès à la tarification de l'échographie. C'est pour vous dire qu'ils veulent en faire puis en masse, là. Nonobstant ce commentaire, ça signe le fait qu'ils en ont besoin.

Alors, pour que le patient puisse être pris en charge correctement... pris en charge, ce n'est pas le bon mot, pour que le patient puisse recevoir les services appropriés pour son problème qui est ponctuel... Ça, c'est important, les mots ont un sens, là, «ponctuel». Prise en charge, on parle plus de long terme. Pour que, ponctuellement, le patient reçoive les services, le bon diagnostic, le bon traitement initié, le bon accès et qu'il n'ait pas à se promener d'un endroit à l'autre, bien, il faut idéalement que ça se donne sur un site. C'est ça qu'est l'esprit et l'essence du projet des 50 supercliniques qui, je le répète au cas où le message n'ait pas passé, exige évidemment qu'il y ait une densité populationnelle suffisante pour mettre en place une telle ressource, qui se mettra en place, évidemment, par la collaboration de tout le monde sur le terrain qui sont impliqués dans cette desserte de services là.

Et là vous posez la question, qui est très intéressante, c'est intéressant, la question qui a été posée : Pourquoi on ne fait pas ça avec les CLSC? Il y a plusieurs raisons. O.K.? Alors, commençons par les heures d'ouverture, d'accord? Les heures d'ouverture que l'on recherche, quand la députée de Gouin a pris son exemple, bien, regardez, elles ne sont même pas réglées par les supercliniques. L'objectif n'est pas, même dans les supercliniques, d'avoir des cliniques ouvertes 24 heures par jour. En fait, ce n'est pas une chose que la société demande. Ce que la société demande, c'est d'avoir accès dans un temps... un délai raisonnable et à une heure raisonnable, relativement à la vie quotidienne des citoyens. Quand on est pris à aller à l'urgence à 2 heures du matin, en général, ça va mal. Quand on est vu à 2 heures du matin, bien, souvent, on a été vu... on est arrivés à l'urgence à 6 heures le soir. Le citoyen, ce qu'il veut en soins de proximité et de première ligne, c'est d'avoir une réponse à sa problématique quand elle survient. Et, quand on prend l'exemple de l'otite, là — on a tous eu des enfants — bien, les parents, en général, avec raison, là, attendent un peu, donnent du Tylenol, ne vont pas nécessairement à l'hôpital dès que l'enfant fait de la fièvre, là. Il y a un certain délai, là. Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas des indications pour aller à l'urgence pour une otite à 2 heures du matin, ce n'est pas ça que je dis, là. Et d'ailleurs, Dr Khadir, qui est microbiologiste de formation, pourrait en dire encore plus long que moi et de façon plus pertinente même, puisque c'est sa spécialité.

Mais le besoin n'est pas nécessairement à deux heures du matin, en tant que volume. Il y a une urgence pour faire ça. Maintenant, de soir, oui, il y a ça. Le CLSC, lui... Qu'est-ce que ça fait dans la vie, un CLSC? Un CLSC, aujourd'hui, ce que ça fait, ça s'adresse à un certain nombre d'éléments. Le CLSC, là, ça fait des choses comme de la prévention, ça fait des choses comme de la santé publique, ça fait des choses comme des soins à domicile, ça fait des choses comme de la prise en charge de patients vulnérables. Les CLSC, souvent, dans leurs fonctions, bien, les CLSC prennent en charge, souvent, les plus poqués dans la société parce que ceux-là se retrouvent souvent dans des milieux plus défavorisés. Ça prend plus de temps, ça prend plus de ressources. Ça s'occupe aussi beaucoup de santé mentale, et de santé mentale qui est plutôt chronique, aiguë. Je ne dis pas que, parfois, il n'y a pas des choses qui sont aiguës, je dis que le cœur de l'activité du CLSC est une activité qui n'est pas du même ordre que celle qui est visée par la création des supercliniques en fonction de la clientèle qui est visée. Et tenter... Et ça, ça a été vu fois, après fois, après fois dans toutes les organisations. Tenter d'arriver dans une organisation et de changer la culture de l'organisation ou la mission de l'organisation, bien, il arrive à un moment donné où les choses sont incompatibles.

Et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle les CLSC ont pris cet essor-là. C'est ça qui s'est passé avec le temps. Les CLSC, qui étaient probablement conçus initialement comme étant des supercliniques, ont migré progressivement, pour toutes sortes de raisons qui ne sont pas toutes honorables, vers la prise en charge de tout ce que les autres ne voulaient pas faire. Mais tout ce que les autres ne voulaient pas faire ou ne peuvent pas faire aujourd'hui, bien, ils le font, puis je vous dirais qu'ils le font bien. Je vous dirais même qu'ils le font très bien.

Le CLSC, là, c'est le travailleur social aussi. C'est la réunion d'équipe qui s'occupe des cas problématiques. Le CLSC, là, pour prendre une image que tout le monde va comprendre, là, c'est... ça s'apparente à ce que Dr Julien fait,

par exemple. On est, dans les CLSC, dans des endroits qui ne sont pas toujours défavorisés, là, ce n'est pas toujours ça, mais on est dans un type de services qui est différent.

Vous pourriez me trouver un CLSC, M. le député de Papineau, et avec raison, où on a un profil de pratique qui ressemble à une superclinique. Je peux vous en nommer un : Vaudreuil. C'est un CLSC... Il n'y a tellement pas de ressources à Vaudreuil parce qu'il n'y a pas d'hôpital, là, que le CLSC est en train de se transformer en hôpital, mais ce n'est pas sa mission. Ça pourrait l'être. Mais, si, aujourd'hui, on devait dire à notre réseau de CLSC : Bien, c'est bien de valeur, mais, à partir de maintenant, vous allez devenir des supercliniques puis vous allez donner des services à cette clientèle-là que nous visons, nous, dans notre programme, dans votre infrastructure, bien, le CLSC, là, va exploser, ou peut-être imploser, ou peut-être les deux, mais ça ne marchera pas, ça ne marchera pas. Et ce n'est pas parce qu'on ouvre le CLSC jusqu'à 3 heures du matin que ça va régler le problème, parce que vous, moi, les gens qui sont ici, là, on ne va pas aller à 3 heures du matin, si on est capables de dormir à la maison, pour voir si on peut avoir une radiographie des poumons parce qu'on a une grippe. On ne fera pas ça, on va attendre au lendemain matin. Ce n'est pas à ça que ça sert, hein, ce réseau-là.

Alors, le CLSC, qui a une mission qui est ce qu'elle est aujourd'hui, qui fait bien sa job, qui a une charge de travail qui est significative, de penser que de transformer ça, ça serait comme vouloir, demain matin, dire : Je vais prendre Bombardier, à Saint-Laurent, puis je vais la transformer en usine de montage d'automobiles. Je suis sûr que les ouvriers qui sont là, là, qui sont habitués à faire du montage, vont être capables de le faire, mais on ne pourra pas faire les deux, là. On ne pourra pas, chez Bombardier, monter à la fois des avions puis des autos, là. Ça n'arrivera pas, ça.

Alors, à un moment donné, il y a des décisions qui doivent se prendre parce qu'il y a des choix à faire, organisationnels, parce qu'il y a une plus-value à donner des missions à certains établissements. Puis, de façon plus complexe, je peux vous donner un exemple : l'Institut de cardiologie de Montréal, là, ne fait pas le même type de chirurgies, certainement complexes, que l'Institut de neurologie de Montréal. À une place, on opère dans la tête et, à l'autre place, on opère dans le thorax. Puis les deux, là, ont des équipes formées qui ont des routines, qui ont des automatismes, qui ont un doigté, qui ont une expertise qui sont tout aussi flyés les uns que les autres, mais on ne peut pas demander à un de faire l'un et l'autre. À un moment donné, là... Et ça, ça a été démontré fois, après fois, après fois, après fois dans le monde industriel, par exemple, mais certainement, dans un monde à caractère plus humain, entre guillemets, que celui de la santé, il y a un intérêt à avoir des missions un peu plus concentrées. Et c'est la raison pour laquelle les supercliniques ne seront jamais de simples GMF, pour les raisons que je vous ai dites, et les CLSC ne peuvent pas être des supercliniques, pour les mêmes raisons.

• (15 h 50) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Pour 20 secondes.

M. Iracà : 20 secondes?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, le mot de la fin, je vous les laisse.

M. Iracà : Alors, bien, écoutez, pour 20 secondes, je vais remercier le ministre, dans ce cas-là, de ses excellentes explications. Je pense que ça va éclairer bon nombre de citoyens qui se posaient la même question que plusieurs se posaient. J'avais d'autres questions en lien avec ça, mais, en 20 secondes, je n'aurai pas le temps, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député de Papineau. Alors, ceci met fin au bloc des députés de la banquette ministérielle, un bloc de 16 minutes.

Maintenant, je suis prêt à reconnaître le député de Mercier, qui, lui également, dispose d'un bloc de 16 minutes. Par contre, on m'informe, considérant que le député de Mercier ne pourrait pas se joindre à nous ce soir, qu'on lui accorderait, du côté de la banquette ministérielle, non pas 16 minutes, mais 20 minutes à faire maintenant.

Alors, M. le député de Mercier, la parole est à vous.

M. Khadir : Bien, M. le Président, je dois...

M. Caire : M. le Président...

Le Président (M. Tanguay) : Oui, pardon.

M. Caire : ...une question de directive.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Caire : Je comprends que les quatre minutes sont prises à même le temps des députés ministériels?

Le Président (M. Tanguay) : Non. Les quatre minutes sont de facto prises du 16 minutes qu'aurait eu M. le député de Mercier ce soir. Donc, considérant qu'il sera absent, il n'aura pas son 16 minutes, il en prend quatre, ce qui fait en sorte que, de 16, nous passerions à 20.

M. Khadir : ...ou, enfin, ce qui est difficile à comprendre, c'est pourquoi le gouvernement a refusé de m'accorder tout le 16 minutes de ce soir et simplement changer, ce qui est de coutume, ce qui est, disons, un principe de courtoisie élémentaire qu'on respecte depuis que je suis à l'Assemblée nationale lorsqu'il y a des contretemps.

Je vais vous le dire en toute franchise, M. le Président, ma fille passait en cour aujourd'hui, puis ça a un certain nombre d'implications pour ma famille, et je devais rentrer simplement plus rapidement. Nous nous sommes adressés au Parti libéral pour... Et, je ne sais pas si le ministre est au courant, j'avais simplement demandé d'interchanger nos temps de parole, et je trouve quand même un peu difficile à comprendre pourquoi le parti ministériel refuse de faire ceci.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, M. le député de Mercier, j'ouvre une parenthèse, je vais la refermer immédiatement : le temps que nous passons à avoir cette discussion-là — et je vous l'accorde, c'est important de l'avoir — il est déduit du temps de tous les parlementaires autour de la table. Alors, qu'on le sache, première des choses.

Deuxième des choses, M. le député de Mercier, c'est pour un principe bien simple, qui est celui de l'alternance. Le gouvernement vient de faire 16 minutes, vous allez en faire 16... vous allez en faire 20 et non pas 32.

M. Khadir : Je comprends, M. le Président. C'est toujours très commode d'invoquer toutes sortes de principes quand on veut refuser quelque chose. Est-ce que le ministre en pense autant? Ma première question.

Le Président (M. Tanguay) : Non. M. le...

M. Khadir : C'est ma question au ministre. C'est ma première question.

Le Président (M. Tanguay) : Non. Alors, ce qu'on va faire, alors, nous allons débiter, nous allons repartir... Je demande au secrétaire de partir le chronomètre. Nous allons débiter votre bloc de 20 minutes. Ça va bien, nous vous avons entendu, je vous invite à poursuivre avec vos questions. Merci, M. le député de Mercier.

M. Khadir : C'est sûr que ça va toujours très bien pour, disons, des partis qui se partagent le pouvoir depuis des années, dont on utilise... et on utilise le temps et les budgets accordés au Parlement pour des débats, et on voit fréquemment des questions qui, franchement, n'ajoutent rien au débat, qui... ce qu'on appelle communément des questions plantées, et c'est ce parti ministériel qui refuse un simple, je dirais, échange courtois de temps de parole, de séquence dans l'octroi des temps de parole, mais on passe.

M. le Président, je...

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de Mercier, vous allez me permettre un commentaire, et c'est sur votre temps. Ce sera sur votre temps, mon commentaire. M. le député de Mercier, je vous appelle à la prudence. Nous avons tous une légitimité démocratique, et je n'accepterai pas que l'on utilise le terme de «questions plantées». Alors, je vous en prie, poursuivons nos débats, et je vous invite à poser une question au ministre. Merci.

M. Khadir : Je pense qu'au-delà de ce que nous, on est prêts à accepter ici, le public se fait une opinion sur le genre de questions que pose la partie ministérielle.

Je vais distribuer d'abord, à l'attention du ministre puis de ses collègues, ce document pour que le ministre puisse suivre mon argumentation, puis on a ici, si les députés de l'opposition ou de la partie ministérielle veulent le faire aussi, l'augmentation des dépenses en santé entre 1985 et 2010.

Sur la première page, ça va permettre au gouvernement... Ça, c'est toutes des données qui sont extraites, par exemple, de l'Institut de la statistique du Québec, dans ce cas-ci, de l'ISIS en 2013, près du quart de l'augmentation des coûts de système en santé sur les, comme vous voyez, 25 dernières années, c'est les médicaments. De ce coût, tout près de 90 %, c'est les médicaments prescrits. Autrement dit, c'est les médicaments que les gens se font prescrire dans les cabinets de médecin, à l'extérieur de l'hôpital, à l'hôpital, et ils vont acheter à la pharmacie, qui sont, pour à peu près 40 % de la population, remboursés par la RAMQ, puis 60 % de la population, remboursés par les régimes privés d'assurance médicaments. D'accord? En 2011-2012, le coût total de ces médicaments prescrits pour la société québécoise, l'ensemble, était d'à peu près 7 milliards de dollars, pour 3,4 milliards payés par la RAMQ, les 3,6 milliards restants payés par les régimes d'assurance privée, qui sont évidemment payés par nos poches parce que les employés sont assurés à même leurs cotisations, parfois très élevées, à des régimes d'assurance privée.

À la troisième page, M. le ministre va voir qu'en fait, entre 1993 et 2009, ça permet de voir à quel point le Canada et le Québec se distinguent des autres pays en termes d'augmentation du prix des médicaments, malheureusement. Et nous avons pris à dessein l'exemple de la Nouvelle-Zélande parce qu'en 1993 un nouveau gouvernement conservateur en Nouvelle-Zélande, qui, honnêtement, se plaçant dans l'optique, la logique des règles du marché... La Nouvelle-Zélande, c'est un pays de 5 millions, à peine, d'habitants. Ce n'est pas un très gros marché, mais, un peu comme ici, la moitié de la population, à peu près, est couverte par un régime d'assurance public. Donc, le ministre conservateur de la santé s'est dit : Bien, moi, je suis un acheteur, donc je vais appliquer le principe de marché qui dit que... c'est le principe de la loi de l'offre et de la demande, et, comme ma demande est très élevée, je vais essayer d'agir sur l'offre en négociant mes prix. Et, à terme, en fait, en cinq ou six ans, la Nouvelle-Zélande a réussi à baisser la courbe d'augmentation et même à diminuer ses dépenses totales en médicaments. Ça, c'est l'augmentation du prix des médicaments, c'est-à-dire du prix, du coût des médicaments individuels, mais, dans l'ensemble, la Nouvelle-Zélande a réduit près de deux tiers le coût d'acquisition de ses médicaments. Imaginez si, au Québec, on pourrait faire ça aujourd'hui pour la RAMQ, là. Au bout de quelques années, c'est 2 milliards d'économies dans la poche du gouvernement et donc des contribuables. D'accord?

Comment la Nouvelle-Zélande a fait ça? C'est compliqué. Mais heureusement j'ai eu l'occasion, lorsque la députée de Taillon, critique officielle en matière de santé aujourd'hui, et le ministre actuel, qui était à la tête du FMSQ...

Je les ai rencontrés, à l'époque, dans leurs anciennes fonctions pour expliquer le principe de Pharma-Québec, qui appliquait un peu ce modèle-là, que l'Ontario, incidemment, a appliqué en 2006. L'Ontario l'a appliqué et l'Ontario a réussi à encaisser d'importantes économies révélées finalement en 2010, ce qui a forcé quelques compagnies pharmaceutiques ici à, disons, réduire leurs ardeurs au Québec.

Et, je vous rappelle, au Québec, parce que plusieurs députés ici sont nouveaux aux travaux de l'Assemblée nationale et au débat sur les questions du coût des médicaments, fin des années 90, le gouvernement du Parti québécois introduit le régime mixte d'assurance publique et privée pour les médicaments et, petit à petit, rentre en négociation avec des pharmaceutiques en leur offrant d'énormes avantages, sous prétexte qu'ils vont investir ici. Puis le seul engagement qu'ont pris les compagnies pharmaceutiques, c'était ce qu'on appelle la clause-remorque, c'est-à-dire d'offrir les meilleurs prix pratiqués ailleurs au Canada, au Québec également, en retour de tous les avantages consentis, qui ont déjà été évalués par un expert en santé, Marc-André Gagnon, qui, dépendamment d'avec qui on se compare, la France ou la Colombie-Britannique, etc., ou la moyenne canadienne, c'est entre 330 millions et 700 millions de différence de coûts pour le Québec, en raison des avantages fiscaux ou de la règle de 15 ans qu'on leur avait accordés. En retour de ça, ils s'étaient engagés à nous offrir les meilleurs prix pratiqués ailleurs, mais malheureusement ils nous ont caché les ententes secrètes conclues avec l'Ontario depuis 2006. On l'a su par hasard par un article de *Globe and Mail* en 2010, puis j'ai commencé à poser mes premières questions au ministre de la Santé de l'époque, et il y a eu, disons, un réajustement à partir de là.

• (16 heures) •

Mais la réalité est que la croissance annuelle moyenne des coûts des médicaments au Québec est la plus élevée, en fait, au monde, lorsqu'on prend et on compare la croissance des coûts entre 2001 et 2007, à cause des avantages que nous avons consentis aux compagnies pharmaceutiques, qui, en retour, ne nous ont rien donné et ont caché les clauses secrètes. Et, je vous rappelle, à la tête du Rx & D, le lobby des pharmaceutiques qui a négocié ces ententes avec l'Ontario, se trouve Russell Williams, un ancien député libéral, qui a donné sa démission le 9 mars 2004 et, avant la fin du mois de mars, était nommé P.D.G. de Rx & D, qui est le lobby des pharmaceutiques, alors que M. Williams s'occupait du dossier des médicaments avant de donner sa démission. Résultat : le Québec, aujourd'hui, se trouve en peloton, à la tête du peloton de la croissance des coûts des médicaments prescrits à l'échelle internationale, avec qui qu'on se...

Alors, ma question au ministre de la Santé, c'est : Est-ce qu'il pense... Parce que je l'ai déjà entendu là-dessus, mais maintenant... quand il occupait d'autres fonctions. Est-ce qu'il pense toujours comme il le pensait avant d'être nommé ministre qu'on pourrait faire un effort collectif pour s'inspirer des meilleures pratiques, l'Ontario, la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Zélande, d'autres législations, pour négocier des choses à l'avantage du public avec les grandes multinationales pharmaceutiques, dont les pratiques de prix, etc., je pense, sont bien connues de tout le monde à l'échelle internationale? On a eu l'occasion de le démontrer à moult reprises. Il y a eu le rapport accablant des deux experts nommés par Sarkozy en 2011, il y a eu le rapport au Congrès américain. Juste pour vous donner une idée, le False Claims Act, qui permet au gouvernement fédéral de poursuivre les entreprises pour des pratiques commerciales frauduleuses, en 2011, sur les 9 milliards d'amendes imposées en vertu du False Claims Act par les autorités américaines, 5 milliards ont été imposés aux multinationales pharmaceutiques, donc je pense que l'État québécois n'a aucune espèce de, je dirais, complaisance à démontrer en face des compagnies pharmaceutiques. J'aimerais savoir si le ministre de la Santé est capable d'envisager un travail qu'on pourrait faire collectivement pour ramener les coûts des médicaments à une échelle raisonnable.

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

M. Barrette : M. le Président, combien de temps?

Le Président (M. Tanguay) : Pour 11 minutes à peu près.

M. Barrette : Parfait.

Une voix : ...

M. Barrette : Oui, mais c'est parce que j'ai une tendance à prendre de l'espace naturellement, hein?

Alors, M. le Président, peut-être que je ne prendrai pas tout le temps, mais je vais quand même faire référence à toute l'introduction que mon collègue a faite quant à ce sujet-là qui est très important, qui est très important pour la santé économique du Québec. Et, à l'heure où on doit revenir au déficit zéro, pour les raisons qui ont été amplement, amplement décrites depuis hier, il y a des décisions difficiles qui devraient être prises.

Ceci dit, vous me permettez, M. le Président, M. le député... vous me permettez de faire quelques notes sur la présentation que vous avez faite... quelques commentaires, plutôt. Je note que votre présentation et vos statistiques arrêtent, à l'exception de la première, là, pour ce qui est de l'évolution des prix, en 2009. Alors, je sais, et c'est des informations qui ne sont peut-être pas exactes, je l'admets, là, mais je sais qu'en Nouvelle-Zélande la situation a changé relativement à nous autres, mais il faudrait faire certaines vérifications marginalement.

Une voix : ...

M. Barrette : Bien, c'est ça, là. Puis nous...

Une voix : ...

M. Barrette : Je sais, mais, à partir de 2010, nous, on s'est mis à baisser, là.

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : O.K., attendez. La parole est à M. le ministre, M. le député de Mercier. Alors, M. le ministre, je vous invite à vous adresser à la présidence.

M. Barrette : C'est vrai, je m'excuse, M. le...

Le Président (M. Tanguay) : Pardon. Question, excusez-moi. Vous soulevez une question de règlement?

M. Barrette : Bien non, mais je n'ai pas fini, là.

M. Khadir : ...officielle en matière de santé échanger avec la table ici pour les explications, elle se permettait quand même d'apporter des précisions ou de demander des précisions. Je souhaiterais que vous démontriez la même souplesse avec moi.

Le Président (M. Tanguay) : Attendez, M. le député de Mercier. Vous faites référence à l'échange de la députée de Taillon avec le sous-ministre tout à l'heure?

M. Khadir : Oui.

Le Président (M. Tanguay) : C'était un échange tout à fait constructif qui aurait rendu superfétatoire d'appeler M. Dion tantôt et Mme la députée de Taillon tantôt. Là, ce n'est pas le même échange, là. Comme président, le bon ordre... Laissons le ministre répondre. Je vous invite... Et je ne prends pas plus de votre temps et j'invite le ministre et vous à vous adresser à la présidence. On va y aller dans l'ordre. Alors, M. le ministre.

M. Khadir : ...et, en fait, me questionner des yeux sur la raison pourquoi on s'était arrêté à 2009, alors je lui apportais une précision. Ça va être le genre d'échange, et je vous implore de montrer la même souplesse avec nous, compte tenu surtout des limites dans le temps que nous avons et que d'autres n'ont pas. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Je vous assure que j'applique la même souplesse. Alors, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je vais vous présenter mes excuses d'avoir exprimé un excès d'enthousiasme qui a perturbé le déroulement, du moins réglementaire, de cet échange. Et je vais reprendre où j'ai terminé.

Alors, je disais essentiellement que, quand je regarde les statistiques, bien il y a un élément qui saute aux yeux, les statistiques arrêtent en 2009. Et il serait intéressant, même si dans un échange non permis... C'est comme les jeux interdits, ça. Dans un échange non permis, le député de Mercier nous a fait état de la probabilité qu'il n'y ait pas diminution de l'écart entre la Nouvelle-Zélande et le Québec. Alors, ça, pour moi, c'est un point qui est important. Le député de Mercier me pose une question qui est fondamentale : Est-ce que notre gouvernement et moi, comme ministre de la Santé, je suis disposé à nous adresser, à faire en sorte que l'on s'adresse à la problématique de la négociation des coûts des médicaments à la lumière du fait que, c'est vrai, et je l'ai dit, moi, avant d'entrer en fonction à plusieurs reprises, il semble être de connaissance commune ou du moins d'impression commune que le Québec paie plus cher ses médicaments? Et je vais faire un commentaire, M. le Président : La vie économique est une vie complexe, c'est une vie... Et la vie politique l'est tout autant. Et parfois l'univers politique et l'univers économique ont l'obligation de se rencontrer pour le bénéfice des citoyens. Et, quand on regarde l'histoire récente du Québec dans le monde pharmaceutique, il y a des décisions qui ont été prises qui ultimement, lorsqu'on fait l'analyse, sont allées sereinement, pour une longue période de temps dans le sens du bénéfice des citoyens. Alors, on ne peut pas refaire l'histoire et on ne peut pas tirer des conclusions ou prendre des décisions aujourd'hui simplement sur la base d'un seul aspect du problème ou de la situation, sur une seule facette de la myriade qui fait en sorte qu'on oublie, par exemple, tous les bénéfices que l'on a eus en termes d'emplois de haut niveau avec la politique des brevets que l'on a connue et qui a été largement décriée. Le député de Mercier nous dirait — il y a fait allusion — que, selon lui, la population, toujours selon lui, n'avait pas bénéficié de cette situation-là; d'autres analystes dans cette période-là ont et pourraient encore conclure autrement.

Ceci dit, il est vrai qu'aujourd'hui la situation a changé et qu'on se retrouve dans un nouveau cadre et dans une nouvelle période. Il est vrai que la période de brevet garantie pour le nombre d'années que l'on connaît est terminée ou se termine et il est vrai que, dans le nouveau contexte, il y a lieu d'aborder ou de commencer une réflexion supplémentaire, avec toutes les contingences et les risques qui ont été évoqués de façon tout à fait légitime à la fois par le député de Mercier et à la fois par la députée de Taillon. Mais, au bout de la ligne, c'est le gouvernement qui doit prendre sa décision, et la décision doit avoir une finalité aujourd'hui qui est budgétaire, parce que c'est là où on en est.

Alors, nous, dans notre programme électoral, on l'a dit de façon très claire, on a dit de façon très claire que nous allons évaluer les possibilités d'entreprendre ou de modifier les paramètres ou la façon de négocier les médicaments pour faire en sorte que nous ayons le plus bas prix possible pas simplement au Québec, mais idéalement au Canada ou, à la limite, en Amérique du Nord. Et ça, c'est tout à fait légitime, et je pense que le député de Mercier souscrit à cette position.

Maintenant, le moyen pour y arriver, ça, c'est une autre chose. En écoutant la présentation du député de Mercier, je m'attendais à ce qu'à un moment donné il y ait une page sur Pharma-Québec ou sur l'approche — c'est une question qui s'en vient peut-être, là — ou ce genre de chose là. La question aujourd'hui qui est en jeu et, je dirais plutôt, la patinoire sur laquelle la rondelle se met en jeu est celle de la négociation. La façon de faire ça... Et je vais peut-être répondre à l'avance à la question que mon collègue de Mercier pourrait nous poser ultérieurement. Il fait référence, lui... Et je l'ai devant moi parce que cette question-là revient fréquemment, la question de Pharma-Québec. Que dit le projet de loi proposé — à moins qu'il l'ait changé, là — par mon collègue de Mercier? Bon, on fait deux choses qui sont des choses essentiellement administratives, c'est-à-dire qu'on déplace le pôle décisionnel du ministère à une société parapublique gérée par un conseil d'administration, et ainsi de suite. Je ne dis pas que... C'est une bonne chose, mais je dis que je pense que le gouvernement est capable de faire ça aussi. Bon, le député de Mercier pourrait nous faire des critiques et il les fera, je vais lui laisser du temps. Mais il fait référence ou il fera référence aussi à la création d'une organisation de production des médicaments qui serait incluse dans l'entité qui s'appelle Pharma-Québec. Est-ce la meilleure des solutions, M. le Président? La démonstration de tels avantages est-elle faite? La Nouvelle-Zélande fait-elle ça, par exemple? D'autres pays font-ils ça?

Alors, je souscris, moi, à l'intention ou au souhait du déficit... — déficit, quel lapsus presque révélateur! — du député de Mercier de vouloir négocier au meilleur prix possible pour faire les économies suggérées dans le monde du médicament, j'en suis à 100 %. Le véhicule, je ne suis pas convaincu aujourd'hui — puis je vais lui laisser la parole — que c'est le meilleur véhicule.

• (16 h 10) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Alors, M. le député de Mercier, il vous reste trois minutes.

M. Khadir : Le véhicule exact importe peu. Je pense que ce qu'il faut réaliser, c'est que, d'abord, déjà en 2002, il y a eu une commission royale d'enquête, sur laquelle, je vous assure, ne siégeait aucun député solidaire à venir ou passé, commission royale d'enquête nommée par le gouvernement libéral fédéral qui était arrivée à la conclusion que les législations au Canada, que ce soit fédérale ou des différentes provinces, payaient de trois à six fois trop cher leurs médicaments. Ça fait énormément de marge, vous imaginez. Six fois trop cher, ça veut dire qu'on pourrait aller chercher des réductions de 85 %. Trois fois trop cher, ça voudrait dire qu'on peut aller chercher des réductions de 65 % à peu près, de 66 %. Donc, ça laisse énormément de marge de manoeuvre, si on y réfléchit bien.

Ça ne veut pas dire qu'on va atteindre l'idéal néo-zélandais. Je suis même prêt, sans aller dans le détail, d'accepter certaines de vos considérations sur la complexité des décisions politiques et des implications ailleurs en termes d'emplois, d'investissement, etc., d'accord. Mais, juste à côté de nous, l'Ontario, dès 2006, a pris les rênes de ce problème en main et a réussi à courber ses dépenses. Officiellement, ils nous ont dit qu'ils pouvaient déclarer 500 millions, avec un sourire en coin, dans le sens que, comme c'est des ententes secrètes, on ne peut pas aller plus loin, mais les estimations des experts de la structure du prix du médicament canadien disent que l'Ontario fait déjà 860 à 900 millions en moyenne depuis que ça a été instauré. Si on étale la moyenne par année, c'est tout proche de 800 millions, alors imaginez.

Il y a une marge de manoeuvre. L'idée, c'est simplement ça, de dire de prendre les moyens. À partir de là, sachant que les investissements et les emplois, etc., ne se sont pas avérés, qu'on a perdu beaucoup depuis des années et que toute réduction ne va pas... va bénéficier non seulement aux deniers publics, mais aussi à ceux qui vont acheter leurs médicaments, là... Parce que, quand on courbe à la baisse le prix des médicaments, celui qui va aller les payer va aussi payer moins pour les franchises, payer moins de sa poche. Il y a déjà autant que les citoyens paient de leur poche, au même titre que le gouvernement. Donc, l'idée, c'est de prendre la résolution collective, maintenant qu'on a vu le résultat des politiques relativement ruineuses passées, d'épouser les meilleures pratiques. Et ces meilleures pratiques sont déjà en train d'être copiées en Angleterre, en France, au Danemark, en Allemagne, et je ne vous parle même pas de la Nouvelle-Zélande ou de l'Ontario à côté de nous.

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre, pour 30 secondes.

M. Barrette : M. le Président, ça va me faire plaisir de faire remarquer à l'Assemblée ici que je viens d'avoir un échange avec le député de de Mercier du même type que celui que j'ai eu avec les députés ministériels et qui ont permis d'éclairer la population qui nous écoute sur des sujets éminemment importants et complexes. Et ça, c'est ma réponse au commentaire initial que faisait le député de Mercier.

Et je sais que ça ne se fait pas, M. le Président, mais, à un moment où, je pourrais dire, la gauche québécoise prend des positions qui sont celles qu'elles sont, est-ce que le député de... Je sais que je n'ai pas le droit de poser de question, mais j'invite le député de Mercier éventuellement, lorsqu'on se rencontrera, de me dire s'il est en train de me dire que les ententes secrètes de l'Ontario ont été bénéfiques.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, ce sera votre conclusion, M. le ministre. Alors, ceci met fin au bloc de 20 minutes dévolu au député de Mercier. Nous allons maintenant y aller du côté de la banquette ministérielle avec un bloc de 20 minutes, et je cède la parole à la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : M. le Président, j'aimerais qu'on aborde... On a parlé beaucoup de la question des structures, lors des dernières heures de crédits, et j'aimerais qu'on aborde la question de la main-d'oeuvre, comme c'est ce qui soutient quand même notre réseau au jour le jour, et notamment de la main-d'oeuvre médicale. J'ai une question en plusieurs... nombreux volets. Je vais vous les poser d'un coup, comme ça vous pourrez prendre le temps d'y répondre.

Entre autres, dans les dernières années, bon, il y a eu les coupures massives à la fin des années 1990 par le gouvernement péquiste, qui avait diminué le nombre d'admissions en médecine et qui avait aussi procédé à la mise à la retraite anticipée de plusieurs centaines de médecins, et ce qui avait entraîné des grandes pénuries, qui se résorbent peu à peu, là, au cours des dernières années, et suite, entre autres, sous le gouvernement libéral, dans le fond, au cours des 10 dernières années, à la hausse des admissions en médecine.

On entend, dans les dernières années, les étudiants et résidents en médecine qui nous parlent maintenant de chômage médical. Donc, évidemment, où je m'en vais, c'est que je souhaiterais que vous nous expliquiez où nous en sommes réellement en termes d'offre versus de besoins mais également aussi, comme ça prend un minimum de 10 ans former, bon, un médecin spécialiste, sept ans un médecin de famille, comment on projette, dans le fond, le nombre de médecins devant un délai à aussi long terme. Et, au niveau de la planification des effectifs médicaux plus précisément, comment on harmonise, dans le fond, l'offre médicale par rapport aux besoins sur le territoire à court, moyen et long terme? Comment on détermine le nombre de médecins formés en fonction des spécialités, que ce soit, bon, l'ORL, la radiologie diagnostique, la médecine de famille? Et où nous en sommes, comme je vous dis, que ce soit au niveau des besoins des différentes... pas nécessairement... sans tomber dans le détail de chaque spécialité mais sur l'ensemble des spécialités, dont notamment, plus précisément, la médecine de famille?

Et, une fois qu'on a parlé, dans le fond, de planification, je souhaiterais qu'on aborde aussi la question de la répartition sur le territoire aussi, donc comment les médecins sont répartis, dont notamment avec les plans régionaux d'effectifs médicaux. Où nous en sommes à ce niveau-là? Où nous allons à ce niveau-là aussi? Quelle est votre vision sur ces questions de plans régionaux?

Et, dans un dernier temps aussi, la question de l'installation des médecins étrangers, donc, est-ce qu'on en a eu les résultats escomptés? Est-ce qu'il y a eu les avancements souhaités en termes de reconnaissance des diplômes de médecins étrangers? L'entente France-Québec aussi, les résultats que ça a donnés. Donc, vraiment un portrait global de la répartition, de la planification et de l'installation des médecins sur le territoire.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, Mme la députée de Crémazie. Alors, évidemment, nous abordons ici un sujet qui a une certaine complexité, particulièrement pour l'oeil du public, qui n'est pas familier ou nécessairement... qui n'a pas nécessairement une expérience pratique dans cette mécanique-là, et à propos de laquelle souvent la population va dire : Bien, pourquoi ça ne marche pas? Comment ça se fait qu'on n'arrive pas à destination et comment ça se fait, par exemple, qu'on a encore des problèmes d'accès, que ce soit en médecins de famille ou dans certaines spécialités? Comment ça se fait qu'il y a des médecins aujourd'hui ou des résidents, les résidents étant des étudiants à la formation de la spécialité, ou de médecine de famille ou de médecine... spécialité d'autre nature... Comment ça se fait qu'il y a des résidents actuellement qui disent qu'ils ont des problèmes à trouver des emplois et potentiellement seront des chômeurs? Bon. Alors, permettez-moi, M. le Président, Mme la députée, de faire un historique de la situation.

Historiquement, M. le Président, les... Bien, pas historiquement, toujours, aujourd'hui comme avant, la formation médicale se faisait dans des facultés de médecine qui à l'époque, historiquement, se situaient sur les campus. La formation de base qui est celle du doctorat, le doctorat étant la période de formation médicale entre le cégep et le diplôme de médecin que l'on obtient de l'université à la fin de quatre ou cinq années de formation, dépendamment de l'université, bien ça, c'est le programme de formation de médecine, et c'est suivi après par un programme de formation qualifié de postdoctoral qui fait en sorte qu'à la fin du cours de médecine un étudiant doit faire le choix entre continuer sa formation dans un programme de formation en médecine de famille ou de continuer sa formation dans un programme de médecine dite spécialisée au sens large du terme. Alors là, c'est la cardiologie, la chirurgie, la neurologie, et ainsi de suite.

Alors, historiquement, encore une fois, là, jusqu'aux années 2004, les universités donnaient des formations qui étaient sur leurs campus. Et on se rappellera tous malheureusement de mauvais souvenirs : que, lorsqu'on a envoyé des médecins et des infirmières à la retraite, dans les années 1990, on a aussi fait l'erreur, et on le voit aujourd'hui, d'avoir diminué aussi les entrées en médecine. Et ce n'est qu'avec l'arrivée du Parti libéral au pouvoir, en 2003, qu'on a commencé à conclure qu'on devait, un, réaugmenter le nombre d'entrées en médecine et de le faire avec une certaine rapidité parce qu'il y avait un problème, puisque, je viens de l'expliquer, former un médecin de famille, c'est un minimum de six ans et en général sept ans, et former un spécialiste, ça peut aller jusqu'à 12 ans. Alors, à un moment donné, il y avait une décision à être prise. Elle a été prise par le premier ministre d'aujourd'hui, qui était alors ministre de la Santé, et tout le monde a applaudi à ça parce que c'était demandé par le milieu. On voyait qu'au Québec on n'était plus capable de suffire à la demande, et là, à un moment donné, il y avait des gens qui étaient à risque parce qu'ils n'avaient pas accès à certains soins.

• (16 h 20) •

Mais il y avait un autre problème, et ça, c'est un problème qui est très important. Vous y avez fait référence, Mme la députée, avec justesse il y a quelques instants, il y avait un problème de répartition géographique. Non seulement il n'y avait pas assez de médecins au Québec en 2003, non seulement on n'en formait pas assez, mais en plus il y avait géographiquement des trous. Le Québec était une espèce de gruyère médical. Et moi, M. le Président, là, je me rappelle le début de ma pratique, puis j'ai commencé à pratiquer en 1992, là. Il y a des hôpitaux en 1992... Je m'excuse, en 1989, mais j'ai fait un fellow après, bon, peu importe. Il y a eu une époque, M. le Président, où il y avait des hôpitaux où des spécialités de base comme la mienne, et je citerai tous les hôpitaux de l'Abitibi... Ce n'est pas des endroits où il y a trois personnes, là, c'est des endroits où il y a 35 000, 40 000, 50 000 personnes par ville. Il y a des endroits où il y a des périodes de l'année où il y avait zéro spécialiste, il y avait zéro radiologue. Puis là on pouvait faire le tour du Québec, là, puis, périodiquement dans l'année, il y avait ce qu'on appelle à l'époque des découvertures. Et c'étaient des vraies

découvertes qui avaient des conséquences, il y a des gens qui se retrouvaient en porte-à-faux faute de capacité d'investigation, pour prendre ma propre spécialité.

Et, en 2004, notre gouvernement d'alors a mis en place ce qui s'appelle un plan de gestion des effectifs médicaux, qui a donné la naissance à ce qu'on appelle aujourd'hui — et tout le monde connaît ça, sauf les gens moins informés — les PEM et les PREM. Puis ça, ça s'appelle un P-R-E-M, un plan régional d'effectifs médicaux; un P-E-M, qui est un plan d'établissement d'effectifs médicaux. Et ça, ce que ça fait, M. le Président, c'est qu'un résident, à partir de 2004, lorsqu'il termine sa formation de quoi que ce soit, en médecine de famille ou en médecine spécialisée au sens large, se fait offrir un menu, essentiellement une palette de postes qui sont distribués arbitrairement par le Québec, par le gouvernement sur le territoire québécois.

Évidemment, le gouvernement n'a jamais été à l'extrême parce que juridiquement ce n'était pas défendable — j'y reviendrai dans un instant — n'a jamais été jusqu'à dire : À partir de 2007, on va ouvrir seulement des postes en Abitibi puis en Gaspésie. Ça, ça aurait été ce qu'on appelle un «billing number», et c'est une expression qui signifie que ça aurait été contraire aux chartes des droits, en imposant une limitation aux libertés d'installation des jeunes finissants. D'ailleurs, M. le Président, il y a eu une cause canadienne célèbre à cet effet en Colombie-Britannique; il y a des jeunes finissants qui sont allés en cour pour contester une mesure comme celle-ci, que je viens de décrire, et qui a été gagnée. La Colombie-Britannique, à l'époque, avait mis en place des règles beaucoup trop restrictives, et ça s'appelait le «billing number». On disait aux jeunes : Tu as le droit de pratiquer, voici ton numéro de pratique, voici, tu peux facturer à la RAMQ de la Colombie-Britannique, mais seulement à cet endroit-là. Et ça, ça a été battu en cour.

Alors, nous, face à ça, pour ne pas enfreindre les lois, on a fait quelque chose de mitoyen, qui est celui que je viens de vous dire. Cet élément-là est simple, on donne au résident : Voici, oui, il y a des postes à Montréal, oui, il y en a à Trois-Rivières, il y en a à Sherbrooke, il y en a à Québec, mais il y en a aussi à Rouyn, il y en a à Gaspé et il y en a à Sept-Îles. Et les jeunes, quand ils finissent, bien ils ont une palette, et on offre un nombre de postes qui est un coefficient du nombre d'étudiants, ce qui fait en sorte que, s'il sort 200 étudiants — je vous dis un chiffre arbitraire — il va peut-être y avoir approximativement 250, 300 postes d'offerts. Et ça, ça a marché, M. le Président. On a réussi, au Québec, puis on est la seule et unique province à avoir obtenu aujourd'hui une répartition géographique adéquate des médecins. Elle est imparfaite, mais elle est meilleure que partout au Canada, à un point tel que le Canada, qui devient, lui aussi, de plus en plus bilingue, aujourd'hui regarde au Québec comment on a fait ça pour pouvoir l'implanter ailleurs. Alors, c'est comme ça que ça fonctionne.

Alors, maintenant, ça, ce que l'on a fait aussi, et je l'ai dit il y a quelques instants, le ministre de la Santé d'alors, M. Couillard, avait augmenté progressivement le nombre d'entrées en médecine, et cette augmentation-là s'est faite en fonction de la capacité des universités. Et là ça me permet de faire le lien avec la problématique qui a été soulevée par la députée de Taillon ce matin, qui est celle des superinfirmières. Alors, on a vécu avec les médecins la même problématique que l'on a déjà... que l'on va vivre avec les superinfirmières, mais dont on sait qu'on peut le résoudre parce qu'on l'a fait pour les médecins. Les facultés de médecine, là, je prends la mienne, là, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal est passée de 120 étudiants en médecine à 230 à peu près, M. le Président, je pense que c'est 233. Alors, de 130 à 233, M. le Président, l'amphithéâtre était trop petit. Alors, à un moment donné, il faut les former, ces étudiants-là, il faut les envoyer dans des stages, c'est la même problématique que les infirmières praticiennes spécialisées. Et on a ouvert — c'est notre gouvernement qui a commencé ça — des facultés, des campus facultaires de médecine satellites dans différentes régions du Québec, de telle sorte qu'aujourd'hui à peu près toutes les régions du Québec ont un campus satellite affilié à un des quatre réseaux universitaires du Québec.

Et ça, ça avait une double fonction et ça l'a encore. Et ça aussi, ça marche. C'est nous autres qui avons fait ça, là. Ce que ça fait, c'est que ça envoie des gens se former en région... ou prendre des gens de la région qui se forment localement. Et on sait le facteur humain qui existe chez tout le monde. Quand on est formé au centre-ville de Montréal, bien on pense qu'il n'y a pas de salut en dehors du centre-ville de Montréal. En étant formé en région, bien il y a des gens qui se rendent compte que c'est le fun, vivre en région. Je viens d'une région, moi, c'est très heureux en région. Et on constate à l'usage que les gens formés dans ces facultés satellites là ont une grande tendance, sinon... vraiment une grande tendance à s'installer aussi en région, souvent dans la même région où ils ont été formés ou dans d'autres régions, parce qu'ils ont été désensibilisés à l'éloignement de la Place Ville-Marie. Alors, ça, ça a été un bénéfice qui est venu de la décision, un, d'abord, d'augmenter le nombre de places à l'entrée de la faculté de médecine, mais aussi de les former en région. Et ça, c'est une décision qui a été prise par notre gouvernement, qui heureusement n'a pas été défaite par les gouvernements subséquents.

Alors, maintenant arrive la question, évidemment, qui est une question qui est tout aussi importante et que l'on a vécue avec une intensité de plus en plus progressive au fil du temps, qui est la répartition, le différentiel, la distribution de la formation en résidence entre les médecins spécialistes et les médecins de famille. On a connu dans les dernières années la problématique de l'accès aux médecins de famille qui était sous-tendue par une problématique de nombre. Personne n'a jamais contesté qu'à un moment donné il y a eu un problème de nombre, aujourd'hui... comme la députée de Crémazie nous y a fait référence dans la journée, qui est pas mal résolue aujourd'hui, la problématique de l'accès étant, à mon avis, d'un autre ordre aujourd'hui.

Maintenant, il n'en reste pas moins que, pour assurer la pérennité de notre système, il a fallu, au fil du temps, changer la répartition d'entrées en résidence, en formation postdoctorale. Si on considère aujourd'hui qu'il y a 840 étudiants qui entrent en formation du Québec dans les facultés de médecine, quand ces 840 là arrivent à la fin de leur formation doctorale, ils ont une fourche, ils ont un choix à faire entre la médecine de famille et la médecine spécialisée plus classique, et là c'est nous, au gouvernement, qui décidons combien qu'il va y en avoir qui vont entrer en médecine de famille et combien il va y en avoir qui vont rentrer en spécialité. Et tout le monde va avoir une place, mais tout le monde n'ira pas nécessairement dans l'endroit où la spécialité où ils veulent. Et ça, ça a été un grand débat dans les dernières

années, qui a fait en sorte qu'il y a 15 ans ou il y a une douzaine d'années le ratio qui était 55-45 pour la médecine spécialisée versus la médecine de famille s'en va maintenant progressivement et même très rapidement à 50-50. Il est à 50-50 aujourd'hui pour aller à l'inverse maintenant, 48-52, parce qu'on sait que le besoin dans le futur va être plus dans la première ligne que dans la médecine spécialisée. Et, en médecine spécialisée, bien là c'est la même chose, M. le Président. Il y a 36 spécialités au Québec, et le gouvernement, après consultation, détermine par spécialité combien de postes il va y avoir.

Et là je dis ça pour maintenant m'adresser à la question du fameux chômage, s'il existe. Et moi, je pense qu'il n'existe pas, mais potentiellement, si les choses étaient laissées libres, il y aurait des problèmes.

Alors, quand on regarde les autres provinces, M. le Président, il y a des médecins réellement chômeurs. Incroyable, mais il y a des médecins qui ne trouvent pas de place à pratiquer. Bien, il y a une raison. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de place, c'est parce qu'ils n'ont pas de modèle qui force la distribution géographique des finissants comme nous, on a. Alors, nous, un médecin qui finit va avoir un poste et il va gagner sa vie, mais il ne va pas nécessairement gagner sa vie, comme j'ai déjà dit dans le passé, à une demi-heure à pied de la Place Ville-Marie.

• (16 h 30) •

Alors, comment ça fonctionne? On m'a posé la question, c'était un élément de la question. Comment fait-on pour projeter les effectifs médicaux? Alors, les effectifs médicaux, M. le Président, ça fonctionne de la façon suivante. Il y a une étude, une analyse démographique qui est faite par les experts en la matière du côté gouvernemental, et je devrais reculer, M. le Président, dans mon commentaire pour vous dire que, dans mon expérience passée, l'élément qui... où toutes les instances dans la société qui touchent à la pratique de la médecine exercent une collaboration presque idéale avec le gouvernement et les instances décisionnelles. On a tous le même intérêt. Alors, les démographes du gouvernement font des analyses en fonction de toutes sortes de choses. Ils font des analyses en disant : Combien d'hommes? Combien de femmes? Quel est le changement de profil de pratique? Quelle est la tendance? Est-ce qu'ils travaillent plus qu'avant, travaillent moins qu'avant? Maintenant, on sait qu'ils vont travailler plus jusqu'à 65, 70 ans plutôt que d'arrêter de travailler à 55 ans. On comprend qu'on n'est plus personne dans la liberté 55. On sait que la santé des gens fait en sorte qu'on peut travailler plus tard, ainsi de suite. On regarde les tendances en ce qui a trait à l'évolution technologique, l'influence que ça peut avoir sur la desserte de soins ou la capacité de donner des soins, et évidemment on couple ça aux données que l'on connaît, qui sont les données de projection de nombre d'hôpitaux, par exemple, au Québec, par exemple.

Alors, ça, ça permet au gouvernement de mettre en place une projection qui est faite à chaque année, là, revue jusqu'en 2031. Et, en médecine, on est le seul domaine, à l'université, où on sélectionne le nombre d'entrées en fonction des besoins, et les besoins, bien, ils sont déterminés, comme je viens de le dire. Alors, ça fait en sorte qu'à chaque année on décide de faire entrer en médecine un nombre spécifique, évalué de façon raisonnée, d'étudiants en médecine, et après on fait le même exercice pour les entrées en spécialité, en jouant sur les ratios.

En plus, il y a des contingences, M. le Président, puis je vais terminer rapidement là-dessus. En plus, il y a des contingences particulières parce qu'au Québec il y a... on réserve des places dans les facultés pour les Québécois, d'accord — francophones et anglophones, ce n'est pas ça qu'est l'intérêt, mais on a des places réservées aux Québécois — auxquelles s'ajoutent ce qu'on appelle des contingents particuliers. Par exemple, on accepte un certain nombre d'étudiants en médecine qui viennent du Nouveau-Brunswick, qui viennent des communautés autochtones, qui viennent parfois de nationalités étrangères, qui viennent des Forces canadiennes. Et on a un contingent en médecine dentaire. Ça, ça vient s'additionner essentiellement aux 840 qui sont en place, et c'est comme ça qu'on gère la chose.

Et c'est la raison pour laquelle on peut dire que, si la gestion est faite correctement, les besoins de la population vont être rencontrés dans la mesure, évidemment, où le système fonctionne, incluant — permettez-moi de boucler la boucle avec ça — dans la mesure où on respecte nos contrats de GMF, par exemple.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, avant de céder la parole au député de Maskinongé, est-ce que, Mme la députée de Crémazie, vous aviez un commentaire additionnel?

Mme Montpetit : Bien, peut-être. Combien reste-t-il de minutes?

Le Président (M. Tanguay) : 1 min 40 s.

Mme Montpetit : Pardon?

Le Président (M. Tanguay) : 1 min 40 s.

Mme Montpetit : 1 min 40 s. Bien, c'est peu, mais peut-être... Oui, vous pourriez compléter, peut-être, sur le recrutement des médecins étrangers, très rapidement puis peut-être sur, aussi, différents facteurs qui... je souhaiterais savoir l'impact sur la profession médicale : le vieillissement du corps médical, la féminisation également. Donc, si on a le temps de couvrir ça très rapidement, dans la minute qui reste.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup.

M. Barrette : M. le Président, j'ai compris qu'il y avait encore huit minutes?

Le Président (M. Tanguay) : 1 min 20 s.

M. Barrette : Ah! excusez-moi, c'est parce que je n'avais pas compris mon horloge.

Le Président (M. Tanguay) : 1 min 20 s.

M. Barrette : Alors, écoutez, peut-être que j'y reviendrai dans le prochain bloc de questions, parce que c'est un petit peu élaboré, mais il y a d'autres éléments qui entrent en compte, comme effectivement les médecins étrangers, doit être prise en considération l'entente France-Québec. Et je m'adresserai, dans le prochain bloc, à la problématique présumée ou perçue comme telle par les jeunes du chômage médical.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, les quelque 45 secondes qui restent, nous pourrons les appliquer au prochain bloc facilement.

Maintenant, je vais reconnaître le porte-parole du deuxième groupe d'opposition pour un bloc de 21 minutes et je reconnais le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. Je vais revenir, avec votre permission, sur le sujet de l'entente avec les pharmaciens, ou de la non-entente avec les pharmaciens, découlant de l'adoption du projet de loi n° 41.

Le ministre, quand ma collègue l'a interrogé là-dessus, a dit que les négociations se poursuivaient. Je veux juste vérifier cet aspect-là avec le ministre, M. le Président, parce que ce que je comprends, c'est qu'il y a eu rencontre de courtoisie entre le ministre et l'AQPP d'à peu près une heure. Mais, si je comprends bien, les représentants du ministère et les représentants de l'AQPP ne se sont pas rencontrés à ce jour, conséquemment... en fait, depuis que le ministre est en poste. Est-ce que cette information-là est exacte?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je m'excuse, là, je pense n'avoir pas bien compris la formulation de la question.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, j'inviterais M. le député de La Peltrie, oui, à reformuler, s'il vous plaît.

M. Caire : En fait, je vais tout simplement dire : Ce que je comprends, c'est qu'il y a eu rencontre entre le ministre et les représentants de l'AQPP, une rencontre d'à peu près une heure, qu'on peut qualifier de courtoise. Mais ce que je comprends, c'est qu'au niveau de la négociation à proprement parler il n'y a eu aucune rencontre entre les représentants du ministère et de l'AQPP.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, merci beaucoup, M. le député de La Peltrie. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je vais me permettre de répondre le plus clairement possible mais avec une certaine réserve parce qu'évidemment il y a des choses que je ne peux pas divulguer par respect pour les gens qui sont de l'autre côté de cette table-là. Mais je vais commencer par un commentaire qui va illustrer ou expliquer peut-être un peu plus clairement au député de La Peltrie la situation devant laquelle je me trouve ou le gouvernement se trouve à cet égard.

Alors, contrairement à ce que le député de La Peltrie pense — je comprends qu'il puisse ne pas avoir l'information, là, parce que je ne l'ai pas dit d'une façon aussi claire — nous avons formellement rencontré les têtes dirigeantes de l'AQPP. Et ce n'était pas une réunion de courtoisie, c'était une réunion qui était très importante, compte tenu de l'état d'esprit dans lequel se retrouvent aujourd'hui les membres de l'AQPP et particulièrement leur direction, parce que, sans révéler quelque élément que ce soit, M. le Président, je peux vous dire que — et je le savais avant d'arriver en poste — les relations de négociation et même personnelles entre mon prédécesseur et l'AQPP étaient d'un niveau regrettable. Je peux vous dire que la négociation, à toutes fins utiles, n'existait pas.

Alors, je me retrouve aujourd'hui dans une situation où je devais, dans un premier temps, rétablir des ponts pour ramener un climat que vous pouvez, M. le député, qualifier de courtois. Je pense qu'à un moment donné, dans une négociation, les deux parties doivent savoir qu'il y a... constater qu'il y a quand même un minimum de communication entre les parties. Et, pour ce faire, on a fait une mise à niveau des... ce n'est pas simplement des enjeux, mais des positions de négociation des deux parties et où on allait aller.

Alors, sans entrer dans le détail, M. le Président, la rencontre que j'ai eue à date était une rencontre essentielle qui a fait en sorte que maintenant nous sommes deux organisations qui lisons le même texte sur la même page et pour lequel une nouvelle page doit s'écrire. Et on a convenu que la prochaine page serait écrite par l'AQPP, et j'ai l'engagement de leur part d'avoir une rencontre rapide, j'irais même jusqu'à dire dans les prochaines semaines, là, certainement avant le milieu de juillet, où l'AQPP va nous revenir avec des propositions et une évaluation de la situation qui sera un peu pas mal différente de ce qu'elle a vécu avec le gouvernement précédent, qui amenait l'AQPP essentiellement dans un cul-de-sac.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Oui, M. le Président. Puis je veux juste valider quelques informations, puis certainement que le ministre va être capable de m'éclairer, là, parce que ce que je comprends, c'est que, oui, le ministre a rencontré... puis j'entends sa réponse, parfait, le ministre a rencontré l'AQPP, mais ce que je comprends, c'est que normalement, là, au ministère, il y a des gens qui sont mandatés, il y a des équipes qui sont mandatées pour négocier formellement avec l'AQPP, qui reçoivent du ministre un mandat, des paramètres.

Ça, je comprends que, normalement, c'est la façon de faire, et, au moment où on se parle, ça ne s'est pas fait, il n'y a pas eu ce type de rencontre là entre les représentants du ministère et l'AQPP. Est-ce que je me trompe?

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

M. Barrette : Vous ne vous trompez pas, mais vous le mettez dans un mauvais contexte. La rencontre que l'on a eue a fait en sorte que nous avons conclu de part et d'autre de revenir, dans un premier temps, avec des propositions à la table où je suis, non pas parce que la mécanique normale de négociation ne se fera pas, elle va se faire. Mais, encore une fois, je réitère simplement le fait qu'actuellement j'ai dû faire une première rencontre réparatrice dans la négociation avec l'AQPP, et, dans un deuxième temps, qui est le temps qui se fait maintenant, on a convenu que l'AQPP, et c'est un peu leur proposition à eux aussi, ils arriveraient avec un... pas simplement l'état de situation, là. Je ne veux pas mettre de... je ne veux pas divulguer certaines choses que je ne peux pas divulguer, là, mais elle va nous arriver avec un schéma de négociation ou des propositions qui vont être inscrites dans une dynamique qui est différente de la précédente. Ce n'est pas une dynamique, là... Ce n'est pas les bons termes, M. le Président, là. Je ne veux pas dire qu'on change la loi n° 41, là. C'est juste que ça allait mal avec le gouvernement précédent, comme dans ça n'allait pas. Là, j'espère que ça va aller mieux, quoique je ne puisse rien garantir à cet effet.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. M. le député de La Peltrie.

• (16 h 40) •

M. Caire : Oui, M. le Président. Écoutez, encore une fois, je vais valider l'information, parce que de ce que j'en sais, au niveau de l'association des pharmaciens propriétaires, il y a une volonté d'aller assez rapidement dans ce dossier-là. En fait, la date du 3 septembre a été avancée, si j'ai bien compris. Ce que je comprends, c'est que l'AQPP a fait connaître au ministre sa proposition de grille tarifaire, là, sur les services qui seraient remboursés. Ce que je comprends, c'est que l'AQPP a fait connaître au ministre les différents scénarios de budgets, là, qui seraient conséquents à la grille tarifaire à négocier avec le gouvernement. Ce que je comprends, c'est que l'AQPP, au niveau de la mise en place des structures chez ses membres associés ou les membres représentés, c'est-à-dire, sont prêts à... en fait, demain matin, ce que je comprends, là, c'est que, si... vous me permettez ce jeu de mots, M. le Président, mais, si on leur donne le go, ils sont prêts à aller de l'avant, là, avec la prestation de services, tel que prévu.

Donc, j'essaie de voir avec le ministre, là, qu'est-ce qu'il attend exactement de l'AQPP, là. Parce que ce qui a été mis sur la table, là, moi, j'ai la grille tarifaire qui a été proposée, j'ai les scénarios de budgets. Eux autres, ils me disent : On est prêts, les systèmes informatiques sont prêts, les pharmaciens sont formés, là. Qu'est-ce qu'il manque?

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

M. Barrette : M. le Président, évidemment, je ne peux pas vraiment élaborer de la façon dont voudrait le député de La Peltrie. Ce que le député nous propose, malheureusement, n'est pas possible. On me demande de faire la négociation ici, sur la place publique, et de déterminer les... ou de divulguer les déterminants de la négociation.

Alors, je rappellerai au député de La Peltrie, qui en est sûrement très conscient puisqu'il y a fait référence abondamment en Chambre, la situation budgétaire d'aujourd'hui n'est pas la même qui existait lorsque les négociations n'allaient pas avec le Parti québécois. Alors, on hérite d'une situation budgétaire qui fait en sorte que... Et je concède au député de La Peltrie que demain matin, si on acceptait la grille tarifaire, sans doute que l'AQPP dirait oui. Et je peux même vous dire que les fédérations médicales, si on accède à leurs demandes, elles vont dire oui aussi. Puis je peux même vous dire aussi que le front commun, évidemment, au complet va... si on leur donne ce qu'ils demandent actuellement, ils vont dire oui, là.

Alors, je ne peux pas, M. le Président, malheureusement, puis ce n'est pas par mauvaise foi ou par manque de considération auprès du député de La Peltrie, faire la négociation ici, sur la place publique.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Je comprends ça parfaitement, M. le Président, mais vous aurez remarqué, M. le Président, l'évolution subtile dans la réponse du ministre, qui me disait : J'attends les propositions de l'AQPP, et qui vient de me dire : Oui, mais je ne peux pas accéder à toutes les demandes de l'AQPP. Il y a une nuance. Ce que vous me dites, c'est que les demandes de l'AQPP, vous les avez eues, donc vous ne les attendez pas.

Donc, la question que moi, je vous pose, c'est : Qu'est-ce que vous attendez pour commencer les négociations? Parce que vous venez d'admettre qu'il n'y avait pas eu de rencontre entre les équipes du ministère, les représentants du ministère et les représentants de l'AQPP. Donc, vous attendez des propositions que vous avez en main puis vous êtes en attente de ça. Donc, pendant ce temps-là, là, personne ne se parle. Je veux dire, c'est le chien qui court après sa queue. Ça n'avancera jamais, cette histoire-là, là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de La Peltrie. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, j'apprécie que le député de La Peltrie commente la subtilité dont je fais preuve, mais peut-être ai-je été trop subtil, parce que ce que j'ai dit, M. le Président, je n'ai pas dit que je n'avais pas eu de proposition de l'AQPP. On a eu une rencontre où on a fait état de nos... et c'est ce que j'ai dit, on a fait état de nos positions respectives, et, dans les positions respectives, il y a évidemment les propositions, qui sont connues depuis longtemps, de l'AQPP. Je les avais, M. le Président, les propositions de l'AQPP, d'autres sources, comme vous d'ailleurs, là, M. le député, dans ma vie antérieure.

Là, actuellement, ce qui a été conclu est que, compte tenu de l'échange que l'on a eu et compte tenu aussi des propositions qui sont historiquement sur la table — historiquement, j'entends depuis qu'on négocie la tarification des actes sous-tendus par la loi n° 41 — on a convenu qu'il allait y avoir une proposition qui allait avoir une ampleur, et des paramètres, et des aspects qui allaient être différents.

Alors, peut-être suis-je trop subtil, mais je pense avoir répondu précédemment assez clairement à la demande du député de La Peltrie. Je comprends son intérêt pour avoir des informations plus précises. J'aurais le même intérêt si j'étais à sa place. Mais, dans cette circonstance-ci, M. le Président, je ne peux pas aller plus loin.

Maintenant, je vais faire un dernier commentaire, qui est important, M. le Président. La négociation, ça se fait par une équipe. Et moi, je me rappelle, quand je suis entré dans le merveilleux monde de la négociation, j'ai appris un nouveau mot qui s'appelait le «mandant». Alors, les gens sont mandatés, puis il y a un mandant, le mandant qui demande. Mais le mandant n'est pas séparé, là, des mandatés, là. C'est une équipe. Et le fait que j'ai eu des rencontres avec l'équipe de négociation de l'AQPP ou, du moins, la haute direction de l'AQPP ne m'indique en rien que la négociation ne se fait pas ou ne progresse pas.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Bien, M. le Président, je dirais qu'on joue à différents niveaux, là, avec les subtilités de langage : j'ai les propositions, je n'ai pas les propositions, j'ai les propositions mais je n'ai pas les nouvelles propositions.

Moi, je veux juste ramener le ministre à l'essentiel. Puis, sur la négociation, je comprends ce qu'il me dit puis pas de problème. Puis, justement, ce que je lui demande, c'est non seulement de négocier, mais d'accélérer les négociations parce que, comme le disait son collègue de Jean-Talon à l'époque où il était dans les banquettes d'opposition et que c'était le ministre Hébert qui était là, il y avait péril en la demeure, il y avait urgence d'agir. On laissait les Québécois croupir dans les urgences du Québec parce qu'on n'était pas capables de s'entendre avec l'AQPP. On laissait les Québécois faire le derby des urgences, des mini-urgences. Puis vous savez ce que c'est, là : on prend le téléphone le matin, à 6 h 45, puis là on pitonne en espérant que quelqu'un va répondre puis qu'on va finir par avoir un sans rendez-vous, tout ça parce qu'on n'était pas capables de s'entendre avec les pharmaciens. Et, à cette époque-là, c'était épouvantable, puis le gouvernement du Parti québécois faisait preuve d'incompétence, puis je pourrais retrouver les citations du député de Jean-Talon de l'époque, il en a de nombreuses et toutes plus savoureuses les unes que les autres.

Et là, maintenant que le Parti libéral est au pouvoir, là on me dit : Bien, écoutez, ne faites pas la distinction entre une équipe ou moi. Si moi, je rencontre, pendant une heure, l'AQPP, c'est comme si on négociait, même s'il n'y a aucune équipe des deux parties qui s'est rencontré. J'ai des propositions, mais je n'ai pas toute... Là, j'ai l'impression... Puis j'ai connu le ministre de la Santé à une autre époque et je le sais assez dynamique, merci, et là je ne sens pas ce dynamisme-là.

Donc, est-ce que le ministre peut me dire pourquoi il n'y a plus urgence de régler cette situation-là maintenant qu'il est en position de le faire?

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

M. Barrette : M. le Président, encore une fois, et dans une grande mesure ou... oui, dans une grande mesure, je déplore le fait qu'on mette en opposition l'état du système de santé avec les négociations avec un groupe qui, soit dit en passant... et j'y souscris, là, c'est clair que la loi n° 41 est une valeur ajoutée pour notre système de santé. Mais il ne faut pas faire penser ou croire à la population, parce que la loi n'est pas encore négociée ou l'application de la loi n'est pas encore négociée, que le système de santé est en péril. Ce n'est pas la situation. Oui, c'est une plus-value. En négociation, j'ai rarement vu...

Vous savez, moi, je viens d'un monde où un mot à un sens, qui s'appelle l'urgence, là. Alors, l'urgence, M. le Président, c'est... On parle d'urgence. Une vraie urgence, c'est quand votre vie est en jeu, là.

Alors, je ne vous dis pas qu'il n'y a pas de plus-value, il y a une plus-value, là. Mais de nous demander aujourd'hui de prendre un autre chemin de négociation parce qu'il faut accélérer les choses, donc potentiellement mal négocier dans le contexte économique actuel, ce n'est pas quelque chose qui est souhaitable. Tout le monde va y sortir perdant là-dedans.

Dans la négociation, il y a un principe fondamental. M. le député de La Peltrie nous disait qu'il faut aller à l'essentiel. Bien, je vais citer Ginette Reno, M. le Président : L'essentiel, c'est d'être heureux, puis je peux vous assurer qu'en négociation les deux parties doivent être heureuses. Et actuellement ce n'était pas le cas. Maintenant, on n'est pas encore totalement heureux les uns les autres, mais on va travailler à ce qu'à la fin il y ait une entente bénéfique pour toute la population et toutes les parties.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : M. le Président, ce que je comprends, c'est qu'on pourrait faire faire certains actes, selon le projet de loi n° 41, à des pharmaciens à moindres coûts, hein? Je pense que le ministre va reconnaître ça. Sur les sept actes qui sont visés par la loi n° 41, les coûts seraient moindres s'ils étaient faits par un pharmacien que par un autre professionnel de la santé, notamment un médecin. Donc, sur cet aspect-là, je pense qu'il y a un avantage, à moins que le ministre ait des considérations autres. Il y aurait une plus grande accessibilité pour les patients québécois parce que, le pharmacien, on s'entend que c'est pas mal plus accessible que le médecin, et ça, je pense que je n'ai pas une grande démonstration à faire de ça.

Et je rappelle au ministre que cette loi-là a été adoptée en avril 2011. Donc, en 15 mois, le gouvernement majoritaire libéral de Jean Charest n'a pas été capable de trouver un terrain d'entente, pas plus que le gouvernement de Mme Marois

en 18 mois. M. le Président, là, je ne vois que des avantages à régler avec les pharmaciens, et, malgré ça, deux gouvernements successifs libéralopéquistes sont incapables de trouver un terrain d'entente dans une solution qui, à mon avis, fait sortir le patient et le contribuable gagnants. Donc là, j'essaie de comprendre les subtilités de langage du ministre.

Puis, encore une fois, je ne sais pas si c'est depuis qu'il est devenu ministre, là, qu'il a changé un peu sa méthode, mais je l'ai connu beaucoup plus vindicatif puis beaucoup plus ferme et direct dans ses positions à une autre époque, M. le Président. J'essaie de comprendre, là, où est-ce qu'il nous amène, où est-ce qu'il ne nous amène pas. Puis j'ai bien, bien, bien de la misère à suivre le ministre dans son cheminement, M. le Président.

• (16 h 50) •

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

M. Barrette : M. le Président, alors, pour répondre à la dernière question du député de La Peltrie, j'essaie, avec toute l'équipe gouvernementale, d'amener le Québec à l'équilibre budgétaire et à la pérennité des services qui doivent être offerts par la population. C'est là où on essaie d'amener la population du Québec, M. le Président.

Ceci dit, je vais quand même prendre l'occasion de rectifier un certain nombre de choses qui sont avancées par le député de La Peltrie. Lorsque le député fait mention du fait que certains services pourraient coûter moins cher chez le pharmacien que chez le médecin, il a raison. C'est vrai. Ceci dit, au total, parce qu'on est un gouvernement, le gouvernement ne gère pas au cas par cas, le gouvernement doit gérer par l'ensemble du tableau. L'ensemble du tableau, qu'en est-il? Évidemment, le service qui n'est pas donné dans un bureau de médecin, et ce serait très bien qu'il soit donné, par la loi n° 41, dans un bureau de pharmacien, dans certaines circonstances et pour des actes qui ont été prédéfinis, cet acte-là, M. le Président, compte tenu du fait qu'il y a des listes d'attente et des problèmes d'accès, qui n'est pas fait dans un bureau de médecin, va être évidemment remplacé par un autre acte, ce qui fait qu'au bout de la ligne, contrairement à ce qu'invoque le député de La Peltrie, il y a peut-être une économie unitaire sur le service, mais il n'y a pas d'économie dans le système.

Alors, c'est important que la population comprenne que, quand on est en négociation sur des sujets qui impliquent une dépense, bien, cette négociation-là puisse... doit prendre tous ces éléments-là en considération. Maintenant, M. le Président, toujours sur la loi n° 41, je rappellerai au député de La Peltrie que la loi devait être entrée en vigueur, si je ne m'abuse, en septembre 2013. Bien, septembre 2013, là, il y avait un autre gouvernement qui était là, et il n'a rien fait, et il n'a rien fait, incluant la campagne électorale. Et aujourd'hui on se retrouve, je dois le répéter, avec un pot qui est cassé, dans une situation budgétaire difficile. Et la négociation se fait dans un contexte tout autre, et je ne pense pas que la population puisse nous reprocher d'être prudents.

Dernier commentaire, 15 secondes, M. le Président. Les pharmaciens, par la loi n° 41, pourraient offrir leurs services, mais il faudrait qu'ils facturent les patients, et ils ne le veulent pas. Mais ce n'est pas ça qu'on demande, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Merci. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : ...M. le Président, ce que le ministre vient de me dire, là, est majeur. Ce qu'il dit, en gros, là, c'est que les actes qui vont être faits par les pharmaciens vont libérer du temps de médecins qui vont donc pouvoir faire d'autres actes. Et, au total, ça va coûter plus cher au trésor québécois, parce qu'on va offrir plus de services, parce qu'on va traiter plus de patients.

Est-ce que le ministre est conscient que ce qu'il est en train de me dire, c'est que c'est un rationnement budgétaire, c'est des quotas. C'est le retour des quotas, M. le Président, que le ministre est en train de nous annoncer ni plus ni moins, que, si on permet aux médecins... aux pharmaciens de voir des patients qui ne seront pas vus par le médecin, en libérant du temps de médecin, on va faire plus de volume, plus d'accessibilité, et ça, c'est regrettable aux yeux du ministre parce que ça amène des contraintes budgétaires. M. le Président, si le ministre a besoin de couper, qu'il ne coupe donc pas dans les services, qu'il coupe donc dans les structures.

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre, pour 25 secondes.

M. Barrette : M. le Président, ce n'est pas l'habitude de la CAQ de faire ce genre de démagogie là, là.

Une voix : ...

M. Barrette : Bien, c'est de la démagogie. M. le Président, le député de La Peltrie conclut qu'il n'y aura pas d'entente et qu'il n'y aura pas de services publics payés par les pharmaciens, alors que nous sommes en train de faire les négociations, M. le Président. Alors, le député de La Peltrie se trouve surpris de constater qu'à la fin, en ajoutant des services publics, il y aura des coûts supplémentaires.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre.

M. Barrette : Encore là, là...

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Ceci met fin au bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition. Peut-être juste faire attention à nos commentaires, aux termes que nous utilisons. Nous avons un bon ton jusqu'à maintenant, et je vous invite tous à continuer sur ce ton. Et je cède la parole maintenant à un député de la banquette ministérielle pour un bloc de 16 min 45 s. Et je reconnais la députée de Crémazie.

M. Barrette : M. le Président, est-ce que je pourrais compléter ma réponse avec le temps de la députée de Crémazie?

Le Président (M. Tanguay) : Tout à fait.

Mme Montpetit : C'est ce que j'allais vous proposer.

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

M. Barrette : Merci. Alors, M. le Président, j'espère que je n'ai pas offusqué l'Assemblée en utilisant certains termes. Mais il n'en reste pas moins que la réalité des commentaires qui ont été faits par mon collègue de La Peltrie induisent...

M. Caire : ...

Le Président (M. Tanguay) : Une seconde, M. le ministre. Oui, rappel au règlement, M. le...

M. Caire : M. le Président, oui, rappel... Bien, c'est parce que le ministre est en train de répondre à ma question sur le temps des ministériels, alors que je n'aurai pas, moi, le loisir d'intervenir là-dessus. Ça m'apparaît limite, M. le Président. Il pourrait au moins laisser les députés ministériels lui poser une question. Tu sais, tantôt, là, vous avez dit : On ne veut pas de question plantée. Mais là ce n'est même plus des questions plantées, c'est des réponses plantées.

Le Président (M. Tanguay) : Bien, M. le député de La Peltrie, en vertu de quel article ou autorité?

M. Caire : En vertu de la logique, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : La logique, notre règlement n'en est pas dépourvu, et force m'est de constater qu'il n'y a pas d'article qui interdirait le ministre, sur le temps des députés de la banquette ministérielle, à poursuivre, en titre de réponse, une interrogation que vous auriez soulevée, et je vous dirais même que ça participe de l'essence même de nos débats. Alors, M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, merci. J'invoque, à ce moment-là, la logique, à laquelle fait référence mon collègue de La Peltrie, parce que la logique veut que, précisément, lorsqu'on ajoute des services au panier global de services qui est fourni à la population et payé par les deniers publics, la logique veut obligatoirement, évidemment, qu'il y ait un coût supplémentaire, à moins que ça soit une substitution, et ici on ne parle pas de substitution. On peut parler de substitution médicamenteuse, c'est très approprié, mais ici, on ne parle pas de substitution de services, mais bien d'ajout de services.

Et pourquoi y a-t-il ajout? Parce que la loi n° 41 permet aux pharmaciens d'offrir à la population un volume de services supplémentaires par rapport à ce qui se donne, services qui se donneraient dans un lieu différent et qui, évidemment, pour le bénéfice de la population, seraient remplacés par d'autres qui attendent. Alors, je suis étonné de constater que le député de La Peltrie soit surpris de la conclusion qu'il y a des coûts supplémentaires.

Maintenant, encore une fois, actuellement, on est en négociation. Rien n'a... il n'y a eu aucune allusion de ma part ou de notre gouvernement au fait que nous allions rationner les services. On est en négociation. Ce dont on parle aujourd'hui, M. le Président, si vous me permettez l'analogie, c'est la naissance d'un programme. La naissance d'un programme, c'est un accouchement administratif. Ça ne se cède pas de même, à moins d'en faire une césarienne. Alors, le député de La Peltrie me demande de faire une césarienne administrative. On ne la fera pas parce que ça serait irresponsable. Nous allons, en temps et lieu, terminer la négociation pour permettre idéalement à la population d'avoir accès à un ajout de services qui, effectivement, sera bénéfique pour la population.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Alors, Mme la députée de Crémazie, aviez-vous une autre question, commentaire?

Mme Montpetit : Bien, si le ministre le veut bien, il peut peut-être continuer sur le bloc précédent. Vous pourriez avoir l'occasion de compléter sur la question du chômage médical, de la planification et...

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

• (17 heures) •

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, lorsque j'ai terminé... en tout cas, lorsque mon temps s'est écoulé précédemment, il y a deux ou trois éléments sur lesquels je n'avais pas pu donner certaines informations.

Alors, j'ai fait référence aux PEM, évidemment, et aux PREM, et à la mécanique de répartition géographique des effectifs médicaux au Québec, ainsi qu'à l'accès à l'entrée en médecine et en spécialité, qui est géré par le gouvernement, conjointement avec tous les acteurs du réseau, qu'ils soient administrateurs, universitaires ou organisations médicales, pour faire en sorte qu'enfin, en bout de ligne, la population ait une planification adéquate de ces effectifs médicaux. Maintenant, rien n'est parfait, et ça ne se limite pas à ça. Il y a deux autres éléments auxquels je ne me suis pas adressé et qui peuvent poser certains problèmes.

Il y a la question des médecins diplômés à l'étranger. Ce sont des contingents particuliers aussi, que l'on voit surtout en résidence. Alors, vous savez, M. le Président, il est possible pour quelqu'un qui a une formation médicale à l'étranger, de venir pratiquer au Québec de différentes manières.

Il y a trois manières, essentiellement. On peut être diplômé... ça s'appelle des DHCEU, ça signifie diplômé hors Canada et États-Unis. Pourquoi on les met dans un groupe particulier? Parce que les médecins qui viennent des États-Unis et de certaines universités dans le monde ont essentiellement des équivalences, et c'est le Collège des médecins qui gère ça.

Il y a un autre chemin qui permet à un médecin diplômé à l'étranger d'entrer au Québec, et c'est le chemin de l'entente France-Québec, qui a été négociée et mise en place par notre gouvernement précédemment. Dans l'entente France-Québec, M. le Président, un médecin pratiquant en France et qui rencontre certaines conditions — et ça marche dans les deux sens — à la possibilité de venir s'installer au Québec et de pratiquer. Maintenant, il y a eu des problématiques qui ont été soulevées par ce genre d'ententes là parce que, dans l'Entente France-Québec, il y a eu une période de flottement où les gens pouvaient venir s'installer dans des régions métropolitaines, alors qu'historiquement on demande aux gens qui ont une diplomation extérieure au Québec ou au Canada de respecter plutôt notre plan de distribution et, idéalement, d'aller plus en périphérie.

On entend souvent, dans les journaux, la problématique — c'est régulièrement soulevé — des médecins diplômés dans certains pays. Et ça, M. le Président, j'y fais référence de façon à éclairer la population qui nous écoute. Mais, quand on est diplômé à l'étranger, il y a une mécanique d'évaluation qui doit être mise en place, qui n'est pas la même pour un Américain, par exemple, et on fait référence aussi à des pays qui n'ont pas nécessairement le même niveau de vie ou de formation académique qu'au Québec. Le collège a une mécanique qui est en place, qui permet de, par certaines évaluations, certains examens, certaines choses, de faire l'évaluation de gens diplômés à l'étranger. Et, lorsque l'évaluation fait en sorte qu'on détermine que la personne satisfait à des critères de pratique qui sont équivalents à ceux qui sont formés au Canada ou aux États-Unis, cette personne-là, en bout de ligne, peut pratiquer au Québec. Mais malheureusement la réalité des choses fait en sorte que, malheureusement encore aujourd'hui, le monde étant ce qu'il est, la formation médicale dans le monde n'est pas exactement équivalente, et ces évaluations-là, par le collège, doivent être faites, et je crois que le collège fait correctement son travail. Ceci dit, il y a quand même quelques obstacles supplémentaires qui sont les stages, et ces stages-là, bien, des fois, ça peut être difficile pour certains diplômés à l'étranger d'y avoir accès.

Maintenant, le chômage médical, M. le Président. Ça, c'est une question qui est très importante, et je réitère, je l'ai déjà dit dans le passé, le fait qu'au Québec, M. le Président, grâce à la mécanique que nous avons de gestion à la fois de la formation des étudiants, du nombre d'entrées en formation et de la distribution dans les programmes de spécialité, nous avons la capacité, et on l'a toujours fait, de faire en sorte qu'on puisse offrir des postes en sachant qu'à la fin il va y avoir — des postes d'entraînement, là — en sachant qu'à la fin sur le marché et en pratique il y aura des endroits où les individus pourront pratiquer. Mais il arrive parfois, pour des circonstances hors du contrôle du gouvernement et notamment en fonction de l'évolution de la pratique médicale, que, dans certaines spécialités où la formation est très longue, il y ait des spécialités où la possibilité d'aller occuper un poste soit plus difficile. Et je donnerai comme exemple, M. le Président, la chirurgie cardiaque, la chirurgie cardiaque qui est très, très, très altérée par le développement de technologies cardiologiques percutanées — «percutané», ça veut dire qu'on n'ouvre plus le thorax — ce qui fait en sorte que cette spécialité voit son profil grandement affecté par l'évolution technologique. Et, quand on dit que ça prend sept ans, 10 ans... pas sept ans, mais 10 ans, 11 ans, 12 ans, dans une spécialité comme celle-là, à se former, il est possible qu'en entrant on ait des perspectives d'avenir, en fonction de l'évolution de la science, qui soient roses au départ, mais qui, malheureusement, s'assombrissent pendant la formation. Et le gouvernement, avec les différentes organisations, essaie de s'assurer de réagir correctement à ces situations-là pour adapter ses prévisions qui sont à l'origine de la détermination du nombre de postes qui sont offerts aux résidents. Alors, ça, ça brosse essentiellement le tableau qui nous permet de gérer efficacement, et mieux qu'ailleurs au Canada, et mieux que dans certains autres pays, notre planification d'effectifs médicaux.

J'ai utilisé tout à l'heure, dans la première période de réponses, l'expression de «gruyère médical». C'est une expression qui est française, parce qu'en France le Collège des médecins français et le gouvernement français parlent de «gruyère territorial» parce que la France n'a pas notre mécanique. Je pourrais même vous dire que la France est venue nous voir pour voir comment on faisait, comme l'Ontario l'a fait, comme le reste du Canada l'a fait, parce que nous n'avons pas les problèmes que les autres ont parce qu'on est proactifs. Et je l'ai dit tantôt dans mes commentaires, ce n'est pas parfait, mais, au Québec, il y a des choses qui se font bien, et elles se font de façon concertée et collégiale, et on doit en être fiers.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Pour le temps restant, un peu plus de 6 minutes, 6 min 30 s, je cède maintenant la parole au député de Maskinongé.

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, écoutez, M. le Président, j'étais persuadé qu'au Québec tous étaient conscients de la situation financière, tous étaient conscients de l'effort à faire pour rétablir ou retrouver l'ordre dans les finances publiques, sauf que, le 20 juin dernier, j'ai, je vais vous dire, littéralement tombé en bas de ma chaise quand j'ai vu l'article de Mme Archambault, dans *Le Journal de Montréal*, qui mentionnait que des cadres... On apprenait que des cadres du réseau de la santé avaient reçu soit des primes illégales, des contrats parallèles, des promotions de classe salariale, et ce, sans l'approbation du ministère. Tout ça, dans ce dossier, et très candidement, l'AQESS nous a confirmé ou a confirmé candidement que ces derniers ajoutent même que 20 % ou 30 % des hôpitaux auraient pu avoir agi ainsi, ce qui ressemble bien davantage à de la tricherie érigée en système plus qu'à des cas isolés.

M. le Président, je m'étonne encore aujourd'hui. Comment ont-ils pu parvenir à réussir à... ou à percer les règles administratives dans un système très organisé comme le nôtre? Tout le monde sait, tout le monde est conscient que les primes aux cadres dans les établissements, il y a un moratoire, ne sont plus permises. Alors, j'aimerais savoir, et j'aimerais vraiment qu'on réponde à ma question : Comment dans notre système, où les règles sont si claires, où les établissements doivent rendre des comptes au ministère, ont-ils pu parvenir à faire des choses comme ça?

Deuxième question, M. le Président : Pourquoi les autorités du ministère n'ont pas réglé le dossier plus tôt? Et je crois qu'on mériterait d'avoir une réponse. Vous savez, je connais l'ardeur de mon collègue le ministre à répondre.

Par contre, pour cette question, et je suis sûr que mes collègues vont être d'accord, le sous-ministre doit répondre, puisqu'il s'agit de procédures administratives et qu'on doit avoir des réponses pour le respect des contribuables, je crois. On doit savoir. Est-ce qu'ils vont être remboursés? Est-ce que les règles vont être respectées? Donc, je demande le consentement de mes collègues que le sous-ministre réponde à cette question.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, est-ce qu'on a le consentement? M. le ministre est-ce que, d'abord, vous jugez... Je vous donne la parole. Voulez-vous débiter la réponse ou passer la parole...

M. Barrette : Bien, je peux débiter la réponse, M. le Président, avec plaisir.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : Je suis très heureux que le député de Maskinongé soulève cette question-là qui doit être soulevée, je suis d'accord avec lui. Ça touche un élément qui n'est pas exactement acceptable, n'est-ce pas? Évidemment, ça touche, comme le député de Maskinongé l'a bien dit, des règles administratives et des événements qui ont précédé mon arrivée, et, si vous n'avez pas d'objection, M. le Président, et s'il y a consentement, je pense que le sous-ministre en titre, M. Fontaine, est plus... pas plus approprié, mais plus à même de répondre à cette question-là.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, je vais d'abord demander : Est-ce qu'il y a consentement à donner... à céder la parole à M. Fontaine? Oui, il y a consentement. Alors, pour les fins de l'enregistrement, M. Fontaine, si vous pouvez, donc, nous redonner votre nom et votre titre, et la parole sera à vous pour à peu près 3 min 30 s.

M. Fontaine (Michel) : Ça va aller. Oui, bonjour. Michel Fontaine, sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux.

Alors, M. le Président, juste expliquer 30 secondes, là, que, dans notre système, nous avons des établissements qui ont une autonomie avec un conseil d'administration autonome. Donc, au départ, nous, on lance clairement des directives par rapport à la rémunération et tout le facteur des salaires, etc., et on doit normalement prendre pour acquis, même si on fait des vérifications aléatoires, que les conseils d'administration et les directeurs généraux d'hôpitaux ou des P.D.G. d'agences suivent les directives, parce que, sinon, on serait en tutelle à peu près dans tous les établissements.

Donc, ce qui est arrivé dans cette situation-là, pourquoi qu'on met... aujourd'hui, qu'on note cette situation, c'est qu'on a eu un rapport du Vérificateur général, à l'automne 2013, où il y avait une situation qu'il s'est donné un pouvoir d'initiative. Il était déjà au CHUM en train de faire la vérification externe et il s'est donné un pouvoir d'initiative parce qu'il a découvert des choses où il y avait des irrégularités importantes et a fait une série de recommandations. Et nous, au ministère, on a pris l'option parce que, dans les recommandations, on nous demandait de faire en sorte de corriger ces situations irrégulières là de façon rapide, et là on était autour de novembre 2013, et déjà on nous demandait de comparaître en commission parlementaire administrative dès février 2014.

Donc, on a mis en place une démarche pour faire cette correction-là. Et moi, M. le Président, j'avais eu une mission de descendre moi-même au CHUM, en tant que directeur général intérimaire, pour corriger toutes ces irrégularités-là. Donc, dans ce contexte-là, ici, au ministère, on a mis une démarche parallèle parce qu'à la suite de cette situation-là, qui a été assez médiatisée, on a eu aussi quelques délations. Avec ces délations-là, on a décidé pour... en toute équité, de faire une... je vais appeler ça une... c'est un recensement qu'on s'est donné comme orientation, parce qu'une enquête... on ne voulait pas mettre ça dans une situation spécifique d'enquête, là, comme il se fait des enquêtes publiques. Pour le moment, au moins valider la situation si c'est vrai que cette situation-là n'était pas unique au CHUM, mais qu'on la retrouvait dans plusieurs établissements. Donc, dans ce contexte-là, M. le Président, je ne sais pas comment il nous reste de temps, mais je le demanderais au sous-ministre adjoint qui avait eu ce mandat en février d'aller de l'avant avec une démarche de recensement.

• (17 h 10) •

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, toujours avec le consentement pour entendre le sous-ministre adjoint. Il vous restera un peu moins d'une minute. Alors, votre nom et fonction, s'il vous plaît.

M. Thibault (Marco) : Marco Thibault, sous-ministre adjoint, Direction générale du personnel réseau et ministériel.

Le Président (M. Tanguay) : Pour 35 secondes.

M. Thibault (Marco) : Comme l'évoquait le sous-ministre, essentiellement, ce que nous avons fait, c'est que nous avons demandé, sur une base de déclaration volontaire, à l'ensemble des établissements, avec le concours des agences, de nous faire état des irrégularités qu'ils constataient ou des situations qui méritaient une vérification. Or, nous avons noté qu'au niveau de la rémunération de ce qu'on appelle, dans le jargon du réseau, des hors cadres — pour simplification pour les membres de la commission, on parle des directeurs généraux et des directeurs généraux adjoints, de même que pour les cadres supérieurs — de faire l'inventaire de ce qui était inadéquat. Donc, sur cette base-là, l'idéal était pour nous d'être capables de capter ces irrégularités-là. De quoi parle-t-on en termes d'irrégularités que nous souhaitons pouvoir relever? Le règlement sur la rémunération des D.G.A. et des cadres supérieurs prévoit que la rémunération doit être fixée par le ministère.

Le Président (M. Tanguay) : M. le sous-ministre, c'est tout le temps dont nous disposons. Peut-être, d'aventure, vous aurez le temps un peu plus tard pour compléter votre réponse.

Nous sommes maintenant rendus à un bloc qui est dévolu à l'opposition officielle. Et je cède la parole à sa représentante, la députée de Taillon, pour un bloc de 21 minutes.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. En fait, je vais me permettre une première remarque très succincte, mais une vision un peu globale à la lumière de toutes les heures qu'on vient de passer, là. Depuis hier, je constate qu'on a malheureusement encore, et, historiquement, c'est comme ça qu'on a vu ça, une vision des budgets en silo. Et je pense qu'il faut redéfinir notre système de santé en partant du patient qui est chez lui, et qui, lui, a des besoins, et qui veut que ses besoins soient réglés de façon la plus efficace possible. Donc, on devrait partir du point de vue des personnes malades.

À la lumière de ce que j'ai entendu tantôt pour ce qui est de l'utilisation des ressources médicales ou pharmaceutiques, je vous dirais que, quand on a des statistiques qui viennent d'un organisme neutre comme l'Institut de la statistique, que j'ai cité hier, qui dit que 30 % des Québécois vont à l'urgence d'un hôpital quand ils savent que leur condition ne nécessite pas ça et que le recours à l'urgence d'un hôpital, c'est le traitement le plus cher qu'on peut avoir, entre 250 \$ et 500 \$ quand les gens mettent le pied à l'hôpital d'une urgence, je pense qu'il y a définitivement des économies à réaliser si on fait les choses de la bonne façon. Et je pense également que, pour les patients, la patiente qui a une infection urinaire et qui, parce qu'elle ne sait pas si elle va être capable d'avoir un rendez-vous... en fait, elle sait qu'elle ne l'aura pas, son rendez-vous, dans une clinique privée, parce que, si elle a son infection à partir de 11 heures le matin, il n'y en a plus une de disponible jusqu'au lendemain, son seul recours, c'est l'urgence, puis c'est de perdre une demie à une journée complète de travail, ça aussi, ça a des coûts. Alors, je pense qu'il faut regarder tout ça, et la population, elle s'attend à ce qu'on regarde les choses dans cette perspective globale là.

Maintenant, le prochain sujet que j'aimerais aborder, c'est toute la dimension de la prévention, et je suis très contente d'avoir avec nous aujourd'hui Dr Latreille. J'étais présente au plan d'action en oncologie piloté par Dr Hébert et le plan d'action 2013-2015. Je veux vraiment donner le crédit à ces personnes et à leur équipe qui ont vraiment mis sur pied un plan d'action qui répond bien aux besoins, aux priorités des gens. Actuellement, quand les gens n'ont pas de médecin de famille, j'aimerais ça avoir quelques réponses à des questions courtes. La première, je lis dans le document du budget Rigueur et responsabilité dans la gestion des dépenses, à la page 17, que le gouvernement entend réviser le Plan d'action en oncologie colorectale. Est-ce qu'on peut nous indiquer en quoi consiste cette révision?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, merci. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, j'apprécie vraiment les commentaires de Mme la députée de Taillon qui nous dit aujourd'hui qu'elle apprécie grandement le travail de Dr Latreille que nous avons choisi pour piloter la direction québécoise de lutte contre le cancer. Alors, manifestement, le gouvernement libéral avait pris une bonne décision à ce moment-là. Maintenant, puisqu'elle apprécie la qualité du travail de mon collègue, j'imagine qu'elle sera d'accord à ce que le Dr Latreille lui fasse état, dans le détail nécessaire qu'elle voudra, de toutes les modifications et ajustements qui sont prévus à notre programme.

Le Président (M. Tanguay) : D'abord demander le consentement. Avons-nous le consentement?

Mme Lamarre : Oui, j'y consens, et bien sûr les impacts budgétaires.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, j'invite M. Latreille à s'avancer. Si vous pouvez, M. Latreille, donc, nous mentionner votre nom, préciser votre fonction, et par la suite, par la suite, je vous laisserais peut-être esquisser un début de réponse, et vous aurez peut-être un échange avec la députée de Taillon.

M. Latreille (Jean) : Oui. Alors, Jean Latreille, Direction québécoise de cancérologie.

Pour répondre à votre question, ce que le ministre a écrit dans le budget, c'est qu'on avait prévu au départ un budget d'au-delà de 8 millions qui concernait les invitations des patients, et, comme il nous restait beaucoup de travail à faire, comme j'ai expliqué ce matin, sur la mise à niveau, le gouvernement, le ministre a consenti, a suggéré qu'on mette de l'argent, donc d'un montant de 4 millions, pour continuer la mise à niveau des établissements. Donc, on va avoir 4 millions cette année pour continuer la mise à niveau de 30 établissements, comme j'ai dit ce matin. L'an prochain, on compte faire aussi encore 30 établissements pour, à ce moment-là, avoir les 60 établissements plus les huit démonstrations, donc aux alentours de 68 établissements, tels qu'ils existent en ce moment, qui auront eu une mise à niveau pour offrir la coloscopie, là. C'est ça, le gros noeud de la guerre dans le programme de dépistage du cancer.

L'autre chose qu'on veut faire aussi, c'est qu'on veut... Il y a une somme d'argent qui va être attribuée à la bonne pratique médicale, et on compte aussi essayer d'aider, dans la mesure du possible, ces établissements-là. Une partie du montant d'argent, là, qui est prévu va encourager, comme je disais ce matin, le respect des normes et le rapport de coloscopie.

Il y a d'autre argent qui avait été mis de côté par l'ancien gouvernement, qui est pour le système d'information pour le programme de dépistage du cancer du côlon, et ça aussi, on a l'intention d'aller de l'avant là-dedans cette année.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, Dr Latreille. Je veux juste vérifier, il y a également tout un volet de dépistage du cancer, le test FIT a été reconnu pour sa valeur. Quelqu'un qui n'a pas de médecin de famille actuellement, comment il peut avoir accès à ce test-là? Comment il peut savoir et où doit-il se présenter?

Le Président (M. Tanguay) : M. Latreille.

M. Latreille (Jean) : En ce moment, madame, il n'y a pas de prévision pour ça.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Bien, je vous remercie. Alors, écoutez, je pense que ça conclut le test... pas le test, mais l'échange. Merci. Le test, on va s'en passer pour l'instant. Mais on aimerait bien y avoir accès éventuellement, je vous le dis.

Des voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Alors, la parole est à Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, ça me permet de présenter, dans le fond, l'autre dossier. Je suis contente de voir que ce dossier-là reste actif et prioritaire. C'est un dossier qui a un impact significatif pour la santé et même l'espérance de vie de nos patients et des citoyens du Québec puisque ce sont des cancers particulièrement mortels.

Maintenant, quand on parle de coloscopie, je suis sûre que les gens qui sont à domicile, ils se disent : Comment ça se fait que, si j'ai à passer une coloscopie au public, ça prend trois ans, puis que le même médecin peut me dire qu'en trois semaines, si je vais au privé, je vais l'avoir, ma coloscopie? Moi, j'ai plusieurs patients qui m'ont fait part de cette réalité-là. Alors, qu'est-ce qu'on doit leur répondre, M. le ministre?

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

• (17 h 20) •

M. Barrette : M. le Président, évidemment, c'est la raison... Je pense que la députée de Taillon sait très bien, de par ses connaissances professionnelles, que la raison pour laquelle le dépistage par le FIT a été mis en place l'a été parce que la capacité de faire des endoscopies, au Québec, était insuffisante. Et là, M. le Président, ça tombe bien, parce que c'est un sujet que je connais dans le détail.

Historiquement, M. le Président, le dépistage du cancer du côlon est un sujet qui a été mis sur la table de façon tout à fait appropriée sur la base de la science, mais qui était confronté au mur de la capacité. Et initialement, M. le Président, le dépistage du cancer du côlon pouvait se faire de différentes manières. Les deux qui existaient initialement étaient le lavement baryté en double contraste, un examen de ma spécialité, et la colonoscopie. Quand, à cette époque-là — ça, c'était avant l'arrivée de mon collègue Dr Latreille — on discutait d'un éventuel programme de dépistage du cancer du côlon, on avait évalué, M. le Président, compte tenu de l'âge de la population, et du nombre de gens qui sont dans cette fourchette-là, et avec une fréquence, mettons, d'une colonoscopie ou d'un lavement baryté aux cinq ans ou aux dix ans, combien ça prendrait de ressources. Et on avait conclu, M. le Président, que 100 % des salles d'examen de lavement baryté, au Québec, et d'endoscopie seraient dédiées au dépistage du cancer du côlon si on avait à desservir par endoscopie toute la population. Il y avait un problème de capacité. C'est l'idéal, je peux vous dire, M. le Président, et puis je le dis à tout le monde, là, qui est ici, là, ça a déjà été dit, cette chose-là, l'examen presque parfait est évidemment une endoscopie, parce que, dans l'endoscopie, on peut faire toute la procédure, à la fois le diagnostic et le traitement, quoiqu'il soit possible, pour le diagnostic, d'avoir un résultat quasi équivalent avec la colonoscopie virtuelle qui s'affiche tomodynamométrie.

Alors, le FIT, M. le Président, le FIT étant le test de dépistage qui est utilisé au Québec sous la recommandation de la Direction québécoise du cancer, le FIT existe parce qu'on n'est pas capable de faire des colonoscopies à tout le monde, mais le FIT a une sensibilité, une spécificité qui est très grande, et ça permet, de façon économique et facile, de dépister les patients qui ont dans leurs selles des éléments qui nous permettent de conclure qu'il y a un risque de cancer significatif...

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

M. Barrette : Oui, je termine. J'allais terminer.

Le Président (M. Tanguay) : Rapidement, concluez. Je pense que la députée aura des questions ciblées. Merci beaucoup.

M. Barrette : Très rapidement. Parfait. Et c'est à cette clientèle-là, maintenant, qu'on réserve idéalement les procédures endoscopiques pour évidemment passer par le grand volume, qui est le FIT, et le petit volume, qui est la colonoscopie. Puis je reviendrai pour le complément de la réponse après la prochaine de Mme la députée.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, on comprendra que ma question ne portait pas sur l'historique des tests diagnostics pour le cancer du côlon, mais bien sûr les frais accessoires qui sont facturés par beaucoup de médecins et pour lesquels l'actuel ministre a clairement manifesté son désaccord, a rappelé à son actuel collègue, qui est ministre de l'Éducation, que c'était vraiment un dossier qui devait se régler en priorité et que l'ambiguïté qui régnait autour de ce dossier-là était préjudiciable à la population.

Alors, M. le ministre, question claire, précise et courte : Qu'est-ce que vous allez faire pour régler les frais accessoires?

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

M. Barrette : M. le Président, j'apprécie que la question soit claire. Je l'apprécie parce que les mots «frais accessoires», dans la première question, n'ont pas été prononcés. Alors, c'est difficile de conclure que la question portait sur les frais accessoires quand le mot n'est pas prononcé et que l'introduction fait référence au fait qu'on attend plus à l'hôpital qu'à l'extérieur, d'où la nécessité, pour moi, d'expliquer pourquoi il y avait une problématique de volume et de capacité à l'hôpital. Et je pense avoir répondu de façon opportune.

Pour ce qui est des frais accessoires, M. le Président, pour ce qui est des frais accessoires, le ministre précédent, Réjean Hébert, à toutes, je dirais, au moins les trois semaines, allait devant une caméra pour dire qu'il allait régler la question des frais accessoires, hein? Ça fait 18 mois qu'on se fait dire par le Parti québécois qu'on va régler le problème des frais accessoires. 18 mois. Il s'en est vanté. Le gouvernement du Parti québécois s'en targuait. Et là je ne recommencerai pas à expliquer tout ce dont le gouvernement du Parti québécois s'est targué ou les intentions qu'ils avaient, fondées ou non. Je ne reviendrai pas sur les écrans de fumée.

Ceci dit, M. le Président, actuellement, il y a un recours collectif sur la question des frais accessoires. Il y a un recours collectif qui est devant la cour, et conséquemment, malheureusement, ça m'empêche de commenter et de répondre de façon plus élaborée à la question de la députée de Taillon.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Je veux juste rappeler qu'en 18 mois au Parti québécois on a d'abord travaillé pour identifier des gestes à poser, puis on a vraiment fait en sorte, entre autres, de rapatrier rapidement, dans les établissements publics, des services d'échographie dans trois régions, Québec, Estrie et est de Montréal. Et il y avait un projet de loi visant à donner plus de pouvoir à la RAMQ qui, pour enquêter et pour agir dans ces dossiers-là auprès des professionnels et des cliniques qui auraient été fautifs ou fautives... et ça, ça a été inscrit au feuilleton de l'hiver 2014. Donc, malgré le fait qu'il y ait un recours collectif qui, d'après moi, concerne seulement les produits ophtalmiques, il y a quand même des mesures qui peuvent certainement être prises, qui sont anticipables, et je connais la capacité de notre ministre à anticiper certaines choses.

Et donc, puisqu'il a clairement démontré sa détermination et aussi sa façon d'être vraiment en opposition avec ces frais accessoires, donc, quelles sont, rapidement, les actions que vous allez poser pour régler ce dossier?

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

M. Barrette : M. le Président, je ne peux que répéter ce que je viens de vous dire. Et, contrairement à ce qu'avance la députée de Taillon, le recours collectif qui est en place actuellement est un recours collectif de frais accessoires. Ce n'est pas le même recours qui a eu lieu précédemment, il y a quelques années, qui était aussi en ophtalmologie et qui faisait référence à des gestes médicaux qui auraient dû être payés. C'est un recours de frais accessoires. Et conséquemment, pour des raisons qui sont évidentes, je ne peux pas faire plus de commentaires que ça.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, je ne demanderai pas de commentaires, je vais demander si vous allez quand même initier des actions, M. le ministre, parallèlement.

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

M. Barrette : M. le Président, j'ai initié des actions qui, pour le moment, vont demeurer sous... — un blanc de mémoire — qui vont demeurer sous réserve, parce que ça fait partie de certaines choses que l'on aura à divulguer et déposer à l'automne.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Donc, j'entends qu'on a un échéancier de l'automne pour apporter certains éléments de solution aux frais accessoires. C'est un engagement du ministre.

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

M. Barrette : M. le Président, ce que la députée de Taillon entend, c'est qu'actuellement nous faisons une réflexion, et que nous allons conclure notre réflexion, et nous allons potentiellement en faire part, si c'est nécessaire, à l'automne. Mais en aucune façon je n'ai fait référence à un engagement de prise de décision ou de gestes particulier à cette étape-ci, pour que les choses soient, évidemment, claires. C'est tout.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Mais vous avez dit que vous en feriez état à l'automne. Vous allez en faire état à quel niveau?

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

M. Barrette : M. le Président, je vais quand même commencer par m'en faire état à moi-même lorsque j'aurai terminé ma réflexion. Et, si l'état en question fait en sorte que l'État, justement, puisse décider d'aller dans la direction de prendre des gestes particuliers en relation avec les frais accessoires, bien, évidemment, dans le cas échéant, on en fera part, évidemment, à qui de droit, dont, évidemment, le public, l'Assemblée nationale, l'opposition et notre propre parti.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, je vais juste citer le ministre avant qu'il ne soit ministre et... où on disait : «On se gargarise de prévention, et patati et patata, et aucune décision n'est prise. Le public fait rire de lui, rage le Dr Barette — c'est cité dans *Le Devoir*. Les coloscopies, ça sauve des vies! Ça devrait être payé par l'État.»

Alors, on comprend que c'est soudainement beaucoup moins urgent. Et c'est préoccupant, parce que ce n'est pas le premier dossier qu'on a traité aujourd'hui où, tout à coup, le niveau... Je sais que vous n'aimez pas le mot «urgent». Je pense qu'il y a quand même une mobilisation nécessaire sur des problèmes pour lesquelles il y avait déjà des pistes de solution qui devraient être envisagées et traitées avec célérité.

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

M. Barrette : M. le Président, je répéterai ce que j'ai dit tout à l'heure. Le gouvernement du Parti québécois a eu 18 mois pour prendre des décisions, d'une part, et a annoncé qu'il prendrait des décisions et réglerait tout le problème avant Noël 2012, M. le Président. À l'automne 2012, Réjean Hébert, alors ministre de la Santé, se promenait partout en disant : Je vais régler la problématique des frais accessoires.

M. le Président, la députée de Taillon nous dit que le gouvernement dont elle ne faisait pas partie, mais dont le parti était au pouvoir, avait posé des gestes pour régler les choses. Bien là, qu'on me les indique, là, je n'ai pas vu rien de réglé. Ceci dit, bien, on va nous permettre quand même de terminer notre réflexion et de prendre des décisions en temps et lieu, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, ce sera tout pour ça. Je vais passer à un sujet qui devrait vous permettre, M. le ministre, de prendre peut-être une décision rapide. Il s'agit du tabac. Le tabac, vous savez qu'il y a vraiment beaucoup de préoccupations par rapport à ça. Et on reste toujours dans la perspective des mesures les plus pertinentes pour diminuer le cancer, qui est vraiment un problème majeur pour les Québécois. Les autres provinces ont adopté certaines mesures. Est-ce que vous seriez d'accord avec le fait d'imposer l'interdiction de fumer en voiture en présence de jeunes enfants de 16 ans et moins? Plusieurs autres provinces ont déjà adopté cette réglementation-là.

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

• (17 h 30) •

M. Barrette : M. le Président, la députée de Taillon me met un peu en porte-à-faux, parce que le dossier auquel elle fait référence, qui est un dossier certainement significatif, relève de ma collègue la ministre déléguée, Mme Charlebois, qui n'est pas, évidemment, présente ici. Cependant, de part et d'autre, nous avons dans notre équipe quelqu'un qui peut y répondre, répondre aux questions de la députée, si elle a des questions techniques à poser, M. Arruda, si c'est le désir de ma collègue, mais vous comprendrez, M. le Président, que je me dois d'inviter ma collègue députée de Taillon à s'adresser plutôt à l'étude des crédits de ma collègue plutôt qu'à moi.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Compte tenu du rapport sur la mise en oeuvre de la Loi sur le tabac 2005-2010 et puis des renseignements qui sont issus de la consultation publique, là, plus récente, en 2013, est-ce que vous soutenez quand même le principe de mettre en marche... de mise en oeuvre — qu'il vienne de vous ou de votre collègue, ce sera de votre gouvernement — donc la mise en oeuvre de la Loi sur le tabac, une actualisation?

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

M. Barrette : M. le Président, bien, j'ai... on m'avise aujourd'hui que Mme la députée de Taillon pourrait avoir le plaisir de réserver sa question pour l'étude des crédits qui a lieu demain avec ma collègue, et elle pourra, à ce moment-là, certainement avoir les réponses appropriées à sa question, puisque sa question touche un sujet qui relève d'elle plutôt que de moi.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : J'aurais aimé quand même que, sur le principe général, on ait un consentement de notre ministre de la Santé. Je pense que le risque n'était pas très élevé, pas très grand, mais je comprends que vous préfèrez vous abstenir.

Le Président (M. Tanguay) : Il vous reste 1 min 20 s.

Mme Lamarre : Je la conserverais, si c'est possible, pour le prochain bloc.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, la mettre en banque. Parfait. Merci beaucoup. Alors, je cède maintenant la parole aux députés de la banquette ministérielle pour un bloc de 15 minutes. Et, si les indications que j'ai sont exactes... Je crois que le député de Saint-Maurice... non, de Maskinongé, vous voulez poursuivre? Je vous en prie, à vous la parole.

M. Plante : Merci, M. le Président. Donc, écoutez, j'aimerais permettre au sous-ministre de terminer sa réponse. Vous savez, c'est un sujet d'importance, et en 42 secondes je crois qu'il n'a pas eu le temps de faire le portrait des actions qui seront prises pour un tel fléau et une telle situation, qui a été fortement médiatisé et dont tous les contribuables attendent la réponse avec impatience. Donc, écoutez, si les collègues le permettent encore, on laisserait le sous-ministre terminer. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à vous la parole.

M. Thibault (Marco) : M. le Président, tout à l'heure, donc, je rappelais un peu essentiellement ce qui nous gouverne. En matière de règles de rémunération au niveau du personnel d'encadrement, c'est essentiellement trois outils juridiques : la loi sur la santé et les services sociaux, le règlement sur les conditions de travail des hors-cadre, ce que j'appellais tantôt les directeurs généraux et directeurs généraux adjoints, de même que les cadres supérieurs, qui a son propre règlement.

Or, ce qu'évoquait tout à l'heure le sous-ministre, c'était à l'effet que nous avons eu vent qu'il y avait dans le réseau des pratiques qui pourraient être hors normes, donc en contravention de ces règles-là. Donc, sur la base de ces éléments-là, nous avons entrepris un processus qui visait à recenser les différentes pratiques qui pouvaient être hors normes, sur la base d'une déclaration volontaire de la base des établissements, le tout compilé par chacune des agences. Essentiellement, les dimensions qui étaient questionnées, sur lesquelles on souhaitait avoir des éléments de clarification, étaient sur la classification. De quoi parle-t-on par «classification»? Le règlement des conditions de travail du personnel d'encadrement prévoit que la rémunération ou le niveau de rémunération doit être déterminé par le ministère. Donc, si un établissement passe outre, il est en contravention. On doit regarder si effectivement la nomination du cadre est postérieure à une résolution du conseil d'administration, puisque c'est le conseil d'administration qui a la responsabilité de nommer ledit cadre. Autre élément à valider : Est-ce qu'il y a des honoraires, primes qui sont versés sans qu'ils soient en lien avec un élément du décret? Et l'autre élément : Est-ce qu'il y a d'autres formes de rémunération sur la base de contrats qui peuvent être accordées au personnel d'encadrement?

Donc, les vérifications nous ont permis de recenser la situation de quelque 2 000 cadres. On parle de 300 directeurs généraux, 300 directeurs généraux adjoints et de près de 1 700 cadres intermédiaires. Essentiellement, ce que nous avons pu constater en termes... Et ce que je vous donne, ce sont des rapports préliminaires, puisque le rapport n'est pas complété. La majorité des cas de non-conformité concernent des classifications de poste non conformes, c'est-à-dire que les conseils d'administration ont soit nommé... ou que les directions générales d'établissement ont nommé des cadres sans faire une demande de validation de la classe salariale par le ministère et donc ont rémunéré au-delà de la classe qui a été autorisée ou sans autorisation de la classe.

Autre élément que nous avons pu constater : plusieurs cadres nommés sans résolution du conseil d'administration, donc en donnant une bonification de rémunération sur la base d'un statut qui n'était pas juridiquement valable.

Nous avons pu également constater le versement de certaines primes. Je vous donne une illustration ou deux illustrations pour vous permettre de capter à quoi on réfère : une prime de responsabilité qui est non prévue aux cadres. Parce qu'un cadre s'occupe de plusieurs sites, on lui donne une prime de sites. Ça n'existe pas. Autre élément qu'on a constaté : de donner à un cadre supérieur une prime pour... parce qu'il travaille dans un établissement universitaire. Ça n'existe pas. Donc, sur la base de ça, on a pu constater ce type d'irrégularité là.

Dernier élément que l'on a pu constater, c'est qu'il y avait plusieurs cadres qui normalement devaient être rémunérés aux conditions du fameux règlement dont je vous faisais référence tout à l'heure mais étaient rémunérés sous une base contractuelle, en dehors des taux et des normes.

Donc, le recensement nous a permis de constater, je vous dirais, en bloc ces quatre grandes natures d'irrégularités, qui sont non conformes et qui sont contraires aux règles de rémunération du personnel d'encadrement.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le sous-ministre. Je cède maintenant la parole au député de Sainte-Rose.

M. Habel : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, M. le ministre, plus tôt vous avez eu un échange avec le député de La Peltrie concernant la fin de l'entente entre la clinique RocklandMD et l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal. Ma question, M. le Président : Est-ce que le ministre pourrait revenir sur ses propos et son explication, particulièrement au regard de la capacité en termes de production chirurgicale? J'aimerais savoir s'il possède des informations concernant le nombre de chirurgies qui pourront être effectuées dans le public à compter de septembre prochain, lorsque l'entente avec RocklandMD aura pris fin. Merci, M. le Président.

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

• (17 h 40) •

M. Barrette : Juste un instant, M. le Président, parce que c'est assez intéressant. Comme vous le savez, je suis nouveau à l'étude des crédits, c'est mes premiers, et je sais par le passé qu'il y a beaucoup de gens qui tweetent et qui

envoient pendant ces séances-là. Ça m'amuse de suivre ça lorsque j'étais dans ma vie précédente, quoique je ne recommande *Twitter* à personne, là, parce que ce n'est pas toujours très, très élégant mais... puis ce n'est pas toujours agréable, là, je peux vous le dire, là. Moi, si vous saviez tout ce qu'on a dit de moi là-dessus!

Ceci dit, aujourd'hui on a parlé de Rockland, effectivement, et on me demande s'il y a de nouvelles informations, et a été apporté à mon attention il y a quelques instants que le parti... que la deuxième opposition avait émis un communiqué de presse qui dit ceci, M. le Président : *Rupture de l'entente avec la clinique RocklandMD* : «Le ministre — c'est moi — est en train de négocier une rupture de services» — puis c'est sûr qu'il nous écoute — signé par le député de La Peltrie. Alors, je ne rentrerai pas dans le détail du communiqué, mais le titre est assez clairement évocateur.

Et, comme toute chose n'arrive jamais seule, évidemment, et comme je vous l'ai dit et je l'ai dit à tout le monde d'une façon claire, nette et précise, bien le hasard de la vie fait qu'aujourd'hui a été émise une lettre, le 26 juin 2014, qui vient étayer essentiellement les faits que je disais et qui contredit évidemment clairement le commentaire du député de La Peltrie. Cette lettre, M. le Président, je l'ai devant moi. Elle est émise par la présidente-directrice générale de l'agence de Montréal, qui a eu... qui est adressée, pardon, je m'excuse, à la présidente-directrice générale de l'agence de Montréal par la direction générale de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, une lettre officielle, là. Je l'ai devant moi, là, j'ai le logo de l'hôpital, je n'invente rien.

«Mme la présidente-directrice générale, pour donner suite à notre conversation téléphonique de vendredi le 20 juin dernier [...] — et là je passe les salutations d'usage — je vous confirme que la fin de l'entente d'association avec RocklandMD — j'espère, M. le député de La Peltrie, que vous allez pouvoir prendre note de ça — le 4 septembre prochain est clairement annoncée et connue de toutes les instances de l'hôpital — conseil d'administration, CMDP, équipes médicales, etc. Dans le cadre d'un projet d'optimisation — j'insiste, M. le Président, "dans le cadre d'un projet d'optimisation" — de nos salles d'opérateur amorcé depuis quelques mois déjà, nous avons été en mesure d'accroître notre production chirurgicale au cours des dernières périodes de l'exercice 2013-2014. Notre projet d'aménagement d'une salle opératoire dédiée pour la chirurgie d'un jour à l'intérieur de nos installations qui vous a été envoyé avec la lettre du Dr Pierre Gfeller — qui, en passant, M. le Président, est le directeur général de l'hôpital — le 18 juin dernier nous permettra d'augmenter — "d'augmenter", M. le Président — davantage notre production chirurgicale, et, avec la décision qui vient de nous être confirmée — lettre du ministre Gaétan Barrette reçue le 10 juin dernier pour RocklandMD — cette production additionnelle nous permettra de récupérer — M. le Président, "récupérer" — jusqu'à 1 200 cas des 1 577 cas réalisés à Rockland en 2013-2014.»

Je rappelle, M. le Président, que RocklandMD a existé parce qu'il fallait développer... pas développer mais déplacer le volume d'activité retiré, soustrait pour des raisons de vétusté à Sacré-Coeur, pour ne pas que la clientèle de Sacré-Coeur soit lésée. Et ici vous avez des informations qui sont très claires. Il y a eu l'année dernière 1 577 cas faits de Sacré-Coeur à Rockland, et maintenant l'administration hospitalière confirme que 1 200 de ces cas seront rapatriés à Sacré-Coeur.

«Pour les volumes résiduels de l'ordre de 300 à 377 cas — le différentiel, évidemment — nous attendons les résultats des discussions entamées avec l'agence et le CUSM — et ici on fait référence à l'hôpital de Lachine — pour l'utilisation d'une salle pour la chirurgie bariatrique.» Alors, nous fait noter : «Il est important de préciser que nous avons réalisé 207 chirurgies bariatriques ambulatoires à Rockland au cours du dernier exercice.» Alors, force est de constater qu'il est possible de récupérer dans le public le volume d'activité qui est fait à Rockland.

«De plus, nous évaluerons la possibilité d'augmenter nos volumes à l'Hôpital Jean-Talon.» Et j'insiste, M. le Président, j'ai dit ce matin, dans les explications qui ont été fournies, qu'une partie du volume récupéré de Rockland était faite par Jean-Talon et bientôt Fleury. Alors, dans le 1 200, là, le 1 200 auquel j'ai fait référence il y a quelques instants, c'est dans les murs de Sacré-Coeur, sixième étage, de mémoire. Et ici il y en a 300 à 377, une partie qui va sûrement aller à Lachine, parce que Lachine aura une vocation bariatrique, mettons 207. Et, si on ajoute les cas qui sont faits à Jean-Talon et Fleury, bien il est évident que la somme des examens qui sont faits dans le giron de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, M. le Président, excède la somme qui était faite initialement quand il a été nécessaire de faire affaire avec Rockland.

Alors, de dire sur un communiqué de presse qu'on coupe les services par rapport à l'Hôpital de Sacré-Coeur m'apparaît une exagération, M. le Président, mais je trouve ça intéressant quand même.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de Sainte-Rose.

M. Habel : Merci, M. le ministre, pour ces précisions. J'aimerais aborder la thématique de la liste des médicaments. Dans cette liste, on retrouve des médicaments originaux brevetés et des médicaments génériques. Pour le bénéfice des gens qui nous écoutent, je vais vous expliquer un peu la différence entre les deux.

Le médicament original, c'est un médicament qui en quelque sorte est le fruit d'une recherche, et, pour récompenser le travail de cette recherche, on alloue un brevet, qui vient la plupart du temps avec un horizon temporel, pour rentabiliser la recherche, les essais cliniques, etc. À la suite du brevet, on peut voir apparaître le médicament générique. Je vous donne, par exemple, un exemple, des marques maison qui vendent de l'acétaminophène.

Je réitère que les médicaments génériques sont régis sous les mêmes ordres et aussi les mêmes standards que les médicaments de marque originale. Leurs caractéristiques d'évaluation, c'est d'avoir les mêmes ingrédients actifs, la même force, la même forme de dosage, la même méthode d'administration, les mêmes standards et aussi la même bioéquivalence.

Concernant la bioéquivalence, M. le Président, c'est de prouver qu'il y a cette bioéquivalence, qui peut mener jusqu'à un écart de plus ou moins 20 % par rapport au médicament original, même si dans certaines circonstances il est essentiel de conserver le médicament original puisque, dans le cadre d'un traitement particulier, si le patient change de médicaments génériques, le traitement peut être ruiné. Ainsi, dans le cas d'un patient qui prendrait du Coumadin afin

de réguler la coagulation sanguine et qui se servirait d'un suivi avec son médecin et son pharmacien avec l'utilisation de l'INR par le biais de la prise de sang, on ne pourrait prendre le générique du Coumadin puisque l'écart de bioéquivalence serait trop grand entre le générique et le Coumadin. Donc, parfois le générique peut être différent du médicament original, mais parfois le médicament peut être identique, on appelle ça un ultragénérique. Et tout ça, M. le Président, toutes ces gammes de médicaments sont inscrites sur la liste des médicaments.

J'aimerais donc avoir une précision sur le processus de mise à jour de la liste des médicaments. Concernant le processus de mise à jour de la liste des médicaments, on sait que le ministre de la Santé et des Services sociaux dresse deux listes après avoir considéré les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, l'INESSS. Plus précisément, il y a la liste des médicaments du régime général d'assurance médicaments, le RGAM. Cette liste est réglementaire et découle de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments. Elle définit la couverture du régime public et la couverture de base obligatoire des régimes privés. Il y a aussi la liste des médicaments des établissements de santé. Cette liste découle de l'article 116 de la loi sur les services sociaux et la santé. De plus, on sait qu'il existe un calendrier de mise à jour de ces listes. Donc, à la lumière des ces informations, est-ce que le ministre peut nous expliquer le processus de mise à jour des listes de médicaments et nous indiquer la fréquence à laquelle la mise à jour doit être faite?

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre, pouvez-vous faire ça en 1 min 3 s?

M. Barrette : En 1 min 3 s?

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : Je vais faire une introduction puis je continuerai au prochain bloc, si vous n'avez pas d'objection, M. le Président, M. le député.

Alors, M. le Président, le député a fait état effectivement des obligations et des prérogatives qui sont imparties au ministre de la Santé, et en fait j'apporterai tout de suite cette précision-là : sur le plan de la loi, la mise à jour des listes de médicaments est une prérogative ministérielle et une responsabilité. Alors, il y a une loi, comme ceci a été dit, sur l'assurance médicaments qui prévoit, comme l'a dit le député, une révision périodique, mais la loi elle-même ne fixe pas la fréquence à laquelle doit se faire cette mise à jour là, d'une part. Et, comme il l'a bien soulevé... — puis je terminerai peut-être là-dessus, compte tenu du temps qui file — c'est le fruit d'une collaboration et de recommandations entre le ministre et l'INESSS, l'INESSS qui a un rôle, dans ce contexte-là, d'expert. Et je reviendrai là-dessus dans le prochain bloc, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Je cède maintenant la parole à un représentant du deuxième groupe d'opposition, M. le député de La Peltre, pour un bloc de 12 minutes.

M. Caire : 12 minutes. M. le Président, j'en réfère à votre chronomètre. Pourriez-vous me réserver un quatre minutes pour mon collègue?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, tout à fait, je vous indiquerai le quatre minutes.

M. Caire : Merci, M. le Président. Je vais donc changer mes plans, on va reparler de RocklandMD, M. le Président, juste pour dire au ministre que... Il m'a parlé de l'agence de santé, là, qui lui avait envoyé une lettre, puis je me disais : Ça adonne-tu bien! Comme aujourd'hui qu'ils se sont rendu compte qu'ils étaient capables de faire... Juste lui dire que le président du conseil d'administration, donc le patron du directeur général de l'hôpital, écrivait, lui, le 6 mai : «Dans le but de maintenir cette accessibilité chirurgicale qui va bien depuis 2008, nous souhaitons obtenir l'autorisation du ministère pour renégocier cette entente — entente avec RocklandMD — qui viendra à échéance le 4 septembre prochain, et ce, dans le meilleur intérêt de la population et en tenant compte de la situation financière du réseau.» Ça, c'est le président du conseil d'administration, le patron du D.G., qui dit ça. Et il rajoute, parce que je me dois quand même de le mentionner : «Il est à noter que l'hôpital prévoit, avec son plan directeur immobilier déjà transmis au ministère et approuvé par l'agence de Montréal, récupérer les activités de RocklandMD dans la première phase des travaux de construction, présentement rendu à la phase du dossier d'affaires final.» Donc, ce n'est pas fait, d'une part.

Donc, comme je le disais, Sacré-Coeur n'a pas la possibilité de le faire pour l'instant. Et ce qu'on me dit, c'est que, dans Jean-Talon, l'Hôpital Jean-Talon, on a effectivement procédé au rapatriement, à raison de deux jours semaine, de la chirurgie orthopédique, et, M. le Président, on a mis fin au rapatriement il y a deux mois parce que ça ne fonctionnait pas, parce qu'on ne livrait pas la marchandise. Ça, c'est la réalité du terrain.

Autre élément, M. le Président : l'étude dont le ministre de la Santé nous a dit que ça avait été fait par des docteurs, qui me disait dans la même foulée qu'il ne savait pas que ça existait, il savait que ça a été fait par des docteurs, mais il ne l'avait pas, enfin, a été faite par M. Alain Bouchard. M. Alain Bouchard, M. le Président, ce n'est pas un médecin, c'est le responsable des finances pour l'Hôpital du Sacré-Coeur. Donc, le responsable des finances de l'Hôpital du Sacré-Coeur nous dit : Ça coûte moins cher faire faire les opérations à RocklandMD que de les faire faire dans notre hôpital.

Ce que le conseil d'administration nous dit, c'est qu'ils ne sont pas en mesure, au niveau de Sacré-Coeur, de faire les chirurgies, parce que le dossier n'est pas rendu à cette étape-là. Puis ce qu'on nous dit, c'est que l'Hôpital Jean-Talon a cessé le rapatriement parce qu'ils ne sont pas en mesure de livrer la marchandise. Donc, à part des fonctionnaires dévoués à sa cause, là, qui justifie la décision du ministre de faire ça?

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

• (17 h 50) •

M. Barrette : M. le Président, je ferai donc quelques commentaires en réponse à la question du député de La Peltrie. Le premier, c'est que, et avec tout le respect que je lui dois, la responsabilité du président du conseil d'administration n'est pas de gérer la société, là, c'est la responsabilité du gouvernement. La responsabilité du conseil d'administration de l'Hôpital du Sacré-Coeur est limitée à celle de ce qui se passe dans l'Hôpital Sacré-Coeur.

Maintenant, pour ce qui est des arguments qui sont mis de l'avant sur le plan documentaire par mon collègue de La Peltrie, bien j'ai fini, là, il y a quelques instants, par mettre la main sur — je pense que c'est vous autres qui nous l'avez donnée peut-être même — la documentation de la fameuse étude en question, que je n'avais pas vue mais dont j'avais entendu parler, là, et eux-mêmes disent que ça coûte plus cher à RocklandMD que ça coûte à l'hôpital. C'est écrit ici, je l'ai devant moi, là. Analyse des coûts unitaires de Sacré-Coeur : écart en faveur de Rockland... pas en faveur de Rockland mais en défaveur de Sacré-Coeur de 226,58 \$ par unité. Ça fait un différentiel de 8,4 %.

Une voix : ...

M. Barrette : Bien oui, mais là je l'ai devant moi, là. Bien là, c'est... Bon.

Alors là, après ça, il y a des inférences qui sont liées à des coûts d'immobilisations, et ainsi de suite, ce que je comprends, là. Mais il n'en reste pas moins que nous, lorsqu'on a fait une étude, M. le Président, on a demandé à ce qu'on prenne en considération, là, tous ces éléments, et on est arrivé à des écarts qui sont beaucoup plus substantiels que ça. Et la décision a été prise en conséquence.

Maintenant, pour ce qui est des allégations qu'à Jean-Talon on n'est pas capable de faire ce qu'on a à faire, M. le Président, je connais personnellement les orthopédistes qui vont à Jean-Talon, qui viennent de Sacré-Coeur, et qui sont très heureux d'avoir cet accès-là. Bien sûr, M. le Président, ils en veulent plus. Moi, je ne connais pas un médecin, un chirurgien au Québec qui ne voudrait pas opérer plus, c'est dans leur caractère. Je ne connais pas de groupe de médecins dans un bloc opératoire qui ne voudrait pas disposer de salles — au pluriel — supplémentaires par quelque voie que ce soit, c'est normal.

Encore une fois, je remets les choses en contexte, parce que ce qui est important, pour ce qui est de la gestion des deniers publics, la première chose, c'est que la responsabilité de l'État québécois est de faire en sorte que la mission qui est dévolue à l'Hôpital du Sacré-Coeur en termes cliniques et de volume doit être respectée. C'est le cas. La démonstration, elle est claire ici, c'est le cas.

Maintenant, en plus, s'il y a des situations qui nécessitent la participation ou la mise en place d'accords avec une tierce partie qui n'est pas publique, bien on a quand même la responsabilité de s'assurer que le coût soit adéquat pour la société québécoise. Évidemment, ici, on est quatre groupes politiques... bien, pas à ce moment-là ici, là, mais nous sommes, au gouvernement, quatre groupes politiques, et chaque groupe pourrait avoir sa vision. Si je demandais, M. le Président, quelle est l'opinion de Québec solidaire ou du Parti québécois sur l'utilisation de ressources privées, bien moi, je pense que les deux l'ont évoqué suffisamment, à suffisamment de reprises : Le privé est un péché mortel. Si je pose la question à la coalition, on nous dit : Il faut aller de l'avant. Bien, nous, comme gouvernement, on pense qu'une décision doit être basée sur la raison et non pas sur des éléments qui sont, à bien des égards, partisans, et c'est la décision qu'on a prise aujourd'hui parce qu'on a à gérer les impôts et les taxes des citoyens.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le député de La Peltrie, sur le 12 minutes, il reste 5 min 30 s. Est-ce que vous prenez votre 1 min 30 s de votre huit?

M. Caire : Je me permettrai donc un court commentaire aussi avant de céder la parole à mon collègue. La démarche qu'on a faite auprès du ministre est basée sur des faits. Faute de faits... Parce que ce que le ministre... Le ministre n'a pas produit d'étude. Son opinion est basée sur une étude-mystère que personne n'a vue et que potentiellement personne ne verra, sur sa connaissance intime qu'il a des orthopédistes de Jean-Talon. Je ne doute pas que ses liens soient très cordiaux avec les orthopédistes, là, mais, moi, l'information que j'ai est à l'effet que le rapatriement a été cessé depuis deux mois à Jean-Talon. Ça, c'est l'information que j'ai. Puis le conseil d'administration, oui, effectivement, il est responsable de l'établissement, et il vous dit : L'établissement ne sera pas en mesure de rapatrier les chirurgies tel que demandé, et il vous demande de leur permettre de reconduire cette entente-là dans l'optique de mettre en place des conditions qui vont leur permettre de le faire, ce que vous semblez refuser.

J'espère que le ministre nous fera part... ou nous produira l'étude dont il est question, mais, à la lumière de ce que j'entends, j'ai peu d'espoir. Mais mon commentaire n'était pas de nature idéologique. Moi aussi, je visais l'efficacité et surtout l'intérêt du patient.

Là-dessus je vais laisser la parole à mon...

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre, rapidement, par équité pour le collègue, mais vous pouvez répondre rapidement, oui.

M. Barrette : Écoutez, rapidement, M. le Président, là, ici on parle de faits. Les faits montrent qu'il se fait plus de chirurgies maintenant dans le giron de Sacré-Coeur, avec tous ses satellites, qu'il ne s'en faisait initialement. Ce sont des faits. Et je peux comprendre qu'il y ait un lobby de certains médecins auprès de l'opposition, potentiel, là, je ne dis pas qu'il y en a un de façon formelle parce que je ne le sais pas, mais j'ai comme l'impression qu'il y a des téléphones qui

se font. M. le Président, là il y a beaucoup de rumeurs qui sont évoquées. J'ai ici une note qui me dit que la direction de Jean-Talon, actuellement, augmente de deux priorités opératoires l'accessibilité aux chirurgiens de Sacré-Coeur, pas de Jean-Talon, de Sacré-Coeur. Alors, monsieur, on ne peut pas ici, à l'étude des... M. le Président, à l'étude des crédits, faire une compétition de rumeurs. Nous, on a des informations qui viennent de notre réseau, qui normalement sont vérifiées, et elles le sont, et la conclusion est qu'on en fait plus.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Alors, pour les trois minutes restantes, M. le député de Drummond—Bois-Francis.

M. Schneeberger : Alors, trois minutes, on va y aller très vite. Alors, M. le ministre, ce matin, dans la... ce que j'appelle, moi, avec sourire, la séquence de l'infopub du gouvernement au niveau des questions, vous mentionnez des beaux projets au niveau de l'infrastructure de différents centres hospitaliers. Il y a un projet, par contre, que j'aimerais vous entendre, c'est le projet de l'agrandissement du Centre famille-enfant de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville. Ce projet-là avait été annoncé par l'ancien ministre libéral à l'époque, en 2010, pour l'inauguration 2014; aujourd'hui, l'herbe, le gazon pousse toujours sur le terrain. Il a été annoncé en... juste avant les élections, trois jours avant l'élection par le Parti québécois. Par la suite, j'ai vérifié avec le directeur, où est-ce qu'il m'a mentionné que les sommes avaient vraiment été réservées au niveau du budget.

Alors, moi, je demande aujourd'hui... Ma question est toute simple : Est-ce que le ministre peut rassurer la population du grand Drummondville que le projet suit toujours son cours, et que l'échéancier, c'est-à-dire l'inauguration pour 2017, aura bien lieu, et que tout le monde, finalement, aura enfin le service nécessaire pour la population du grand Drummondville?

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

M. Barrette : M. le Président, je peux comprendre la question, évidemment, de mon collègue de Drummond—Bois-Francis — c'est ça, hein, c'est Drummond—Bois-Francis? — M. le Président, parce qu'il a probablement consulté le PQI 2014-2024 et constaté que le projet auquel il fait référence n'y est pas inscrit, et c'est évidemment tout à fait normal parce qu'il s'agit d'un projet qui... dont la valeur estimée est inférieure à 50 millions de dollars. Alors, comme on le sait, la loi fait en sorte et la réglementation fait en sorte que ce sont les projets de 50 millions de dollars et plus qui sont inscrits au PQI. Mais le PQI comporte une enveloppe globale qui fait en sorte qu'il y a quand même des projets d'une valeur inférieure à 50 millions qui sont inscrits et suivent le même cheminement, et je peux confirmer après consultation, M. le Président, que le projet auquel le député de Drummond—Bois-Francis fait référence était bel et bien inscrit au PQI et qu'il est actuellement à l'étape de l'étude...

Le Président (M. Tanguay) : Merci.

M. Barrette : ...l'étude étant la première étape sur trois. Et la décision de le faire monter est une décision qui sera prise prospectivement dans la période 2014-2024.

Le Président (M. Tanguay) : Pour une trentaine de secondes, M. le député de Drummond—Bois-Francis.

M. Schneeberger : Je voulais juste rappeler au ministre que ce projet-là est le projet priorisé numéro un de l'agence de services sociaux Mauricie — Centre-du-Québec et puis qu'il est prioritaire. Alors, j'espère qu'il n'y aura pas une autre... que ce ne sera pas juste une belle annonce et que le projet va vraiment de l'avant, parce que la population en a bien besoin. Et j'aimerais ça que le ministre nous rassure que ce projet-là, oui, est à l'étude actuellement, il y a les plans et devis qui sont en train de se faire, mais que vraiment, comme madame... l'ancienne ministre du Trésor disait, des Finances, que la pépîne va être sur le terrain bientôt, là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député. Merci beaucoup, M. le député. Ce qui met fin donc au bloc de 12 minutes du deuxième groupe d'opposition.

Nous pouvons maintenant débiter un bloc de 20 minutes. Évidemment que nous n'aurons pas le temps de terminer. Je vous rappelle que nous avons commencé trois minutes plus tard, donc nous terminons officiellement ce soir à 18 h 3. Et je cède la parole pour le début de ce bloc de 20 minutes dévolu aux députés de la banquette ministérielle en cédant la parole au député de Sainte-Rose.

M. Habel : Merci, M. le Président. Ultérieurement, on parlait du processus de mise à jour des listes de médicaments. Je voulais savoir si le ministre voulait apporter plus de détails.

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

• (18 heures) •

M. Barrette : ...alors je vais continuer la réponse où j'étais rendu précédemment. Alors, comme le député l'a dit, c'est une prérogative ministérielle de mettre à jour la liste des médicaments, tel qu'il l'a bien décrit, et cette mise à jour là se fait sur la recommandation de l'INESSS, l'INESSS qui, dans ce dossier-là, a un rôle conseil. Alors, ce rôle fait en sorte que l'INESSS fait l'analyse de la pertinence de mettre à la liste tel ou tel médicament. Et ça se fait selon une mécanique

de calendrier qui est assez simple. Initialement, lorsque la Loi de l'assurance médicaments avait été mise en place, la mise à jour se faisait une fois par année, essentiellement au printemps, plus précisément au mois de mai, mais, depuis 2012, à la demande du ministre de l'époque, sept mises à jour sont faites pendant l'année. Et je vous donne les dates, là. Il y en a une en février, en mars, en avril, en juin, en juillet, en octobre et en novembre. Alors, l'inscription des nouveaux médicaments ou de nouvelles indications, parce que l'INESSS ne fait pas des évaluations simplement du médicament mais aussi de l'indication du médicament, bien l'INESSS fait les évaluations et fait une recommandation au ministre, qui, lui, après avoir reçu et accepté les recommandations, qui doivent être données au ministre 30 jours avant la date de mise à jour, doit annoncer qu'il, effectivement, va faire ladite mise à jour et par la suite faire en sorte que le réseau soit avisé de la chose.

Maintenant, la révision qui se fait sur la base de l'apparition de nouveaux médicaments ou de nouvelles indications est une chose, mais il y a aussi une question d'évaluation du coût, parce qu'il arrive parfois qu'on ait des ajustements à faire, donc une mise à jour sur la base des prix des médicaments, et la RAMQ est donc impliquée. Alors, d'un côté, il y a le côté purement professionnel, qui est celui de l'expertise qui est effectuée par l'INESSS, et le côté gestion des coûts est fait par la RAMQ, et le ministre... transmet périodiquement au ministre un rapport sur le prix des médicaments ainsi que sur les méthodes de remboursement des prix les plus bas. Et je ne vais pas nécessairement rentrer dans le détail, puisqu'on en a parlé, je pense, aujourd'hui, pas mal abondamment. Alors, RAMQ et INESSS échangent les informations, et, après avoir fait sa réflexion, le ministre prend sa décision, et les informations sont relayées au réseau. Et une période d'environ cinq jours est requise pour la production et l'acheminement de commentaires, parce qu'il est possible, pour les autres, de faire des commentaires. Alors, quand le ministre a pris sa décision finale, le ministre a deux semaines pour s'assurer que les systèmes informatiques sont mis à jour, parce que l'information qui est diffusée dans le réseau, hospitalier ou non hospitalier, se fait évidemment par un site Internet, et le ministre a deux semaines pour faire cette mise à jour là sur ces modes de communication électroniques.

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

Compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30. Merci.

(Suspension de la séance à 18 h 3)

(Reprise à 19 h 33)

Le Président (M. Tanguay) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons reprendre nos travaux.

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

Puisque nous avons débuté nos travaux à 19 h 33 et qu'une période de deux heures doit être consacrée à l'étude de ce programme ce soir, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit jusqu'à 21 h 33? Oui, consentement obtenu.

Avant de poursuivre nos travaux, je vous informe du temps approximatif qu'il reste à chaque groupe parlementaire pour l'étude de ce programme : gouvernement, 1 h 16 min; opposition officielle, 41 minutes.

Lors de la suspension de nos travaux, à 18 heures, le ministre répondait à une question venant d'un bloc de... venant d'un député de la banquette ministérielle. Je ne sais pas si, M. le ministre, vous voulez compléter, sinon on peut continuer dans ce bloc avec des questions qui pourront vous être posées, M. le ministre.

M. Barrette : M. le... Excusez-moi, M. le Président. J'aimerais avoir la possibilité de permettre à mes collègues de terminer leurs réponses. M. Dion... pardon, M. Thibault avait des commentaires supplémentaires à faire qui... en fait, qui devaient compléter sa réponse. Et, s'il était possible, M. le Président, de permettre au sous-ministre, M. Fontaine, d'ajouter certains éléments qui ne peuvent pas l'être, là, par M. Thibault, d'une part... Et, d'autre part, j'aurais une question à vous poser, là, de... bien, une question de... Je ne sais pas si c'est une question de procédure, là, permettez-moi l'ignorance de ladite procédure. Dans nos discussions préliminaires avec le député de La Peltrie, il a été effet... il a été mentionné à plusieurs reprises la possession par le député de La Peltrie d'un document qui n'a pas été déposé en ce qui a trait à une lettre, une étude qui a été faite à l'interne, à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, sur le coût unitaire des soins. Nous avons eu la chance de pouvoir mettre la main sur ce document-là et nous l'avons en notre possession de façon électronique, et j'aimerais savoir, M. le Président, si c'est possible de le déposer. Malheureusement, il n'est pas possible de le déposer papier, parce qu'on n'arrive pas à l'imprimer nulle part dans notre enceinte...

Le Président (M. Tanguay) : Pas de problème.

M. Barrette : ...mais je vous confirme que le document est exactement celui qui avait été mentionné par notre collègue.

Le Président (M. Tanguay) : Pas de problème. Alors, si on peut résoudre le problème d'impression d'ici la fin de nos travaux, on pourra très certainement... vous pourrez effectivement le déposer.

M. Barrette : Est-ce que, M. le Président, on doit le déposer ce soir, donc auquel cas il faut absolument résoudre le problème, ou on peut le déposer à votre attention demain?

Le Président (M. Tanguay) : Nous complétons les crédits demain, à moins que je ne m'abuse. Alors, il y aurait demain. La séance de demain pourra nous le permettre également.

M. Barrette : Parfait. Et là est-ce que je dois être là ou quelqu'un de mon équipe peut venir le déposer?

Le Président (M. Tanguay) : Vous pourrez également l'envoyer au secrétariat — on pourra régler les technicalités — de la Commission santé et services sociaux en tout temps par la suite, là.

M. Barrette : Parfait. Parfait, parce que, peut-être que je l'ai mentionné plus tôt, la ministre déléguée en Santé et Services sociaux, Mme Charlebois, ma collègue, a une étude de crédits demain. Alors, peut-être qu'elle pourrait le déposer.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, tout à fait.

M. Barrette : Ça irait, ça?

Le Président (M. Tanguay) : Tout à fait. Et ça demeure évidemment dans le cadre des travaux de cette commission-ci, votre ministre déléguée et vous-même ayant voix au chapitre. Alors, merci beaucoup, M. le ministre.

M. Barrette : Tout à fait, tout à fait. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, vous êtes tout à fait autorisé à agir de cette façon.

Alors, nous avons déjà entamé ce bloc. Ce soir, il y aura cinq blocs. Le premier bloc du gouvernement est de 25 minutes. Alors, ce sont des blocs un peu plus substantiels. Je demanderais la permission pour permettre au sous-ministre de compléter sa réponse. A-t-il permission?

Mme Lamarre : Juste signaler que moi, je ne serai pas demain à la commission parce que je ne siège pas sur la commission, là, au niveau des Services sociaux. Donc, le document pourra être remis au représentant, au député...

Le Président (M. Tanguay) : Tout à fait.

Mme Lamarre : ...pour les Services sociaux, mais en lui signalant que ça nous est destiné.

Le Président (M. Tanguay) : Tout à fait. Chaque document — juste pour la mécanique des choses — chaque document est déposé formellement au secrétariat de la commission qui se fait un devoir, évidemment, d'en communiquer copie à tous les parlementaires siégeant à la commission. Alors, ce sera — un bon point de le soulever — fait de façon systématique.

Alors, je demanderais votre consentement à ce que l'on puisse entendre le sous-ministre compléter. Alors, M. le sous-ministre, je crois que... Pouvez-vous nous redire votre nom et votre fonction pour les fins d'enregistrement? Et la parole sera à vous.

M. Thibault (Marco) : Oui. Marco Thibault, sous-ministre adjoint, Direction générale du personnel, réseau ministériel, au ministère de la Santé. Juste peut-être pour compléter, sur la base de ces analyses préliminaires, nous avons souhaité faire rapport au sous-ministre en titre, en l'occurrence M. Fontaine, pour lui faire état de ce que nous avons découvert à titre d'irrégularités et de non-conformité à l'égard de l'application des différents décrets et lois dont je vous faisais référence un peu plus tôt cet après-midi. Donc, sur la base de ce rapport préliminaire là, je laisserais le soin au sous-ministre de pouvoir vous livrer les suites que nous avons données.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, oui. Même chose, s'il vous plaît.

M. Fontaine (Michel) : Alors, Michel Fontaine, sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux. Alors, M. le Président, dès que nous avons reçu ce rapport préliminaire ou provisoire, même s'il n'était pas complet, dans le contexte où on notait clairement une série d'irrégularités, nous avons pris une position immédiate et, dès le 10 juin, nous avons lancé ce qu'on appelle, nous, une directive ministérielle à tous les présidents de conseil d'administration. D'ailleurs, M. le Président, si c'était accepté, on pourrait déposer la directive ministérielle ici avec toutes ses annexes, là.

Document déposé

Le Président (M. Tanguay) : Alors, oui, je vous en prie. Tout à fait. Ce sera déposé.

• (19 h 40) •

M. Fontaine (Michel) : O.K. Donc, une directive ministérielle qui s'adressait à tous les présidents de conseil d'administration des... autant des agences de santé et de services sociaux que des établissements, l'ensemble de tous les établissements de la province. Même s'il peut arriver qu'une exception... un établissement n'avait aucune irrégularité, pour être sûrs qu'on balayait l'ensemble de la province à cet égard-là, ça a été adressé à tout le monde, donc aux présidents et aux D.G. ou également des D.G. des établissements.

Donc, cette directive, principalement, demandait de mettre fin immédiatement, sans délai, à toutes les irrégularités qui avaient pu être constatées, et, comme c'est quand même un rapport provisoire, il reste des éléments à entrer. Et nous, dans cette directive-là, déjà, on mettait une conséquence claire qui était une pénalité financière, si toutefois on continuait à donner des primes ou autres irrégularités de ce genre, égale à l'écart de cette prime et également un pourcentage important directement du salaire de l'individu.

Donc, dans ces circonstances-là, on a demandé, avec un délai très strict qui était dans la première directive du 23 juin à l'effet qu'on ferait des visites de façon aléatoire pour vérifier si, oui ou non, les corrections avaient été apportées... et, dans ce contexte-là, toutes les demandes de classification qui n'auraient pas été faites au ministère de la Santé devaient être faites au plus tard le 23 juin, et, s'il n'y avait pas eu cette situation-là, les situations qui étaient découvertes par visites aléatoires d'inspection, les pénalités seraient appliquées immédiatement.

Et on disait aussi, dans cette directive, que nous produirions, dès le début septembre, une circulaire ministérielle qui, elle, fait état d'un quasi-règlement. Donc, dans ces circonstances-là, où on donnait tout le détail, de quelle façon exactement les gens devaient se comporter par rapport à nos règlements sur la rémunération des hors cadres... M. Thibault vous mentionnait tout à l'heure que, quand on parle de hors cadres dans notre réseau, ce sont les directeurs généraux, et les directeurs généraux adjoints, et les cadres supérieurs et intermédiaires.

Donc, c'est le suivi, M. le Président, qu'on a fait à la découverte, là, de ces irrégularités.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, nous allons poursuivre maintenant dans ce bloc, et je cède la parole au député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Merci, M. le Président. M. le Président, à Laval et dans Lanaudière, il y a des chirurgiens orthopédistes qui se trouvent sans travail, même si les plans d'effectifs médicaux autorisent des places pour eux, et ce, parce que les établissements n'ont pas les ressources pour leur permettre la contribution. À Montréal, des établissements se plaignent d'être pénalisés dans leurs budgets car il leur manque leur volume de soins qui diminuent les listes d'attente. Partout, on se plaint des iniquités d'allocation des budgets qui empêchent les établissements de réduire leurs listes d'attente. Nous avons dit et répété en campagne que nous allons revoir le mode de financement, corriger tout ça et encourager la performance des équipes soignantes et la pertinence des soins. C'est un gros défi, un gros changement de culture, et ça demandera sûrement une démarche graduelle et bien ordonnée. Ma question pour M. le ministre : Expliquez-nous ce qui s'en vient et pourquoi on ne peut plus continuer avec le mode de financement historique.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, c'est évidemment une excellente question, encore une fois, et c'est une question à propos de laquelle certainement que les auditeurs qui suivent les travaux de cette période d'étude de crédits ont certainement beaucoup d'intérêt, parce que, comme le dit le député de Saint-Maurice, lorsqu'on sort de la... même pas la grande région de Montréal. M. le Président, lorsqu'on sort de la région 06, qui est l'île de Montréal, le premier commentaire qu'on entend, et ça, je l'entends, M. le Président, depuis 20 ans au moins, c'est l'iniquité dans le financement de Montréal par rapport à d'autres régions, et ça commence par toutes les régions qui sont de l'autre côté de tous les ponts qui lient l'île au reste du Québec. C'est un discours qui est encore plus développé plus on s'éloigne de la région de Montréal et, à certains égards, de la région de Québec.

Alors, l'équité en termes de financement dans la province a toujours été un problème, et, encore une fois, j'insiste sur le fait que le député de Saint-Maurice s'adresse à une problématique qui est tout à fait réelle. Maintenant, cette problématique-là, elle a quand même des bases. Il est incontournable, lorsqu'on fait simplement une approche proportionnelle ou populationnelle de l'île de Montréal par rapport au reste du Québec, que Montréal ne peut pas ne pas avoir des budgets qui sont supérieurs per capita — per capita, là, j'entends — au reste de la province de par la présence des hôpitaux universitaires qui, eux, ont des missions tertiaires et quaternaires que d'autres régions n'ont pas. C'est la même chose à certains égards à Sherbrooke, évidemment, et définitivement la même à Québec.

Ceci dit, M. le Président, même si on prend en considération un écart qui est justifié, si on ramène le financement par région et per capita, il n'en reste pas moins qu'à certains égards les régions ont historiquement eu raison de se plaindre de certaines iniquités, particulièrement à l'autre extrême, M. le Président. À l'autre extrême des services tertiaires et quaternaires, on comprend qu'on ne construit pas des hôpitaux de l'envergure qu'on construit aujourd'hui. On ne construira pas un nouvel hôpital de l'envergure, par exemple, de L'Enfant-Jésus dans le déménagement de l'Hôtel-Dieu, pour ne pas les financer à la hauteur appropriée pour ce type de service. Mais, quand on va à l'autre extrême, quand on s'en va progressivement et de plus en plus jusqu'à la première ligne, bien là il n'y a pas de raison, parce que, là, en première ligne, normalement, si on prend cet exemple-là, le financement devrait être tout à fait proportionnel à la densité populationnelle de chaque région, et, à cet égard, il y a des critiques qui ont été faites et qui étaient fondées.

Jamais aucun gouvernement dans le passé, même si notre gouvernement, d'ailleurs, de 2003 à 2012... il n'y a jamais de gouvernement qui s'est adressé de façon spécifique à cet élément-là pour toutes sortes de raisons, parce qu'il y avait évidemment d'autres enjeux. On se rappelle que, dans la décennie 2003-2013, il y avait des enjeux de pénurie, de formation, de listes d'attente, et ainsi de suite. À un moment donné, un gouvernement ne peut pas tout faire et doit faire des choix, et c'est ce qui a été fait dans le passé. Aujourd'hui, on arrive à une autre étape de l'évolution de notre système de santé. Aujourd'hui, je faisais référence à l'excellent travail qui est fait par notre Direction de la lutte contre le cancer, une direction qui, elle, M. le Président et M. le député de Saint-Maurice... La Direction de la lutte contre le cancer, je l'ai assez bien dit, je pense, ce matin, a des objectifs de répartition des investissements qui n'est pas simplement une question d'accès aux

services régionalement parlant, mais aussi, la conséquence de ça, bien, ça fait que les investissements sont régionalement bien distribués, bien que ça soit imparfait, parce qu'évidemment, j'ai bien expliqué ce matin, je pense, on ne peut pas s'attendre à avoir un hôpital universitaire en Gaspésie, là. Il y a des missions qu'on ne peut pas faire là-bas pour des raisons qui sont évidentes, mais, dans le cancer, par exemple, c'est une approche qui est vraiment, vraiment, vraiment axée sur le patient et basée sur un financement qui est très près d'être totalement populationnel. Et, à cet égard-là, je pense qu'on peut dire que notre gouvernement, dans le passé, a pris des bonnes décisions et a fait un travail remarquable, d'ailleurs, qui a été souligné à plusieurs reprises par la députée de Taillon dans ses interventions de cet après-midi.

Maintenant, quand on... encore une fois, je continue dans l'optique de la première ligne et du financement en général. Ces aspects-là ou ces démonstrations-là font la preuve qu'à un moment donné le financement, par des budgets historiques, ne peut pas tenir la route dans tous les secteurs d'activité de la santé. Ça ne peut pas tenir la route dans tous les secteurs d'activité. Je vous donne un exemple qui va faire plaisir à notre collègue de Taillon. Le jour où on conclura nos négociations avec l'AQPP, ça, c'est un exemple patent, pragmatique de financement qui va suivre le patient, parce que l'individu, le pharmacien, va être payé pour des services qui sont donnés à des gens qui sont là, dans leurs régions respectives.

Alors, nous, lorsque nous arrivons en poste et dans notre campagne électorale, on a bien exposé notre philosophie, et je vous dirais que ça a été très surprenant pour moi, en campagne électorale, de ne pas avoir de question. Moi, je me rappelle être allé à des émissions très dynamiques et très agréables comme *24/60* où on me parlait plus de mon adversaire que des enjeux aussi importants que le financement à l'activité. Je ne vois pas pourquoi, mais c'est comme ça que ça s'est passé dans ce genre d'entrevue là. Mais le financement à l'activité, il était une prise de décision, une orientation qui aura des impacts, M. le Président, pour les 20, 30 prochaines années à venir. Et le financement à l'activité, bien, c'est ce que ça fait. Ça veut dire que le financement suit le patient. Ça veut dire que le financement est octroyé en fonction des services qui sont rendus au point de service, donc dans la région, à l'endroit où les patients abordent le système de santé. Et ça, par définition, l'argent suivant le patient, et, dit différemment, c'est l'argent qui suit le service, bien, par définition, ça va garantir que les inéquités historiques qui ont existé dans le passé vont disparaître pour un grand pan des services de santé qui sont donnés à la population du Québec. Je prends encore une fois l'exemple de la première ligne. Bien, notre rôle, au gouvernement, va être de faire en sorte, par la gestion des effectifs médicaux auxquels on a fait référence tout à l'heure, de faire en sorte que les régions soient toutes dotées adéquatement de médecins de famille, mais, lorsqu'elles seront dotées de médecins de famille en quantité adéquate, avec des ententes qui font que la quantité de services est appropriée, bien, le financement va suivre, et il n'y aura plus possibilité, dans le réseau, d'avoir une iniquité dans le financement.

• (19 h 50) •

Évidemment, ça, c'est cet extrême-là. À l'autre extrême, plus on va vers le tertiaire, quaternaire, mettons, M. le Président, par exemple, la neurochirurgie oncologique — bon, ça se fait dans quelques centres, là, ils se comptent sur les doigts d'une main, M. le Président — alors, c'est évident que, là, il y aura toujours une asymétrie, dans le Québec, en termes de financement, parce que ça tombe sous le sens. Mais, quand on va dans l'autre sens, même quand on va, là, dans la chirurgie générale, l'obstétrique, gynécologie, qui sont des spécialités de base, la psychiatrie, M. le Président, l'imagerie médicale, la pédiatrie, ces spécialités-là, dites de base, qui, par définition, sont réparties assez uniformément sur le territoire, bien, vont recevoir leur financement en fonction des services qui sont fournis, et ce financement-là va régler le problème de l'iniquité.

Maintenant, M. le Président, je vais faire deux commentaires supplémentaires ou, en fait, un principal. Le financement à l'activité, M. le Président, c'est quelque chose qui a une certaine complexité parce qu'il faut commencer en quelque part, et le quelque part en question est la détermination appropriée du coût unitaire de services octroyés ou desservis par notre système de santé à chaque individu. Mais hier — je pense que c'était hier — notre collègue de La Peltrie faisait référence au fait qu'au Québec on avait des problèmes d'uniformisation de la comptabilité, ce qui nous empêchait d'avoir aujourd'hui, le 26 juin 2014, la possibilité d'avoir l'établissement, la détermination exacte ou suffisamment précise d'un coût unitaire. Et il faisait référence au fait qu'il y avait aussi d'autres éléments qu'il fallait regarder, et il avait raison, parce que, dans le financement à l'activité, M. le Président, on commence par l'établissement du... la détermination du coût unitaire approprié qui est utilisé pour compenser, ou payer, ou financer les services per capita par région, donc ça règle le problème de l'iniquité. Mais c'est aussi un outil, M. le Président, qui permet de faire en sorte qu'on peut ajouter des couches importantes dans la gestion de notre réseau. Parce que le financement à l'activité, ça permet aussi de financer l'activité basée pas simplement sur le coût, mais aussi sur la performance. Ça peut nous permettre, par exemple, de faire des analyses qui nous disent : Voici tel groupe de médecine de famille, tel groupe de médecins spécialistes.

Je prendrais un exemple, en médecine spécialisée, de ma propre spécialité. Il y a telle, telle, telle machine dans un hôpital, il est tout à fait raisonnable, parce qu'on sait ça, là, c'est des choses totalement connues, là, une machine, là, pour des patients électifs, un scan de génération d'aujourd'hui, ça devrait faire, par quart de travail, entre 30 et 40 patients par quart. Alors, nous, ça nous permet d'arriver puis de dire : Bien, voici, là, on finance à l'activité, mais on s'attend à ce qu'il y ait une performance dans votre hôpital et que vous gériez, par exemple, vos listes d'attente de façon adéquate. Et ça nous permet aussi de planifier les achats d'équipement. On n'achète pas des équipements quand ce n'est pas nécessaire, quand l'analyse montre que... Encore là, je fais référence à ce que j'ai dit aujourd'hui : c'est comme les blocs opératoires, s'il y a de la capacité non utilisée dans ces machines-là, bien, il faut les utiliser.

Alors, le financement à l'activité permet d'évaluer non seulement le coût et de bien distribuer l'argent dans le réseau, mais il permet aussi, si le système d'information adéquat est en place, de faire des analyses de performance et, oui, à la limite, de lier et le financement et la rémunération de certaines personnes à une certaine performance.

Alors, il y a des pays, M. le Président, par exemple, où, pour un groupe de médecins qui a une clientèle dans laquelle on identifie les diabètes de type 2 ou encore des hypertendus, qui sont des maladies très courantes, pas complexes,

mais qui nécessitent des interventions et un suivi, évidemment, il y a des pays où on lie, par exemple, la rémunération — et je ne dis pas qu'on va faire ça, là, M. le Président, je vous dis ce que ça peut se faire, le financement à l'activité — à des niveaux de performance. Par exemple, un médecin suit 150 patients diabétiques de type 2, bien là est-ce qu'au fil du temps, par exemple, trimestriellement, cette clientèle-là, à 80 %, normalise la glycémie? Par exemple, là. C'est un exemple trivial, et je le prends à dessein parce que, dans les gens qui nous écoutent, et peut-être même ici, dans la salle, beaucoup de gens souffrent de cette maladie-là. Et tout le monde sait que la glycémie, là, c'est la petite mesure qu'on fait sur le bout du doigt, tout le monde connaît ça. Et c'est un élément de suivi qui est primordial; simple, économique, mais primordial.

Alors, le financement à l'activité, c'est bien plus que l'équité, même si c'est d'abord l'équité qui est recherchée par tout le monde, mais c'est aussi un outil extraordinaire qui, entre bonnes mains et surtout en présence d'un système d'information adéquat, permet d'avoir une gestion très précise de notre système de santé pas simplement en coût, mais aussi en termes de performance. Ça, M. le Président, ce que je viens de vous dire, là, c'est quasiment un discours électoral, là, mais c'est quasiment évangélique, là, mais on est en retard là-dessus, M. le Président. Et plein de pays font ça, de grandes organisations dans le monde.

Vous savez, M. le Président, il y a une organisation que tout le monde connaît, ici, qui est en santé autour de la table. Notre collègue la députée de Taillon la connaît très bien. Il y a une organisation qui s'appelle Kaiser Permanente, M. le Président. C'est un HMO aux États-Unis. C'est une entreprise privée à but non lucratif ou pas très lucratif qui a comme membres, là, 8,8 millions de personnes. C'est le Québec. Bien, eux autres ont exactement ça. Eux, ils font ça tout le temps. C'est le financement à l'activité. Et on évalue la performance. Et les gens ont des récompenses, entre guillemets, et des... on va dire pas récompenses lorsque la performance n'est pas là.

Alors, ça, M. le Président, je prends cet exemple-là uniquement pour vous dire que ça se fait. Ça se fait dans un pays comme les États-Unis. L'Angleterre, qui a 60 millions de personnes à peu près, là, à ma connaissance, fait ça à la grandeur de son pays. Ça se fait dans les autres pays d'Europe de l'Ouest. Ce n'est pas une lubie, là. C'est simplement une avancée que le Québec n'a pas faite et va faire, mais il faut commencer en quelque part, qui est le financement pur à l'activité, qui est de, d'abord et avant tout, déterminer le coût pour régler d'abord... pas d'abord, mais de façon définitive les inéquités pour ensuite passer au niveau supplémentaire, qui est celui de la gestion de la performance. Et là il y a plein de choses qui se font dans le monde, pour lesquelles on pourra discuter certainement le long de notre mandat. Mais vous voyez que ce sujet-là, qui en est un très pertinent, a des conséquences sur notre société, et sur le budget du gouvernement, et sur les capacités de notre système à survivre très importantes. Et, encore une fois, je termine là-dessus, M. le Président, malheureusement ou heureusement, c'est selon, j'étais très surpris de voir qu'en campagne électorale personne n'a accroché là-dessus.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Alors, pour les 3 min 10 s qui restent, je vais céder la parole au ministre... au ministre! au député de Saint-Maurice. M. le député.

M. Giguère : Donc, on va y aller avec un préambule. Je crois bien qu'on n'aura pas toute la réponse, là, dans ce trois minutes.

Le Président (M. Tanguay) : On va revenir.

M. Giguère : On va y revenir. M. le Président, le 14 mai dernier, le quotidien *La Presse* publiait son neuvième palmarès annuel des urgences basé sur les données diffusées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Selon cet article, l'état des urgences s'améliore au Québec. On y apprend que «le temps d'attente moyen dans les urgences du Québec a connu cette année sa plus forte baisse en neuf ans. Selon les données colligées par *La Presse*, les Québécois ont attendu en moyenne 16 h 42 min, une diminution de 48 minutes [par rapport à l'an dernier].

«Selon le président de l'Association des médecins d'urgence du Québec [...], la diminution du temps d'attente [en] est [une] partie attribuable à la création dans certains hôpitaux d'unités d'hospitalisation brève, où l'on accueille les patients qui ont besoin de 48 à 72 heures de soins. D'autres établissements ont adopté des plans de surcapacité, qui permettent de déplacer un patient sur civière dans les corridors aux étages plutôt que de le laisser aux urgences. "Ça allège vraiment le fardeau aux urgences", note le Dr Mathieu.

«Le pourcentage de séjours de 48 heures et plus aux urgences a aussi connu sa plus forte baisse en neuf ans : il est passé de 6,7 % à 5,9 %.

«Le Dr Mathieu croit que la population a de quoi se réjouir : "On sort les patients de l'hôpital [...] plus vite qu'avant. On a vécu des situations désastreuses et inacceptables dans le passé et on espère ne jamais les revivre."

«La situation s'est améliorée dans presque toutes les régions du Québec. Même à Montréal, où la durée moyenne de séjour aux urgences a diminué de 1 h 30 min depuis l'an passé pour atteindre 19 h 30 min.

«La métropole est toutefois encore bien loin des 12 heures d'attente que souhaite atteindre le ministère de la Santé depuis des années. Seulement 27 des 85 hôpitaux de notre palmarès atteignent cette cible, soit le même nombre que l'an dernier.

«Dans l'ensemble, le Québec obtient la note c au palmarès des urgences, la même depuis neuf ans.

«"On récolte les fruits du travail des dernières années, mais il y a encore du chemin à faire", estime le Dr Mathieu.

«Parmi les établissements qui ont vu leur performance s'améliorer, se trouve le Centre hospitalier de l'Université de Montréal — le CHUM. [Le] Dre Emmanuelle Jourdenais, chef des urgences, se réjouit [de] la situation [...] soit améliorée dans [les] deux des trois pavillons de son établissement, soit Notre-Dame et l'Hôtel-Dieu. "Régler le problème aux urgences, c'est un marathon. On a revu nos pratiques. Tout le monde met la main à la pâte et ça commence à porter [fruit]", dit-elle.»

Alors, voilà. Il y a tout de même de quoi se réjouir quand la situation s'est améliorée, mais 16 h 42 min comme temps d'attente moyen aux urgences, ça frappe.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député, malheureusement...

M. Giguère : Ça frappe.

Le Président (M. Tanguay) : ...vous allez nous laisser sur notre appétit et vous aurez l'occasion de revenir avec le punch dans le prochain bloc. Je cède la parole...

Des voix : ...

• (20 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : À l'ordre, s'il vous plaît! Je cède à parole à la représentante de l'opposition officielle pour un bloc de 22 minutes, la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Juste, d'entrée de jeu, je vais prendre un peu ce que notre ministre a fait ce matin et je vais enlever mon chapeau de députée tout simplement pour être pharmacienne pendant quelques secondes. Et, tantôt, le député de Sainte-Rose, de très bonne foi, je pense, a essayé d'illustrer la différence entre un médicament générique et un médicament original et a parlé de biodisponibilité, de bioéquivalence sur un médicament, qui est le Coumadin, qui est un anticoagulant qui est beaucoup utilisé. Et je ne voudrais pas qu'on inquite inutilement les patients qui prennent ce médicament-là, donc simplement dire que ce n'est pas un écart de... entre 80 % et 125 %.

Ce qu'on vérifie dans la biodisponibilité, l'image la plus éloquente que j'ai essayé de trouver pendant la période du souper, c'est si on faisait passer un médicament dans une éponge, et ce qu'on vérifie, c'est la vitesse et le degré d'absorption. Mais, au total, le médicament finit par être absorbé. Je compte sur mes collègues de l'INESSS pour aider peut-être à clarifier tout ça, mais je ne voudrais pas que les gens aient l'impression qu'au départ il y a 20 milligrammes de moins ou 20 % de moins d'une dose d'un médicament quand c'est un générique. Il y a des écarts similaires qui apparaissent même à l'intérieur d'un même produit innovateur au niveau d'un lot à un autre.

Alors, simplement... C'est compliqué à... Mais je voulais faire cette précision-là pour ne pas que les gens s'inquiètent inutilement à la maison par rapport aux génériques de Coumadin. Est-ce que vous me permettez, M. le Président, que j'interpelle le ministre de la Santé sur ce dossier-là?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, je vous en prie, je vous en prie.

Mme Lamarre : C'est bon? Merci beaucoup. Alors, merci. Puis c'est en toute camaraderie, là, ça illustre juste que le médicament est complexe et l'être humain aussi.

Donc, dans le premier dossier que j'aimerais évoquer — écoutez, on est vraiment en symbiose, il ne faudrait pas que ça dure trop longtemps parce que... — c'était l'équité interrégionale. Et donc c'est vraiment un élément qui nous a frappés beaucoup. Je dois dire que, d'abord, cette interpellation par rapport aux désinégalités... aux inégalités régionales a été soulevée dès 2002-2003, à l'époque où c'étaient les ministres François Legault et Roger Bertrand qui ont souligné ce problème-là. Et puis après il y a eu quand même une période où ça n'a peut-être pas été priorisé au même niveau que ce que j'entends que ça va l'être maintenant. Et donc je me réjouis que, maintenant, on ait un engagement pour tenir compte de cette dimension-là parce que ça a été priorisé par le ministre Réjean Hébert en 2012, qui, en très peu de temps, en 18 mois, a réussi à corriger des écarts très significatifs, de l'ordre de 32 % et même davantage dans certaines régions — on parle de Laurentides, Lanaudière, Montérégie — où on a eu des écarts importants qui ont été corrigés rapidement.

Et je constate, là, que le ministre partage la même préoccupation et la même vision. Et je me rallie au fait que ce soit particulièrement complexe, d'où ma question. Compte tenu que c'est quelque chose qui est très mobile et qui change beaucoup, on se rend compte que ces exercices d'évaluation de l'équité doivent être faits régulièrement. Donc, une fois qu'il va y avoir eu un exercice, est-ce qu'on peut s'engager à le refaire régulièrement, tous les deux, trois ans? Et je donne comme exemple, dans ma circonscription, en Montérégie, il y a quatre CHSLD et trois nouvelles résidences pour personnes âgées avec des volumes très importants, juste à côté de l'hôpital Pierre-Boucher, qui viennent de s'installer. Alors, c'est sûr que ça change la dynamique des recours à l'urgence, des besoins.

Donc, est-ce qu'on s'engage à avoir un exercice, une mise à niveau de cet exercice-là vraiment sur une base très rapprochée? Et à quelle fréquence, si c'est possible... autour, approximativement?

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

M. Barrette : M. le Président, je vais faire comme ma collègue de Taillon, et je vais enlever mon chapeau de ministre, parce que j'ai... juste pour faire un commentaire sympathique. J'ai senti, et je la comprends très bien, le plaisir qu'avait notre collègue députée de reprendre son chapeau de pharmacienne et parler de ce qui lui est cher, c'est-à-dire la pharmacie. Moi aussi, ça m'arrive, M. le Président, d'avoir des moments de plaisir quand je peux parler non politiquement de médecine. Alors, je suis content que vous ayez pris ce moment-là pour faire ce point-là, et avec lequel je suis, évidemment, totalement d'accord.

Maintenant je vais reprendre mon chapeau pour répondre à la question. Oui. Je n'irais pas dire qu'on est en symbiose, là, parce que ça serait cité dans les journaux demain puis ça ne serait pas bon ni pour eux ni pour moi, mais

je pense que nous partageons, effectivement, les mêmes objectifs. Et je vous dirais, Mme la députée... M. le Président, je vous dirais que la question du financement à l'activité, qui exige qu'on ait un système de comptabilité adéquat et pour lequel nous avons prévu, dans notre budget, des montants qui y sont dédiés — on en a parlé hier matin — bien, ça vise ça et ça vise aussi à faire en sorte que ça puisse permettre non pas une évaluation périodique aux trois ans, mais une évaluation, à toutes fins utiles, quasiment en continu ou certainement annuelle.

Je dirais donc que — pour répondre précisément à la question qui est posée — je souscris, moi, à la nécessité de faire périodiquement ces évaluations-là et j'espère qu'on aura le plus rapidement possible la capacité de faire ces évaluations-là le plus en continu possible ou certainement sur une base annuelle. Mais actuellement, compte tenu de notre façon de fonctionner et de nos capacités techniques, on est obligés de garder la fréquence qui est en place. Mais, encore une fois, je pense qu'il est tout à fait correct de vouloir aller dans la même direction que celle qui a été suggérée par la députée de Taillon.

Ceci dit, M. le Président, je rappellerai quand même à la députée que ces efforts-là qui visent à corriger des inéquités, ça a commencé avant 2012. C'est des choses qui ont été continuées, et je suis très heureux de constater que mon prédécesseur a quand même continué cet exercice-là, que nous allons nous aussi continuer parce qu'il s'agit ici non pas d'une question politique, mais une question d'équité pas simplement interrégionale, mais bel et bien populationnelle pour tout le monde au Québec.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : En fait, on se rend compte qu'il reste encore du chemin à faire avant l'équité. On est encore dans... hein, on est encore dans l'inéquité. Est-ce qu'on peut savoir quand vous visez l'équité?

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

M. Barrette : M. le Président, encore une fois...

Mme Lamarre : Pour une première fois, au moins, là.

M. Barrette : Non, non, je comprends. Alors, je vise l'équité, M. le Président, évidemment, le plus vite possible, mais il y a des choses qui ne sont pas faisables. Je comprends que la Rome de l'équité... la Rome de la distribution des budgets soit l'équité et que tous les chemins devraient mener à Rome, mais ça prend du temps à se rendre à Rome, surtout quand on a un océan à traverser. Alors, actuellement, on a un océan budgétaire, M. le Président, à traverser, et, au travers de ça, on a aussi à gérer l'équité. Je le répète, on s'engage de façon résolue dans le financement à l'activité, qui lui va nous diriger rapidement, je l'espère, et ça, j'ai l'intention de mettre tous les efforts pour en arriver à ça, à cette équité-là.

Mais, quand on parle d'équité, M. le Président, bien, c'est complexe. Et je vais vous donner... je vais illustrer mon propos. Par exemple, aujourd'hui, on sait — et j'y ai fait référence à plusieurs reprises — qu'en termes d'équité il y a des problèmes d'infrastructures à l'extérieur de Montréal, on sait que la population migre... bien, pas migre, mais s'établit dans le 450, le 450 du nord, du sud, de l'est, de l'ouest. On sait ça, là, c'est connu. Même dans le 450 de Laval, on n'est pas dans la même situation qu'il y a 20, 25 ans, 30 ans. Alors, quand on parle d'équité, M. le Président, et qu'on veut y arriver le plus vite possible, bien, il y a aussi une équité, par exemple, de ressources, et ici je parle d'hôpitaux. Il faut les construire, ces hôpitaux-là. Alors, le Saint-Graal, qui est l'équité et que j'espère retrouver un jour pour le bénéfice de la population et dans la direction de laquelle on va continuer à aller, bien, il y a quand même certains obstacles en chemin qui font que ça va prendre un certain temps. Mais je veux rassurer la députée de Taillon à cet effet, on s'en va dans cette direction-là de façon résolue.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Simplement, dans un contexte d'austérité, de restrictions budgétaires, on comprend que chacune de ces inéquités-là peut devenir disproportionnée, dans certains cas, pour certaines régions, d'où l'importance de le faire rapidement. Alors, j'espère qu'on va vraiment avoir une information pour avoir une équité de façon prioritaire. Parce qu'on demande à tout le monde de faire plus avec moins, et, quand on part avec beaucoup moins, bien là ça devient irréaliste, et les coupures de services sont potentielles, donc il faut être... je pense qu'il faut être très attentifs à ça, et on va l'être, de notre côté.

Le Président (M. Tanguay) : Vous vouliez un commentaire du ministre?

M. Barrette : Est-ce que je peux faire un commentaire?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, je vous en prie.

M. Barrette : M. le Président, encore une fois, la députée de Taillon affirme des choses qu'elle ne peut pas affirmer. Elle affirme que les coupures budgétaires vont couper des services, alors que je l'ai dit, dit, dit et redit : L'exercice que l'on fait doit se faire sans couper les services. Alors, je trouve déplorable que, dans les échanges que l'on a ici, qui sont très cordiaux et d'un niveau tout à fait approprié, on prenne ce genre de situation là pour alerter la population qui nous écoute à propos de choses qui n'existent pas.

Aujourd'hui, M. le Président, les efforts d'optimisation qui ont été faits dans le réseau sous le règne de mon prédécesseur, et, à date, sous ma gouverne, et dans le prochain mandat doivent se faire sans coupure de services, et il n'y a pas de services qui ont été coupés. M. le Président.

• (20 h 10) •

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Je dirais qu'il y a déjà des manques de services dans certains secteurs, l'accès étant un service, l'accès étant le premier des services, et, quand il y a des difficultés d'accès de cette nature-là, on peut déjà prétendre qu'il y a des manques de services. Donc, je pense qu'il faut être très conscients que les efforts demandés vont devoir faire l'objet d'une grande, grande vigilance parce qu'il y a vraiment des endroits où il y a déjà des carences en termes d'accès. Et, quand on n'a pas accès et qu'on a des symptômes qui peuvent conduire à des problèmes de santé graves, eh bien, il y a automatiquement des préjudices qui sont là. Donc, je pense qu'il faut vraiment être très, très vigilants, et je n'ai pas de questions à ce niveau-là.

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

M. Barrette : M. le Président, je renchéris : Un manque n'est pas une coupure. Et, puisqu'on parle de manque, bien, refaisons l'histoire pendant un instant. Il manque des services au Québec, M. le Président, depuis 1994-1995, et je ne dirai pas pourquoi, on l'a assez dit. Alors, nous sommes résolument orientés pour corriger cette situation-là tant sur le plan de l'équité budgétaire interrégionale que de la desserte de services en temps opportun, et en quantité appropriée, et certainement en qualité, à tout le monde au Québec.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci. Alors, dans le domaine de la prévention, est-ce que le ministre de la Santé peut nous indiquer quel pourcentage du budget 2014-2015 sera consacré à la prévention?

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

M. Barrette : M. le Président, je vais être obligé, s'il y a consentement, de diriger cette question-là probablement à quelqu'un d'autre parce qu'effectivement il n'y a pas... je n'ai pas d'information, à ma connaissance... On m'indique... Il n'y a pas d'information spécifique, dans nos lignes budgétaires internes, qui se nomme «prévention». Alors, je ne veux pas éviter la question, là, c'est juste que la donnée spécifique n'existe pas, à ma connaissance.

Si vous le voulez, M. le Président, on peut avoir la confirmation du sous-ministre adjoint aux finances.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, nous suggérez-vous d'entendre le sous-ministre?

M. Barrette : Oui, je vous le suggère.

Le Président (M. Tanguay) : Est-ce qu'on a consentement, Mme la députée de Taillon, pour entendre le sous-ministre? M. le sous-ministre, pouvez-vous rappeler votre nom, fonction, s'il vous plaît?

M. Dion (François) : François Dion, sous-ministre adjoint par intérim au budget, finances et immobilisations. Pour ce qui est... À l'égard du volet de la santé publique, c'est qu'on n'a pas subdivisé l'information financière en volets tels Prévention, le volet Infection, ainsi de suite, on a juste l'ensemble des dépenses qu'on retrouve à l'intérieur du volet de santé publique. Je n'ai pas le fin détail de cette information-là. Les budgets... Les dépenses reliées à l'ensemble du volet de santé publique s'élèvent à 325 millions de dollars.

Une voix : ...

M. Dion (François) : 325 millions, et ça couvre l'ensemble des activités qu'on retrouve dans le réseau de la santé.

Le Président (M. Tanguay) : Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci. Alors, il y a eu un travail qui a été fait pour le dépôt d'une politique nationale de prévention, une politique sur les saines habitudes de vie. Est-ce que le ministre peut s'engager à poursuivre ce travail-là?

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

M. Barrette : Excusez-moi, M. le Président. Alors, lors de mon arrivée, et surtout dans les réunions conjointes avec ma collègue de laquelle relève cette politique... Encore une fois, j'invite la députée de Taillon à pouvoir se présenter demain à l'étude des crédits de ma collègue, demain matin, et de lui poser cette question-là. C'est sous sa gouverne à elle.

Si vous me permettez, je vais quand même faire un commentaire supplémentaire sur la réponse que M. Dion a faite. Le 325 millions auquel on fait référence s'adresse ou reflète toutes les activités de santé publique, et évidemment, là-dedans,

là, il y a un paquet de choses qui ne sont pas liées à la prévention, d'où l'impossibilité pour nous autres d'en extraire une donnée spécifique à la prévention. Maintenant, la prévention fait partie du mandat spécifique de la sous-ministre déléguée, et j'invite la députée de Taillon, encore une fois, à pouvoir, demain, lui adresser ses questions.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Donc, le 325 millions est pour l'ensemble de la santé publique, et la prévention est seulement un volet de la santé publique, sur un budget de 32 milliards de dollars en santé, c'est ça?

M. Barrette : C'est exactement ça.

Mme Lamarre : Ça me préoccupe parce que, sincèrement, je trouve qu'on sait, il faut travailler de façon intense à la prévention. On a parlé un peu plus tôt de tabac, on a parlé de... il y avait eu un projet d'intégrer, dans les GMF, des professionnels comme des nutritionnistes, des diététistes, qui pourraient contribuer, pour nos patients diabétiques, à diminuer les conséquences et donc les coûts. Et je crois qu'on a une vision, souvent, encore une fois, en silo, mais aussi à court terme, et je pense qu'on doit prioriser des activités de prévention qui... et je crois qu'on doit aussi les mettre vraiment dans la vision santé, pas seulement santé publique. Alors, la santé, c'est d'abord la prévention, la préservation de la santé qu'on a à la naissance, et donc j'espère qu'on va avoir, d'une part, la mise en oeuvre de cette politique sur les saines habitudes de vie et qu'on aura un échecancier rapide, encore une fois, pour que tout le monde en bénéficie.

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

M. Barrette : M. le Président, un seul commentaire, puisque la conclusion de l'intervention de la députée de Taillon ne s'est pas terminée en une question, puis c'est correct, là, ce n'est pas une critique, mais je vais en faire une, moi, parce que la députée de Taillon exprime son inquiétude, et on a senti la déception qu'elle ressentait face au financement dans la santé publique qui est dans le budget. Je rappellerai à la députée de Taillon que, ce faisant, elle critique son propre parti parce que nous avons reconduit les budgets qui avaient été déterminés par son propre parti dans les 18 derniers mois. Alors, j'imagine qu'elle aura aussi un examen philosophique à faire à l'intérieur de son parti, puisque nous avons simplement continué dans la foulée de son propre parti.

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

Mme Lamarre : Juste un commentaire. La politique sur les saines habitudes de vie a été qualifiée par plusieurs experts comme une des meilleures politiques de prévention qui a été déposée, et effectivement l'objectif était de bien la mettre en oeuvre.

Je passerais, si vous voulez bien, M. le Président, à des commentaires, à des questions un peu plus régionales que mes collègues... Donc, il me reste, je crois, encore quatre ou cinq minutes, quatre minutes, cinq?

Le Président (M. Tanguay) : Il vous reste 5 min 20 s.

Mme Lamarre : Excellent. Merci. Alors, je sais qu'on a tous des préoccupations globales, mais je pense aussi que ça se traduit bien, ces préoccupations-là, quand on les met dans des contextes de patients, de petits groupes de patients. Alors, dans la circonscription de Marie-Victorin, à Longueuil, il y a un organisme qui s'appelle D'un couvert à l'autre, qui offre du soutien et de l'aide aux personnes qui sont atteintes de schizophrénie. En fait, il s'agit d'une entreprise d'économie sociale qui opère une imprimerie et dans laquelle on donne du travail à une centaine de personnes adultes qui ont un problème de schizophrénie, et ça, ça permet de garder ces gens-là, donc, dans le milieu du travail, de respecter leur dignité, de faire en sorte qu'on évite les dérapages qu'on a vus et qui sont fréquents dans ce type de maladie là, malheureusement, et donc ça favorise aussi une stabilité dans la vie, ça favorise le fait qu'ils restent sous un toit, et on évite des problèmes d'itinérance.

Le problème de ce centre, D'un couvert à l'autre, c'est que leur financement est continuellement aléatoire, et donc on demande à ce que le ministre de la Santé puisse intervenir pour assurer à la centaine de participants la survie D'un couvert à l'autre à long terme. Alors, il y a d'autres services qui existent déjà en Mauricie. Peut-être que notre Service d'intégration au travail, qui remplit à peu près la même mission et qui bénéficie d'un financement permanent... Alors, je crois que ça illustre bien comment, d'une façon simple, mais en assurant une continuité du financement, on peut amener une meilleure garantie de santé pour nos patients, mais également de sécurité et, jusqu'à un certain point, d'économie.

Alors, est-ce que le ministre de la Santé peut intervenir pour assurer que ces personnes pourront avoir... l'organisme D'un couvert à l'autre pourra avoir son financement de façon récurrente?

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

• (20 h 20) •

M. Barrette : M. le Président, écoutez, je partage l'intérêt que la députée de Taillon a pour ce genre d'entreprise d'économie sociale. J'ai moi-même, à plusieurs reprises, eu à aller, dans certains cas, participer et, dans d'autres, visiter ce genre d'entreprise là. Il y en a partout au Québec : il y en a en Abitibi, il y en a ici, il y en a ailleurs. Et c'est vrai, là, que l'importance de ce type d'entreprise là est tout à fait à être soulignée, comme on doit souligner, évidemment, tous

les acteurs qui y travaillent. Et cette implication-là de ces acteurs-là — pas la clientèle, mais évidemment les gens qui mènent ce genre d'exercice là — bien, ça va des fois du bénévolat à une rémunération minimale.

L'économie sociale, au Québec, on sait que c'est quelque chose qui est important, là. C'est 7 000 entreprises au Québec, c'est 150 000 emplois, avec un... c'est un peu mauvais de dire ça, là, mais un chiffre d'affaires, là, de plus de 17 milliards de dollars, ce qui est énorme, compte tenu de notre produit intérieur brut. Alors, c'est clair que l'impact, et l'implication, et les conséquences de l'existence de cette économie sont à être soulignés et à être maintenus.

Maintenant, pour ce qui est du cas spécifique de l'entreprise, que je ne connais pas, mais dont j'imagine la portée pour en avoir vu de similaires, à laquelle... ou plutôt que la députée de Taillon nous présente, bien, je m'engage à en discuter et à transmettre le dossier à ma collègue la ministre déléguée à la Santé et aux Services sociaux... en fait, pas la Santé et... mais la prévention, et ainsi de suite — c'est le plus long titre, je pense, du gouvernement — parce que ça tombe sous sa gouverne et je suis sûr qu'elle sera très sensible à cette situation et qu'on pourra donner suite, après analyse, aux demandes qui sont faites, parce qu'encore une fois, M. le Président, il est clair que l'importance de ce type d'organisme est indéniable.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Pour une dernière minute.

Mme Lamarre : Merci beaucoup. Je peux peut-être ajouter, dans ce dossier-là, qu'il semble qu'il y ait vraiment un aller-retour entre le CSSS et l'agence en termes de responsabilités. Donc, il y a peut-être un travail qui est possible sans trop de difficulté.

J'ai une autre petite question rapide, mais ça fait appel vraiment à nos experts à l'arrière. Dans le dossier de la région de Vaudreuil-Soulanges, il y avait... il y a eu un financement de 7 millions pour un centre ambulatoire. Comme c'est un budget qui est inférieur aux 25 millions, est-ce qu'on peut confirmer que ce 7 millions est toujours disponible? Et, puisque vous êtes toujours dans ça, il y a également un budget de 1 million qui a été octroyé à l'agence pour un plan clinique sous-régional. Les gens sont préoccupés, il y a des besoins importants à remplir aussi à ce niveau-là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la députée. Alors, le bloc de 22 minutes se termine à l'instant. Ça pourra peut-être laisser le temps aux gens du ministère, Mme la députée de Taillon, de vous revenir lors du prochain bloc de 19 minutes pour un complément de réponse, pour une réponse. Alors, si ça vous va, nous allons faire de cette façon.

Nous sommes maintenant rendus à un bloc de 26 minutes provenant des députés de la banquette ministérielle, et, sans plus tarder, je cède la parole au député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Oui, M. le Président. Si vous voulez, je vais continuer mon préambule sur le temps d'attente dans les urgences. On parlait, là, du temps, puis on avait des heures, puis tout ça. Puis ce qui étonne et ce qui crée de la confusion dans la population, c'est que ce n'est pas le seul chiffre qui est véhiculé. En effet, le 11 juin dernier, on apprenait, dans un article de Josée Thibeault, de Radio-Canada, que le vrai temps d'attente moyen aux urgences est de quatre heures. Donc, dans cet article, on pouvait lire : «Depuis 2011-2012, le ministère de la Santé demande en effet aux hôpitaux de fournir la durée moyenne de séjour pour les patients dits "ambulatoires", c'est-à-dire les cas urgents qui doivent être vus très vite ou qui ne nécessitent pas d'être placés sur une civière.

«Pour ces patients, la moyenne entre le triage par une infirmière qui définit le code de priorité et la sortie de l'urgence [était] d'un peu plus de quatre heures en 2013-2014.

«Bon an, mal an, les salles d'urgence du Québec reçoivent près 3,5 millions de visites. De ce nombre, près de sept personnes sur 10 [...] sont cataloguées "ambulatoires".»

Les réactions dans les médias et sur les réseaux sociaux ont été mitigées. Quel chiffre est bon? Quatre heures, ça semble peu. Or, la confusion atteint un paroxysme lorsque l'on reprend un article qui a été publié en août 2013, et là, M. le Président, c'est là que le bât blesse le plus. Alors, dans cet article, publié le 8 août 2013 dans le quotidien *La Presse*, on apprend qu'au Québec on fait plutôt face à un délai moyen d'attente de deux heures aux urgences. L'article se lit comme suit : «Plusieurs dénoncent le temps d'attente dans les [...] urgences du Québec. Pourtant, si on en croit les données publiées sur le site Internet du ministre de la Santé et des Services sociaux[, M.] Réjean Hébert, le délai moyen global d'attente a été de deux heures et deux minutes précisément entre le 2 et le 29 juin 2013 au Québec.

«Le document, intitulé *Attente dans les urgences : Moyenne par jour, par établissement et par priorité pour le mois de juin*, présente un tableau dans lequel le temps entre la fin du triage et la prise en charge médicale du patient est affiché selon l'établissement, la région et la priorité du patient.

«La région de Chaudière-Appalaches s'est démarquée lors de cette période avec un temps d'attente moyen de 43 minutes, alors qu'à l'opposé les patients de Lanaudière ont dû attendre 4 h 24 min en moyenne.

«[...]On peut aussi y comparer le temps moyen avec la [normale] du ministère, qui varie d'aucune attente, lorsque le patient est classé "priorité 1", à 2 heures lorsqu'il est classé "priorité 5", de l'autre côté du spectre.

«La moyenne québécoise pour les premiers était de sept minutes alors qu'elle était de 1 h 39 min pour les patients classés au cinquième échelon, ce qui est, étonnamment, moins long que pour les patients classés au quatrième et au troisième échelon.»

Alors là, on est rendus avec un délai moyen d'attente dans les urgences de 2 heures. Vous comprendrez que ça semble un peu... ce n'est pas compréhensible comme chiffres. La population mérite d'avoir l'heure juste, et c'est le cas de le dire.

Ma question, M. le ministre : Alors, M. le ministre, devant cette confusion et tous ces chiffres qui sont véhiculés à propos du temps d'attente dans les urgences, pouvez-vous remettre les pendules à l'heure? Est-ce que c'est deux heures, quatre heures ou bien 16 heures, le délai d'attente moyen? Pouvez-vous nous démêler dans tout ça?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député de Saint-Maurice. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, à la lecture de la question du député de Saint-Maurice, on peut comprendre que ça soit mélangé pour les gens qui ne sont pas à tous les jours impliqués dans le réseau, et, je le reconnais, ça devient compliqué.

M. le Président, s'il y a consentement de l'opposition, est ici présent avec moi le directeur de la direction nationale des urgences, Dr Lefrançois. Dr Lefrançois a transcendé les partis, là, il est là depuis un certain temps, là...

Une voix : 25 ans.

M. Barrette : ...25 ans, et il est actif dans la gestion, et la planification, et à l'évaluation de ce qui se passe dans les urgences et participe très activement à la détermination des modèles qui permettent de faire des mesures et qui entraînent tant de confusion, même chez nous des fois, M. le Président. Alors, je l'inviterais à... «Chez nous», là, je veux dire, «chez nous», je parle de moi-même, là, parce que mes collègues, eux autres, ils ne sont pas mélangés. Alors, je l'inviterais à faire quelques commentaires s'il y a consentement de l'opposition, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, est-ce que nous avons consentement pour entendre... Oui. Alors, je vous demanderais, s'il vous plaît, de nous redire votre nom, vos fonctions, et après la parole sera à vous.

• (20 h 30) •

M. Lefrançois (Daniel) : Bonjour. Bonjour, M. le Président. Je suis Daniel Lefrançois. Je suis directeur national des urgences. Je suis aussi urgentologue croyant et pratiquant depuis 34 ans maintenant.

Grossièrement, on a... Effectivement, je pense que la question fait référence à de nombreux chiffres, et je crois que l'appréciation de nos performances ont été quelque peu ternies par une mauvaise compréhension de ces chiffres-là. Tous les chiffres qui ont été mentionnés sont vrais, le problème, c'est de l'associer à la bonne étape de la prise en charge.

Premièrement, actuellement, on peut effectivement dire que le délai moyen de prise en charge... On va les faire de façon séquentielle pour être bien clairs et être bien compris. Lorsque vous arrivez à l'urgence, vous vous inscrivez au triage, c'est le temps zéro. Entre ce temps zéro et le moment où vous voyez le médecin, c'est ce qu'on appelle, dans notre jargon et dans nos bases de données, le temps de prise en charge. Ce temps de prise en charge moyen pour l'ensemble des priorités toutes confondues est autour de deux heures. Évidemment que, selon l'établissement, ça peut varier : certains sont plus rapides et certains sont plus lents, dépendant de l'achalandage, dépendant des heures de la journée ou dépendant des journées de la semaine.

Ensuite, ce qu'il faut regarder, c'est que nos durées moyennes de séjour sont séparées entre... Maintenant, on a trois durées moyennes de séjour parce qu'on s'est toujours, dans le passé... On a fait un choix, il y a plusieurs années, de calculer, essentiellement, la durée moyenne de séjour des patients couchés sur civière, qui est notre population la plus lourde et celle qui est la plus visible. Lorsqu'on fait référence à 16 h 43 min, qui était notre performance, bien ça, la performance, c'est les... le temps d'attente avant congé, c'est-à-dire qu'en 16 h 43 min vous êtes au triage et ensuite vous avez congé ou vous êtes admis à l'hôpital; c'est... vous sortez de l'urgence quand vous êtes couché sur civière. Ça, c'est la clientèle lourde et couchée, qui correspond, en gros, au tiers de notre clientèle, là, des 3,5 millions de visites que nous avons annuellement dans les salles d'urgence du Québec.

L'autre donnée qui s'est ajoutée cette année... parce que nos bases de données ont évolué, parce que les deux tiers de notre clientèle sont la clientèle ambulatoire, c'est-à-dire les entorses, petites plaies, etc., rhumes, gripes, bronchites, petites crises d'asthme, des choses comme ça. Grossièrement, cette clientèle-là a une durée moyenne de séjour de 4 h 22 min. Donc, ce n'est pas la même clientèle. Ce qui fait que, lorsqu'on combine l'ensemble des clientèles qui se rendent à l'urgence, c'est-à-dire l'ambulatoire à deux tiers, et les patients sur civière à un tiers, on a un délai d'attente moyen, c'est-à-dire avant congé... Puis, quand on parle de délai d'attente, ce n'est pas attendre pour voir les médecins, c'est bien important de le comprendre, la seule... c'est 8 h 16 min pour évaluation, c'est-à-dire : inscription au triage et congé. C'est 8 h 16 min que ça dure, en moyenne, pour l'ensemble du Québec. Ce congé-là peut être une admission, ou peut être un retour à domicile, ou une réorientation, par exemple, dans une clinique qui a une entente avec l'urgence, ou pour un suivi extérieur, ou des choses comme ça.

Ça fait que, grossièrement, il y a quatre temps importants après l'inscription; notre temps zéro est toujours l'inscription : le délai de prise en charge, qui est celui au moment où vous allez voir le médecin; si vous êtes en ambulatoire, le moment où vous allez avoir votre congé; si vous êtes sur civière, le moment où vous allez avoir votre congé sur civière; et ensuite on agglomère le tout puis on fait une durée moyenne de séjour globale qui est plus employée à l'extérieur du Québec, dans d'autres provinces du Canada.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le député de Saint-Maurice, je crois que vous avez une question complémentaire.

M. Giguère : Première des choses, ça nous éclaire beaucoup sur le temps d'attente. Donc, c'est bien. Oui, j'avais une question complémentaire. J'aimerais savoir comment vous comptez améliorer la situation pour continuer à faire baisser la durée moyenne de séjour et désengorger les urgences au Québec.

M. Barrette : M. le Président, peut-être que je vais prendre le relais ici. Il y aura peut-être une question subsidiaire qui pourrait être adressée au Dr Lefrançois. Mais, pour ce qui est de la baisse de la durée moyenne de séjour, tant chez

la clientèle ambulatoire que la clientèle qui est couchée sur civière, j'y ai fait référence à plusieurs reprises, évidemment, dans les deux derniers jours, et j'ai bien dit, et je le réitère, et je pense que Dr Lefrançois sera d'accord avec moi : Tant qu'il n'y aura pas une meilleure organisation et une meilleure capacité à l'extérieur de l'hôpital, ça va être difficile de faire baisser la durée moyenne de séjour dans certaines clientèles. Et je fais référence ici particulièrement à la clientèle ambulatoire.

Maintenant, quand on regarde — et je l'ai dit aussi précédemment puis je le réitère — les efforts qui ont été fournis dans le réseau pour baisser la durée moyenne de séjour des patients couchés sur civière, il y a des résultats qui sont quand même spectaculaires dans certains hôpitaux. Et, sans minimiser, encore une fois, ces efforts-là, c'est le genre de sujet qui fait en sorte qu'on arrive parfois, après une première ou une deuxième étape, à une étape encore plus difficile.

C'est un peu, là... Si vous me permettez l'analogie, M. le Président, M. le député de Saint-Maurice, c'est un peu, par analogie, le mont Everest, là. C'est fatiguant, là, monter au pied de la montagne puis c'est fatigant, monter les paliers. Et, ne l'ayant jamais fait, je peux imaginer... et ne le ferant jamais, je peux vous le garantir, on sait tous, par les gens qui l'ont fait, que le dernier niveau est le plus difficile. C'est le niveau où il y a moins d'oxygène. C'est le niveau qui, par ces circonstances-là, extrêmement intenses et aiguës, fait en sorte que l'alpiniste a beaucoup de difficulté à se rendre en haut. Et on sait, par tous les reportages qui ont été faits, que beaucoup de gens font la base, le premier palier, le deuxième palier, mais ce n'est pas tout le monde qui se rend en haut.

Alors, dans la catégorie de la durée moyenne de séjour pour les civières, parce que ça implique le fonctionnement du reste de l'hôpital et/ou la capacité qu'a l'hôpital à déplacer des patients qui sont sur la civière, qui aujourd'hui se voient déplacés d'une civière à l'autre, là, souvent, là, la stratégie qui est en place, d'ailleurs qui avait été mise en place par mon prédécesseur, a été de soulager l'urgence en déplaçant les patients qui étaient sur une civière à l'urgence à une civière dans un couloir d'hôpital. C'est mieux. Ce n'est pas parfait, ce n'est pas une chambre, ce n'est pas le fun, il y a le même néon au plafond. C'est aussi désagréable, mais c'est moins pire et moins risqué que d'être couché sur une civière surchargée dans un environnement que je ne qualifierai pas à quel point on peut le critiquer.

Alors, cette étape-là, qui nécessite une coordination, des investissements et une façon de faire qui est plus difficile, c'est la dernière étape. Elle est très difficile, celle-là. Ça ne veut pas dire qu'on ne va pas tout faire pour s'adresser à cet élément-là, mais je conclurai en disant que, pour finir par résoudre cette problématique-là, bien, il faut agir sur plusieurs éléments, dont celui de l'accès à l'extérieur de l'hôpital et celui à certaines ressources dédiées pour permettre aux urgences achalandées de pouvoir déplacer des patients qui sont sur civière dans, idéalement, des endroits plus appropriés pour cette clientèle-là, ces patients-là. Je n'aime pas ça, clientèle, quand on parle de gens qui sont malades. Et là je parle, par exemple, d'une unité d'hospitalisation brève, de choses comme ça qui demandent des ajustements physiques qui ne sont pas présents dans tous les hôpitaux, mais il y a des choses à faire. Et je fais simplement conclure en disant que cette partie-là, là, elle est difficile, mais elle est faisable.

Peut-être, Dr Lefrançois, si vous voulez rajouter... Si vous me le permettez, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, oui. Voulez-vous rajouter quelque chose?

M. Lefrançois (Daniel) : Au cours des quatre dernières années, on a évidemment visité l'ensemble des centres qui étaient les plus problématiques en termes d'engorgement, et effectivement les liens à l'externe sont en train d'être travaillés, je pense, de façon assez importante.

L'autre chantier qui est important, c'est effectivement d'améliorer notre fluidité interne et l'accès aux lits à l'interne des centres hospitaliers. Pour ça, il y a des habitudes à changer et il y a beaucoup de... il y a des façons de faire aussi. Mais la preuve est qu'actuellement, bien que l'on qualifie notre objectif de 12 heures parfois de non réaliste, il y a quand même une trentaine d'établissements qui ont atteint cet objectif-là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Oui. J'aurais une dernière question, parce qu'on a parlé précédemment qu'une nouvelle banque de données au niveau des urgences est en préparation au ministère de la Santé et des Services sociaux. Qu'est-ce que c'est que la BDCU, la nouvelle Banque de données communes des urgences? Qu'est-ce que ça va mesurer? En quoi est-ce différent de ce qui existe déjà? Est-ce que ça va nous permettre de nous comparer au reste du Canada et en ce qui concerne les délais moyens d'attente dans les urgences?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le directeur.

M. Lefrançois (Daniel) : La BDCU est notre dernière banque de données, si on veut, dans laquelle on est en train de finaliser la mise au point, on est en train de valider les données sur les deux dernières années pour s'assurer que la mise en disponibilité de ces données-là reflète bien la réalité.

L'objectif et le fondement... la question fondamentale de ce que cette banque de données là fait et ce que les autres ne faisaient pas, c'est que nous enregistrons l'ensemble des épisodes de soins de tous les patients. À ce moment-là, nous pouvons avoir une base de données qui nous permet une comparaison beaucoup plus objective que ce que nous faisons avant, avec les données, par exemple, que l'ISIS va donner ou que l'Ontario donne sur, à la fois, les temps d'attente, les temps de prise en charge et la façon qu'on a, par priorité, par maladie, par toutes sortes de problèmes. On a beaucoup... je dirais, une capacité d'analyse de loin supérieure à ce qu'on avait avant.

Où on en est actuellement? C'est qu'on est en phase de validation. Le travail est avancé, mais pas encore tout à fait terminé.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Maintenant, j'invite le député de Maskinongé à poser une question.

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, bonsoir, chers collègues. M. le Président, comme vous le savez, au cours de la dernière décennie, les trois projets majeurs des CHU de Montréal, soit Sainte-Justine, le CUSM et le CHUM, ont fait beaucoup couler d'encre et ont fait l'objet de nombreuses annonces. En 2009, le directeur exécutif du bureau des projets de modernisation des CHU montréalais tenait une conférence de presse où il dévoilait la totalité des budgets d'immobilisations associés aux trois projets des CHU montréalais. Le chiffre dévoilé à cette époque, soit 5,2 milliards de dollars, se voulait le total des budgets d'immobilisations inscrit au PQI pour les trois hôpitaux et les deux centres de recherche qui sont sur le point d'être construits. Or, au cours des dernières semaines, on apprenait que ce chiffre avait grimpé à tout près de 7 milliards de dollars.

Ma question, M. le Président, s'adresse au directeur exécutif du bureau des projets de modernisation des CHU montréalais. Je tiens à ce qu'il nous explique, avec toutes les nuances requises, l'écart de 1,8 milliard de dollars qui sépare le budget total des trois CHU annoncé en 2009 du montant de 7 milliards de dollars dévoilé à l'été 2014. S'agit-il, M. le Président, comme les premières impressions le laissent croire, d'un dépassement des budgets, ou, au contraire, de la même réalité, mais calculée en fonction des règles comptables différentes, ou tout simplement, M. le Président, s'agit-il de l'écart entre un portrait sommaire et incomplet de l'ampleur des projets et du total des investissements une fois toutes les composantes autorisées et intégrées au total? J'aimerais avoir des réponses, M. le Président.

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

• (20 h 40) •

M. Barrette : M. le Président, M. le député de Maskinongé, je pense que ce serait très utile pour tout le monde ici et ceux qui nous écoutent, une fois pour toutes, de faire le point sur cet élément qui est complexe. Et la question, je pense, est bien posée parce qu'il y a toutes sortes de chiffres qui circulent. C'est un peu une situation qui est le miroir de ce dont on parlait pour l'urgence. Beaucoup de chiffres circulent, et les explications ne sont pas toujours claires, même les miennes, dans une certaine mesure. Et on sait qu'en Chambre, de façon répétitive — c'était tout à fait correct, là, je ne fais pas la critique de la chose — la question de la députée de Richelieu est revenue régulièrement sur ce sujet.

Et, pour faire le point, d'une façon peut-être définitive pour tout le monde qui est présent dans cette salle, je me suis assuré de la présence du directeur exécutif de la gestion des grands projets des hôpitaux universitaires de Montréal, la présence du directeur, qui est dans ce dossier-là, M. le Président, quasiment depuis le temps où j'étais résident, là. Non, sérieusement, là, je n'exagère pas, M. le Président, là. Ce n'est pas une blague, là, ça fait longtemps, là. Alors, il est directeur exécutif, et il est évidemment au fait, d'une part, de toute la comptabilité de la chose et de l'identification desdits montants, et il peut vous en faire part, ça fera le point. Évidemment, avec le consentement de l'opposition officielle.

Le Président (M. Tanguay) : Est-ce que nous avons le consentement pour entendre M. le directeur ou... Alors, pouvez-vous, s'il vous plaît, vous nommer, préciser votre titre? Et la parole sera à vous.

M. Gignac (Clermont) : Clermont Gignac. Je suis le directeur exécutif du programme de construction et modernisation des trois CHU à Montréal.

Première des choses, reportons-nous en 2009, je pense que c'est une bonne date de report. Les programmes fonctionnels et techniques du CHUM et du CUSM n'étaient pas complètement finalisés. C'est des projets d'une importance énorme. Je pense qu'actuellement on doit être fiers d'avoir... d'après ce que les grands équipementiers médicaux comme General Electric, Philips disent, ce sont les plus grands investissements dans le domaine hospitalier au monde, actuellement, dans la même ville. Donc, je pense que c'est des projets très complexes, et ceux du CHUM et du CSUM n'étaient pas finalisés, alors que le budget du CHU Sainte-Justine, lui, était en développement. Donc, gardons ça dans la perspective en 2009.

On a tout complété avec toutes les équipes cliniques et non cliniques, et, par la suite, il y a eu des budgets définitifs qui ont été arrêtés. Il y a eu une évaluation des budgets, et des ajustements de 772 millions... 770 millions ont été faits, ont été discutés avec le ministère, avec le Conseil du trésor et finalement adoptés par décret par le gouvernement, et ça a établi le budget à ne pas dépasser.

En 2009, il n'y avait aucun contrat de signé, première des choses. Les coûts de construction inclus étaient estimés, puis, après la signature des contrats, on a pris... chaque soumissionnaire avait la ventilation de son prix. Mais, si vous vous souvenez, la définition d'une approche en partenariat privé-public inclut beaucoup d'éléments. Il y a les éléments de financement temporaire, financement permanent. Ça inclut l'entretien, maintien pendant 30 ans. Donc, tous ces coûts ont été regardés, ont été analysés, puis il y a eu un ajustement sur les quatre projets — parce qu'on parle des trois CHU, mais, au CHUM, il y a le centre de recherche et le centre hospitalier, donc il y avait quatre contrats — il y a eu un ajustement, en fonction des prix des soumissionnaires, de 364 millions de dollars.

Et, depuis que les contrats ont été signés, dans chacun, aucune dépense additionnelle n'a été demandée ou autorisée par le gouvernement du Québec, aucune. Le budget s'est terminé là. Et depuis... ce qui est très important : dans l'article qu'on a vu, à un moment donné, on parlait de 6,3 milliards qui avaient été annoncés puis que c'était rendu à 7 milliards. Il y avait un 600, 700 millions d'ajoutés. Ce sont des règles comptables et techniques au Conseil du trésor qui ont eu pour effet d'ajouter ces sommes-là. Je vais vous expliquer, M. le Président. Il y a deux éléments, qui composent ce 600, 700 millions là, d'ajustements comptables et techniques, mais sans que ça ne coûte un sou aux citoyens du Québec.

La première, c'est que, dans les règles du jeu, ils ajoutent tout l'aspect des composantes autofinancées, et les composantes autofinancées, ce sont les stationnements et les aires commerciales dans les centres hospitaliers. Et ça doit, par définition, être autofinancé : les stationnements, par les usagers, et le gouvernement ne paie pas un sou; et la partie

commerciale, le gouvernement ne paie aucun. Donc, seulement que ces deux éléments-là, ça totalise 455 millions de dollars. Donc, c'est un ajustement comptable et technique, mais ça ne coûte pas une cent de plus.

L'autre partie, l'autre composante, c'est la composante de ce qu'on appelle la taxe, la TVQ nette. TVQ nette, c'est que, dans les règles comptables, on demande d'ajouter la TVQ, mais, d'un autre côté, le ministère des Finances la reprend. Donc, c'est une entrée, c'est une sortie, c'est un ajustement comptable. Donc, c'est cette deuxième composante là qui totalise le 760 millions de dollars. Et donc ça montre qu'il n'y a aucun dépassement de coûts. C'est strictement des ajustements qui ont été faits, ont été acceptés par le Conseil du trésor, par le Conseil des ministres. Ça a été annoncé, et je me souviens que, moi-même, j'ai expliqué, voilà quelques années, ces ajustements-là en Commission de l'administration publique. Donc, il n'y a rien de caché, tout a été transparent et annoncé. Donc, ça, c'est le premier... Ça, c'est en réponse à votre question.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Gignac. M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Oui. Mais, écoutez, je ne sais pas si c'est l'heure tardive ou bien si c'est moi qui... parce que, écoutez, c'est des gros chiffres, on joue tout de même dans l'argent... le portefeuille des Québécois, des Québécoises à la maison, et je pense, c'est important de faire le point clairement sur cette question. Vous savez, M. le Président, on s'est questionné, bon, ça a fait couler beaucoup d'encre, les gens...

Donc, si j'ai bien compris ce que vous nous avez expliqué, monsieur, la majeure partie du total du dépassement de coûts ou du montant de la différence — parce que ce n'était pas un dépassement de coûts, vous nous avez bien spécifié — donc, la différence entre le montant du départ, de 2009, au montant 2014, c'est de l'argent qui n'est pas lié et qui ne sera pas imputé à l'argent des contribuables. Donc, c'est de l'argent qui soit s'autofinance ou soit est dû à l'actualisation ou au nouveau calcul, je pense, si j'ai bien compris.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, M. Gignac, il reste 1 min 20 s, mais vous aurez... nous aurons, dans cette commission, pour le gouvernement, un autre bloc. Alors, pour encore 1 min 15 s à peu près.

M. Gignac (Clermont) : O.K. Pour bien préciser, M. le Président, deux éléments... Il y a la dernière partie de mon intervention, quand je vous parle de l'ajustement comptable mécanique, 700 millions, ça ne coûte pas une cent de plus, c'est déjà tout financé.

La partie que j'ai mentionnée, qui est à peu près 700 millions quelques, qui est... que je vous ai dit, ce n'étaient pas des dépassements, c'étaient des ajustements qui avaient été faits lorsque tous les programmes ont été complétés : programme clinique, programme fonctionnel technique. C'est un ajustement, ça a été voté, ça a été accepté par décret par le gouvernement et annoncé voilà quelques années. Donc, il n'y a rien de nouveau, ce sont tous des ajustements, et, depuis ce temps-là, on a signé des... on est allés en appel d'offres, on a signé des contrats, et il n'y a aucune cent qui a été ajoutée depuis ce temps-là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Pour encore 15 secondes.

M. Plante : Donc, vous nous confirmez officiellement qu'il n'y a eu aucun dépassement de coûts.

M. Gignac (Clermont) : Non.

M. Plante : Merci beaucoup. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, ceci met fin, à quelques secondes près, à ce bloc de 26 minutes. Nous en sommes maintenant venus au dernier bloc dévolu à l'opposition officielle, un bloc de 19 minutes. Et je reconnais à l'instant la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'ai encore deux situations un peu plus précises sur lesquelles je voudrais attirer l'attention. Donc, il y a l'agrandissement de la Résidence Gustave-Gauvreau, à Sept-Îles, un agrandissement qui était prévu depuis 2005, qui avait déjà, à ce moment-là, été considéré comme essentiel en raison de conditions de vie déplorables de 35 patients âgés, qui sont quatre par chambre, avec pas d'intimité, encombrement pour le personnel et risques de blessures et de chutes.

Je voudrais simplement savoir si ce projet-là, qui ne totalise pas 50 millions, est encore inscrit au PQI, et son échéancier.

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

M. Barrette : M. le Président, serait-il possible de passer à la prochaine situation pendant que les membres de mon équipe sortent la documentation qui me permettra de répondre précisément à la question de Mme la députée?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, tout à fait. Mme la députée.

• (20 h 50) •

Mme Lamarre : Parfait. Et le dernier dossier, plus circonscrit, mais il est quand même très pertinent aussi, c'est le... Dans la région des Laurentides, circonscription de notre collègue de Labelle, se trouve l'hôpital de Rivière-Rouge.

C'est un hôpital qui n'a pas de scan, mais la fondation de l'hôpital a offert d'en acheter un, et l'hôpital attend l'autorisation du ministre pour procéder à l'achat en raison des coûts récurrents occasionnés, évidemment, par, après ça, l'usage du scan.

Est-ce que le ministre peut nous dire s'il s'engage à autoriser l'hôpital et la fondation à procéder ou, du moins, à répondre à notre collègue dans les plus brefs délais, puisqu'il semble qu'il y a... vous avez eu des échanges depuis quelques semaines sur ce sujet-là?

Le Président (M. Tanguay) : Bon. Oui, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je vais commencer par donner la réponse à la première question, si vous n'avez pas d'objection. Alors, le centre en question, donc Gustave-Gauvreau, de Sept-Îles, alors ce centre est actuellement effectivement au PQI et est à l'étape de la planification. Alors, normalement, il devrait se réaliser dans la période 2014-2024.

Maintenant, pour ce qui est de la deuxième question, alors, évidemment, je suis bien au fait de cette situation, parce que le collègue de la députée de Taillon, le député de Labelle, me fait part de la situation qui est celle, évidemment, qui a été évoquée par la députée de Taillon. Nous en sommes évidemment à terminer une analyse de la situation parce que, des fois, ce sont des situations difficiles. Oui, la population s'est rassemblée pour faire des levées de fonds, puis c'est tout à fait remarquable de la part de la population. Maintenant, comme la députée de Taillon y a fait référence avec justesse, il y a une question de coûts récurrents qui vient avec ça, une question de locaux, d'installation, de personnel et donc, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, de justification par les volumes de l'installation de cet appareil.

Ceci dit, M. le Président, il va de soi que, si les volumes y sont, je ne vois pas d'objection à ce qu'on aille de l'avant. Compte tenu de la séance intensive que nous venons de terminer, je dois vous avouer qu'on a été un petit peu pris dans le feu roulant parlementaire et des crédits, qui a fait en sorte qu'on n'a pas terminé l'analyse, mais ça sera fait sous peu, Mme la députée, M. le Président, et, spontanément, là, je suis assez favorable, comme je l'ai dit au député de Labelle, à ce projet.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Pour la Résidence Gustave-Gauvreau, est-ce qu'on peut avoir une idée de l'échéancier, puisque les gens attendent depuis 2005?

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

M. Barrette : M. le Président, je rappellerai quand même à la députée de Taillon que, dans cette région-là, il y a quand même accès à des services de tomodensitométrie à Mont-Laurier et, plus au sud, dans la région, évidemment, de Sainte-Agathe, Saint-Jérôme, et ainsi de suite. Il y a un accès, évidemment, qui implique malheureusement des déplacements, et on connaît la problématique du transport. Oui?

Mme Lamarre : C'était pour Sept-Îles.

M. Barrette : Ah! excusez-moi.

Mme Lamarre : C'était pour Sept-Îles.

M. Barrette : Ah! excusez-moi, j'ai mal compris. Excusez-moi, je suis désolé.

Mme Lamarre : C'est la Résidence Gustave-Gauvreau.

M. Barrette : Alors, pour ce qui est de l'échéancier, actuellement, ce qui est inscrit au PQI est octobre 2015, Mme la députée.

Mme Lamarre : Je vais transmettre l'information. Merci.

M. Barrette : Pour la prochaine étape, ce qu'on appelle la prochaine étape étant l'appel d'offres, comme vous le savez, après la planification. Alors, octobre 2015, ce n'est pas la livraison, évidemment, des locaux rénovés, mais bien sûr... Là, je ris, M. le Président, parce qu'après 12, 14 heures de crédits, à un moment donné, on peut perdre le fil pendant un instant, là. Je suis désolé, Mme la députée.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci. J'ai un dossier qui préoccupe beaucoup les Québécois et qui, malgré nous, je pense, a fait surface, tout le dossier de la santé mentale. Le Québec a été bouleversé par de nombreux événements qui traduisent, je pense, une difficulté dans l'accompagnement adéquat de nos personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

En août 2012, le précédent ministre a publié l'évaluation de l'implantation du PASM, là, qui était un plan de santé mentale. Il y a eu un forum national sur le plan d'action qui a eu lieu en janvier 2014. On le voit, là aussi, il y a vraiment des besoins. Il y a déjà, par contre, dans ce dossier-là, des budgets qui sont substantiels, qui étaient là. En 2011-2012, on

avait 1 158 000 000 \$; en 2012-2013, on avait 1,2 milliard de dollars... je m'excuse, c'est 1,1 milliard, et 1,2 milliard en 2012-2013. J'ai dit que c'était substantiel, mais, là encore, je pense que l'investissement qu'on fait auprès de ces patients-là est très... On doit faire appel à des équipes interdisciplinaires, et ça prend beaucoup d'accompagnement, mais tout ça pour le bénéfice de tous. On a demandé le chiffre pour 2013-2014 et on ne l'a pas eu. Est-ce que c'est possible?

Une voix : 2014-2015.

Mme Lamarre : 2014-2015, pardon.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, monsieur...

Mme Lamarre : Donc, qu'est-ce qui reste en santé mentale dans le budget pour 2014-2015? On ne l'a pas trouvé ou on ne l'a pas... Est-ce que vous pouvez me le confirmer?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je vais commencer ma réponse parce qu'elle fait... Mme la députée fait référence à un certain nombre d'éléments pour lesquels je vais ajouter quelques commentaires en attendant qu'on me sorte la ligne budgétaire exacte, là, pour l'année 2014-2015.

Alors, le Plan d'action en santé mentale, M. le Président, on se rappellera que le premier plan a été mis en place par notre gouvernement à l'époque, en 2005, le plan étant le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, qui était un plan qui était rendu nécessaire pour des raisons qui ont été bien évoquées par la députée de Taillon. La santé mentale, c'est une problématique qui est importante puisqu'elle touche... elle touche, pardon, à un moment ou à un autre, jusqu'à 25 % de la population. Alors, c'est quelque chose qui est très significatif et, en plus, c'est quelque chose qui demande une logistique et un soutien qui n'est pas négligeable.

Alors, c'est un peu la raison pour laquelle le Plan d'action en santé mentale avait été mis en place en 2005-2010, qui, effectivement, comme la députée de Taillon l'a mentionné, a été évalué, revu et analysé récemment. Et la conclusion a été que le plan d'action de 2005-2010 n'avait pas atteint tous les objectifs qui avaient été fixés, d'où la nécessité de représenter un plan d'action pour la prochaine période. Et ce Plan d'action en santé mentale est actuellement en rédaction et sera présenté dans les prochains mois. Mais il y aura une mise à jour, là, du plan d'action avec de nouveaux ajustements et de nouvelles actions qui seront prises et qui seront divulguées en temps et lieu.

Maintenant, pour ce qui est de la ligne budgétaire, je ne sais pas si je peux avoir le chiffre maintenant...

Une voix : ...

M. Barrette : Alors, malheureusement, on n'a pas accès à ce chiffre-là, pas parce qu'on ne les a pas ici, mais parce qu'ils sont dépendants de l'analyse des états financiers qui vont sortir la semaine prochaine. La dernière année qui est disponible est de 2012-2013, et le montant, à cette époque, était de 1 214 000 000 \$. Alors, il était, l'année d'avant, 2011-2012, de 1 158 000 000 \$ et, l'année d'avant, de 1 093 000 000 \$.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, effectivement, ce sont les chiffres de 2012-2013. Est-ce que je peux demander au ministre de déposer les chiffres quand ils seront disponibles pour qu'on puisse s'assurer...

Je dois quand même dire que les réalités en santé mentale de 2005, le plan de 2005-2010, qui n'a pas été retouché entre 2005-2010, et 2014-2020... Et je pense que tous les Québécois sont capables de concevoir que les réalités en santé mentale sont beaucoup plus présentes dans le quotidien de chaque personne. On connaît tous maintenant des gens, plusieurs personnes, qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale. Et je dirais qu'en particulier ce qui est frappant, c'est beaucoup comment ces maladies touchent maintenant les très jeunes et comment également nos mesures d'intervention doivent être précoces, parce qu'elles sont déterminantes sur l'issue de l'autonomie de ces gens-là, et de leur sécurité, et de leur qualité de vie et, évidemment, de celle de tous leurs proches aidants.

Alors, le Québec a le triste record d'un très haut taux de suicide, et je pense que le dépistage précoce des problèmes de santé mentale chez les jeunes est une réalité à laquelle maintenant les données probantes nous confirment cette réalité-là et la valeur ajoutée d'intervenir tôt. Alors, je nous incite donc à vraiment... Je vous incite à tenir compte de cette réalité-là. Et, encore une fois, je crois qu'on peut tous faire des souhaits, mais la façon pour que ça se réalise, c'est qu'il faut qu'un plan soit déposé et qu'il y ait un échéancier. Et je fais appel au ministre. Est-ce que vous êtes capable de me donner un échéancier pour le dépôt du Plan d'action en santé mentale?

• (21 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Oui. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, évidemment, le Plan d'action en santé mentale est intitulé le plan 2014-2020, et, par définition, le plan, le nouveau plan sera déposé en 2014. Alors, je peux au moins assurer la députée de cet élément-là. Et encore une fois je renchéris sur les propos qu'elle a faits, qu'elle a posés quant à la précarité et la difficulté qu'une grande partie de la population vit en termes de santé mentale. On souscrit. On est tout à fait d'accord avec cette position-là.

M. le Président, amicalement, je rappellerai... ou j'exprimerai mon regret que la députée de Taillon n'ait pas été membre de son gouvernement dans les 18 derniers mois. Je suis sûr qu'elle aurait été une voix qui aurait commenté certainement très négativement le transfert de fonds qui a été fait par mon prédécesseur à partir de la lutte contre la stigmatisation associée à la santé mentale vers une campagne de publicité inutile sur l'assurance autonomie. On sait qu'il y a des gens qui souffrent de santé mentale. D'ailleurs, c'est le thème des publicités télévisées que l'on voit, vivre cette difficulté-là de santé mentale difficilement sur la place publique, et la stigmatisation de ces gens-là est un problème réel. Et il aura été très dommage que la députée n'ait pas été membre de ce gouvernement-là pour rappeler à mon prédécesseur que passer... de transférer des budgets d'une campagne de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation des citoyens affectés par un problème de santé mentale vers une campagne de publicité inutile ait été fait.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : M. le Président, j'aimerais que le ministre ne me prête pas d'intentions à ce moment-ci. Je pense que la santé mentale est importante, mais je pense également que le soutien aux personnes à domicile et leurs proches aidants est une réalité qui nous frappe de plein front, tous, et pour laquelle il faut prendre des mesures rapidement, parce qu'on a des mesures préventives qui peuvent être efficaces et qui peuvent, encore une fois, faire en sorte que, si on accompagne bien ces gens-là, on évitera des recours à des CHSLD où les places coûtent très, très cher. Ça peut coûter jusqu'à 80 000 \$ par année pour avoir une personne en CHSLD. Alors, je pense que les mesures qu'on veut mettre — et qui sont urgentes également — de soutien au domicile sont déterminantes pour que les personnes âgées puissent espérer vivre en sécurité dans leurs maisons, vivre le plus longtemps possible, et tous, nous allons en bénéficier. Donc, je n'opposerais pas ces deux dossiers-là. Je les considère importants et prioritaires.

Un dernier point, un dossier du CUSM par rapport à une patiente du Koweït qui a fait l'objet d'une intervention de la Protectrice du citoyen, Mme Raymonde Saint-Germain. On sait que le Protecteur du citoyen n'intervient pas inutilement, et, dans ce cas-ci, elle a vraiment fait une recommandation qui disait qu'un hôpital ne devrait pas pouvoir transférer ses obligations et responsabilités à une compagnie privée. Alors, est-ce que le ministre se dit d'accord avec les recommandations du Protecteur du citoyen? Quel échéancier se donne-t-il pour les mettre en place?

Et, si je faisais un petit lien avec, tantôt, la présentation qu'on a eue sur le CUSM et sur le CHUM, je pense que, les questions de ma collègue de Richelieu lorsqu'on a demandé au ministre ce qu'il ferait, si j'essaie de me mettre à la place des Québécois dans leurs maisons, il y a eu des écarts importants qui ont été faits de façon frauduleuse, à ce moment-ci, c'est ce qu'on présume, dans ces contrats, et le message qu'on voudrait entendre, ce n'est pas que la police va s'en occuper, c'est qu'est-ce que, comme bon père de famille, on va prendre comme mesures préventives de surveillance, de rigueur pour ne pas que ça se reproduise. Parce que moi, quand j'entends qu'on doit attendre l'UPAC, je me dis : Ça veut dire qu'on laisse faire les choses et on espère que, s'il y a un autre scandale, ce sera l'UPAC. Je pense que ce n'est pas ce que ma collègue voulait entendre et ce n'est pas non plus ce que les Québécois veulent entendre. On veut entendre des gens qui vont dire : Écoutez, ce sont des projets méga, des projets vraiment d'une ampleur exceptionnelle. Pour les Québécois, c'est un investissement énorme, et ça nécessite une rigueur particulière, des équipes de veille qui vont s'assurer qu'il n'y aura aucune dérogation et qui seront vraiment très, très présentes.

Alors, je vais conclure, M. le Président, si vous voulez, parce qu'il me reste deux minutes. Je vous remercie tous. C'était ma première étude des crédits. Je vous remercie pour votre indulgence à mon endroit, pour votre écoute. Je remercie aussi tous les gens qui ont travaillé très fort à élaborer les cahiers qui nous ont servi d'inspiration. Je me permettrai de remercier aussi Mme Laurie Comtois, chercheuse, qui a fait un travail exceptionnel.

Ce que je retiens de notre étude de crédits, c'est qu'il y a quand même un bon nombre de promesses qui sont encore très floues et que les plans de match pour les réaliser sont encore obscurs. Je pense aux 50 mégacliniques privées, aux 2 000 IPS, qui sont quand même des grandes promesses et qui restent encore très vagues dans mon esprit.

Les négociations avec les médecins, l'échéancier est préoccupant, et ce que je me demande, c'est : Est-ce que l'entente avec les médecins est conditionnelle à la mise en oeuvre des autres besoins qui ont été démontrés tout au cours de cette étude de crédits là? Est-ce qu'on met en suspens tous les autres projets — il y a déjà cinq mois — qui auront eu lieu en septembre lorsqu'on considère maintenant que ce serait un délai raisonnable pour obtenir cette entente-là? J'espère qu'il y aura d'autres mesures en santé qui seront mises de l'avant d'ici ce temps-là.

Et on a encore un point d'interrogation sur les coupes, qui seraient passées de 215 millions à potentiellement une fourchette atteignable de 600 millions, donc des grandes inquiétudes dans le réseau, des grandes inquiétudes pour les patients mais quand même l'espoir qu'on va mobiliser, à travers tout ça, les professionnels, professionnels de la santé mais aussi tous les travailleurs du réseau de la santé, parce que ces personnes-là, quand elles sont mobilisées, au nombre où elles sont, on peut multiplier les réussites, tandis que, si on emploie la coercition... Je pense qu'on doit exiger des redditions de comptes pour les choses qui ont été bien engagées et signées, mais, pour le reste, je pense que c'est la mobilisation des gens et la valorisation du travail qui vont être les principaux moteurs pour l'atteinte des nombreux objectifs que nous nous fixons. Alors, je vous remercie, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Donc, ce qui met fin à ce dernier bloc consenti ou dévolu à l'opposition officielle. Nous sommes maintenant rendus au dernier bloc pour les députés de la banquette ministérielle, un bloc de 22 minutes, et en ce sens je cède la parole à la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré.

• (21 h 10) •

M. Barrette : M. le Président, Mme la députée, avant de faire son allocution de fermeture Mme la députée de Taillon avait posé des questions, au moins deux auxquelles je voudrais répondre, et elle a fait un commentaire qui mérite aussi un commentaire de ma part.

Alors, Mme la députée, je vais commencer par le commentaire. Je comprends qu'elle ne veuille pas qu'on fasse des procès d'intention, je n'en ai pas fait. Lorsque je faisais référence au fait que j'aurais souhaité qu'elle soit là lorsque le ministre précédent a dilapidé des fonds publics pour faire une campagne de publicité inutile, ce n'est pas un procès d'intention, c'est un souhait et qui reconnaît la valeur des commentaires que la députée de Taillon a faits, M. le Président.

Maintenant, dans la foulée de cette intervention, la députée de Taillon faisait référence à l'importance de s'assurer qu'on ait la capacité de maintenir nos gens, nos personnes âgées à domicile. On est tout à fait d'accord avec ça, M. le Président, mais évidemment ce n'est pas... parce qu'on parle ici de personnes vulnérables, là, ce n'est pas en dilapidant les fonds publics et en dépensant de... en lançant de l'argent par les fenêtres en faisant des campagnes de publicité inutiles et en prenant cet argent-là dans une clientèle vulnérable qu'on va aider et les patients en santé mentale et la clientèle des aînés, M. le Président.

Maintenant, je fais un commentaire supplémentaire. La clientèle plus âgée est une clientèle qui est plus vulnérable. Moi, je trouve ça... Et je ne le qualifierai pas, là, parce qu'il y a des mots qu'on ne peut pas dire ici. Moi, je trouve ça vraiment, là... «Répréhensible», est-ce que je peux utiliser ce mot-là, M. le Président? Bon, je n'ai peut-être pas le droit. C'est peut-être cynique d'avoir fait une politique, présenté une politique qu'on n'avait pas les moyens de financer et fait miroiter à des gens la possibilité de distribution de certaines sommes, alors que ce n'était pas possible de le faire. C'est le genre de politique que la population, à mon avis, ne veut plus voir et c'est dommage.

Ceci dit, M. le Président, dans son intervention sur la Protectrice du citoyen, je rappellerai à la ministre que j'ai déjà répondu à plusieurs reprises à cette question-là et dans les médias et en Chambre. J'ai dit clairement que nous allions donner suite aux recommandations de la Protectrice du citoyen. Et la question qui m'a été posée il y a quelques instants était l'échéancier de la suite que l'on allait donner au rapport de la Protectrice du citoyen. Alors, j'ai le plaisir d'informer la... Et je peux déposer le document, si vous voulez, là. C'est un document, je pense, qui est public. J'ai déposé un plan d'action ministériel, suite à la... du rapport d'intervention du Protecteur du citoyen, spécifiquement la problématique de McGill, là, du royal... du Centre universitaire de santé McGill, et, si la députée de Taillon a le temps éventuellement de prendre connaissance de notre plan d'action ministériel, elle verra que le plan d'action prend en cause... reprend, plutôt — c'est plutôt ça, la bonne expression — tous les éléments qui avaient été recommandés par la Protectrice du citoyen. Et ce plan d'action a été déposé, M. le Président, en mai 2014. Alors, sur ce point, je pense qu'on peut conclure que l'action a été faite vite et bien faite, et je pense que ça, c'est très bien.

Pour ce qui est des commentaires qui ont été faits à propos de McGill, et en référence aux questions répétitives de la députée de Richelieu, M. le Président, là, pour ce qui est de la nécessité d'être prudent et d'être plus vigilant dans le futur, est-ce qu'il y a quelqu'un au Québec, dans le cadre de quelque contrat que ce soit, qui pense que quelque gouvernement que ce soit, peu importe le parti, ne le sera pas, vigilant? Je pense que ça, c'est un sine qua non et maintenant devenu malheureusement une évidence.

Ceci dit, M. le Président, le passé, il appartient aux services policiers, le passé ne peut pas être refait. Et, comme j'ai dit en Chambre à une question qui avait été posée, on essaie de faire un procès a posteriori à des gens qui ont pris des décisions alors qu'ils n'avaient pas, et j'insiste, ils n'avaient pas la connaissance, l'information qui pouvait indiquer qu'il y avait fraude. Un fraudeur, M. le Président, par définition, ça se cache. Et, le fraudeur, s'il arrive à se cacher, bien ça se peut que quelqu'un se fasse avoir, puis c'est ça qui est arrivé. Puis, s'il y a eu de la fraude, la police va intervenir. Les gens ont agi en connaissance de cause à ce moment-là alors que des gens avaient des comportements — et là je pense que je peux utiliser le terme — totalement répréhensibles. On ne peut pas faire des procès à l'équipe gouvernementale qui était en place dans ce contexte-là. Et, comme le directeur exécutif de ces projets l'a bien indiqué, dans le cadre prospectif, parce que c'est comme ça qu'il faut le voir, prospectivement les choses se sont passées selon les contrats qui ont été conclus, M. le Président. Mais malheureusement il y a eu potentiellement des éléments de fraude, et c'est la raison pour laquelle il y a une commission Charbonneau, c'est la raison pour laquelle il y a un UPAC, et c'est la raison pour laquelle, on l'espère, les gens qui auront eu ce comportement-là se feront prendre et iront devant les tribunaux.

Alors, je ferai un seul commentaire, un dernier commentaire sur l'allocution de fin d'étude des crédits qui a été faite par notre collègue la députée de Taillon. M. le Président, encore une fois, encore une fois, on invoque le fait ou on affirme qu'il y aura des coupures dans les services et on affirme que la population, essentiellement, va être lésée. M. le Président, j'en fais un reproche ici à la députée de Taillon, on ne peut pas faire ces affirmations-là. Et, comme je l'ai dit tout à l'heure, nous vivons dans une situation où il y a un obstacle budgétaire immense qui exige des efforts de tout le monde, et de l'État et de ses partenaires, dans un contexte où on va tout faire, M. le Président, tout pour ne pas couper de services, mais on ne peut pas nier le fait que la situation budgétaire dans laquelle le Parti québécois nous a laissés, nous a mis, en fait, il nous a laissés dans ledit état lors de ses 18 mois de règne... bien on ne peut pas nier le fait qu'il doive y avoir des actions qui doivent être prises. Elles seront prises, mais, j'insiste et je réitère, M. le Président, ça se fera en ne coupant pas les services, malgré les appréhensions des deux oppositions et surtout de l'opposition officielle. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, je cède maintenant la parole à la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré.

Mme Simard : Merci, M. le Président. Donc, l'hébergement en CHSLD soulève beaucoup de questions et d'intérêt. J'aimerais profiter de la présence du sous-ministre, M. Sylvain Gagnon, afin de lui poser quelques questions, si vous me le permettez.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, M. Gagnon... Avec le consentement pour entendre M. Gagnon? Avons-nous... Oui. Alors, M. Gagnon, si vous pouvez nous répéter, nous redire votre nom, votre fonction, et la parole sera à vous.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, Sylvain Gagnon, sous-ministre associé Services sociaux au ministère, bien sûr.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, Mme la députée.

Mme Simard : Alors, je sais que M. Gagnon a une longue feuille de route dans le réseau de la santé et des services sociaux. Son expérience sera certainement bénéfique afin d'expliquer plusieurs concepts en hébergement. Alors, M. le Président, j'aimerais entendre le sous-ministre, à savoir qu'il nous parle de l'organisation de l'hébergement pour aînés au Québec en CHSLD.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, M. le Président. Peut-être une petite introduction avant d'arriver à l'hébergement, là. Tout à l'heure, on a entendu, notamment, là, du côté de la députée de Taillon, des préoccupations en ce qui concerne le maintien à domicile. C'est beaucoup plus le gestionnaire qui va s'adresser ce soir à la commission. Je veux peut-être remercier, là, l'ensemble des intervenants dans le secteur du soutien à domicile. On nomme souvent, là, des cas particuliers, des cas qui demandent effectivement, là, des efforts additionnels, mais il est important de rappeler que, dans le secteur du soutien à domicile au Québec, c'est 330 000 personnes dans le soutien à domicile, tant des personnes âgées, des personnes en déficience intellectuelle, en déficience physique, des personnes avec des troubles envahissants du développement, des gens avec des problématiques de santé mentale — qu'on a soulignées — qui reçoivent des services. C'est 195 000 personnes, bon an, mal an, des personnes âgées à domicile qui reçoivent des services. C'est plus de 6 millions d'interventions annuelles, à toutes les années, qui se réalisent, de sorte qu'il est important, là, de rappeler les efforts qui se font.

On a parlé beaucoup d'optimisation, là. Quand je suis entré en fonction ici, au ministère, en 2010, je connaissais relativement bien le secteur du soutien à domicile. Il y a des efforts qui ont été demandés en révision des pratiques cliniques, notamment révision... on a équipé nos intervenants d'outils technologiques. Ce sont des efforts... À l'époque, on consentait, là, dans le secteur du soutien à domicile, tout près de 550 millions annuellement pour nos personnes âgées. On a demandé qu'on puisse effectivement faire des efforts d'autour de 10 % de la composante budgétaire. Donc, en clair, ce qu'on demandait, c'est de dégager donc l'équivalent de 50 millions de dollars, là, sur une base nationale par l'effort d'optimisation. Cinq ans plus tard, les mesures, les données sont précises, l'objectif est atteint à 102 %.

Donc, je le souligne, c'est important, parce que derrière, là, derrière les services qui sont dispensés quotidiennement à nos personnes, ce sont des cliniciens, des personnes qui sont engagées. Souvent, là, on dit... On voit les personnes qui oeuvrent, là. C'est plus qu'un emploi, c'est une vocation. Donc, je tenais, d'entrée de jeu, là, à souligner l'effort de notre réseau, de nos directions d'établissement mais également de nos cliniciens.

Pour revenir à la question sur l'hébergement, donc, le premier élément... Je vous ai parlé brièvement du soutien à domicile, donc on maintient à domicile les personnes âgées. Le premier élément qu'il est important de préciser, c'est que chaque personne qui est prise en charge, notamment dans les services de soutien à domicile, quand on regarde l'histoire de vie de ces personnes-là, généralement, la trajectoire, c'est qu'elle sera supportée à domicile, elle pourra être accueillie dans des ressources intermédiaires et nécessairement, en fin de vie, plusieurs années, qu'on espère, plus tard, là, sera accueillie en CHSLD. Il est important que cette personne-là soit bien évaluée, donc, et ça, on a des outils qui sont scientifiquement validés, des outils qui sont également informatisés pour bien évaluer la condition de ces personnes-là, ce qu'on appelle... c'est l'outil... l'OEMC, l'Outil d'évaluation multiclientèle, qui s'applique également pour les personnes qui ont des troubles de déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, nécessairement de la même façon pour nos personnes âgées. Ces personnes-là sont évaluées, et on mesure différents éléments sur le plan cognitif, l'autonomie fonctionnelle, la motricité, donc plusieurs éléments sont traités. L'évaluation est traduite en profil, de sorte qu'une fois qu'on a évalué, l'objectif, c'est de dire : Compte tenu de la condition clinique de la personne, quels sont ses requis de services? Et les requis de services sont définis par ce qu'on appelle les profils, donc, de besoins, les profils ISO-SMAF.

En hébergement, le principe général, ce qu'on a statué, c'est que les personnes qui présentent un profil... On a 14 profils. Le premier profil, généralement, est marqué par des limitations sur le plan des activités de la vie domestique. Le dernier profil, souvent on va retrouver des personnes qui n'ont plus aucune capacité de mobilité, c'est des personnes qui vont souvent être alitées. De sorte qu'on a tout le continuum, donc, d'une autonomie relative à une lourde perte d'autonomie.

Donc, ce qu'il faut voir, c'est que les clientèles qui sont admises en hébergement... Dans chacune des régions, nous avons des mécanismes d'accès, donc des cliniciens, pour qu'ils puissent recevoir les évaluations qui sont faites de ces clientèles-là, qui... Tantôt, l'évaluation provient d'une personne qui est à domicile, tantôt d'une personne qui pouvait être en ressource intermédiaire. Et souvent, également, on a parlé de la situation des urgences, on a parlé donc de la situation d'une bonne gestion des urgences pour éviter les délais, à l'urgence, de prise en charge, c'est-à-dire ce qui se passe avant l'urgence et après l'urgence. Nécessairement, une fois que le congé de l'urgence est donné, s'il y a une hospitalisation, quand le congé hospitalier sera donné puis il a été anticipé une situation d'hébergement, rapidement les cliniciens, avec les outils que je vous ai dit, que je vous ai donnés, viennent faire les évaluations, de sorte que ces évaluations-là qui proviennent tantôt du domicile, ressources intermédiaires et de nos hôpitaux sont amenées vers un comité régional d'admission, qu'on appelle, et ce comité-là, ce sont des cliniciens qui vont, selon la priorité, orienter les clientèles en hébergement autour de ce qu'on a convenu.

Les personnes qui sont admises présentent généralement un profil ISO-SMAF qui est de... qui se situe entre 10 et 14. Ce n'est pas mécanique, là, il y a toujours le jugement clinique qui va effectivement, là... qui va être observé, mais nécessairement ce mécanisme régional là permet justement de gérer nos priorités quant à l'admission en hébergement...

• (21 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup... M. Gagnon, vous vouliez continuer?

M. Gagnon (Sylvain) : On est rendus en hébergement.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Gagnon (Sylvain) : Nécessairement...

Une voix : Virgule.

M. Gagnon (Sylvain) : ...virgule, là, c'est... Nécessairement il y a différents services qui vont s'offrir. Ce qu'il faut se rappeler, puis ça, c'est important... Parce que, nécessairement, la majorité de nos installations d'hébergement au Québec qu'on connaît ont été construites il y a 20... entre 20 et 25 ans, et souvent, à l'époque, les personnes qui étaient admises dans nos CHSLD devaient avoir une condition, à l'époque, il y a 25 ans, d'être autonome, donc c'était... Les gens s'amaient avec leur voiture. Il faut comprendre que les installations physiques de ces unités d'hébergement là ne sont pas toujours adaptées aux clientèles qu'on accueille aujourd'hui, donc des clientèles en lourde perte d'autonomie.

Avec le temps, le ministère s'est donné des orientations, et ce qui est très, très important, c'est qu'on puisse, à l'intérieur de nos centres d'hébergement, concilier à la fois un milieu de vie, puisqu'il s'agit d'hébergement, hein, c'est en quelque sorte le dernier lieu de résidence de nos aînés... Donc, c'est de l'hébergement, et il faut concilier l'hébergement avec la notion de soins, qui doit être appropriée à nos personnes âgées. Donc, on parle beaucoup d'approche palliative, on parle beaucoup d'approche adaptée aux besoins pour soutenir l'autonomie décroissante de nos personnes en hébergement. Ce que ça veut dire, ça, principalement : aujourd'hui, compte tenu de l'alourdissement de nos clientèles, on doit revoir l'ensemble de l'organisation de nos services, tant, M. le Président, les services médicaux, donc on a besoin d'encadrement médical soutenu, le médecin qui vient supporter une équipe de cliniciens qui est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de travailleurs sociaux, différents professionnels de la santé, que ce soient des ergos, des physios, des inhalos, pour offrir une gamme de services. Donc, on est à revoir l'organisation des services médicaux en CHSLD.

De la même façon, il faut revoir également l'organisation des services de soins infirmiers dans nos CHSLD. Nous avons d'ailleurs, M. le Président, transmis une directive, au cours, là, des derniers mois, sur la nécessité qu'on ait une présence soutenue d'infirmières dans l'ensemble de nos installations et pour l'ensemble de nos quarts de travail. Il est très, très important, là... Nos personnes, au-delà du profil que je vous ai donné tout à l'heure, 80 % de nos à peu près 40 000 personnes qui sont accueillies dans nos CHSLD au Québec, 80 % de ces personnes-là, au moment de l'accueil, ont des problèmes d'ordre cognitif, donc, importants, de sorte que c'est nécessaire qu'on remette à jour les pratiques tant sur le plan nursing... Il faut travailler également sur tout le volet du médicament, s'assurer d'une revue complète du médicament, tout le volet de l'alimentation et de la nutrition. Ce qu'on a observé, puis l'ordre des nutritionnistes du Québec l'a observé également : souventefois, quand les personnes... puis c'est particulièrement vrai quand les gens arrivent du domicile, on va observer que la personne sera en situation de dénutrition. Ça se comprend. Généralement, quand la personne arrive dans des stades de lourde perte d'autonomie, généralement, l'appétit n'est pas présent, puis c'est un défi, effectivement, que de pouvoir alimenter la personne, de sorte qu'il est important de revoir nos pratiques sur le plan nutritionnel en CHSLD.

Donc, on a différents éléments de revue de pratiques cliniques sur le plan médical, sur le plan nursing, sur le plan nutritionnel pour s'assurer que les services qu'on offre aujourd'hui à nos aînés qu'on accueille en centre d'hébergement sont adaptés à une condition d'une clientèle qui est en lourde perte d'autonomie.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Gagnon. Il reste au bloc du gouvernement 3 min 30 s, et il est coutume de réserver quelques minutes, comme l'a fait la députée de Taillon, pour le ministre pour clore le tout. Alors, M. le ministre, pour à peu près trois minutes qu'il reste au gouvernement, je vous cède la parole.

M. Barrette : Si vous n'avez pas d'objection. Ça va? Merci, M. le sous-ministre adjoint.

M. le Président, j'ai eu une note, il y a quelques instants, qui provenait de l'opposition officielle, qui me demandait si je vais finalement avoir accès à certains éléments à propos de Vaudreuil. Je les ai.

Alors, comme vous le savez sans doute parce que ça a été fait sous le Parti québécois, il y a... Et là j'insiste sur le fait de la problématique de Vaudreuil. Il y a une problématique de capacité, puis elle est tellement grande qu'à un moment donné les gens de la région, étant débordés, ont demandé la possibilité d'étendre l'offre de services, qui demande des locaux puis une location de mètres carrés qui a été proposée à hauteur de 7 millions, là. On parle ici d'espaces de plus de 7 700 mètres carrés... 8 700 mètres carrés, qui a été demandé en mai 2013 pour offrir des soins à la population, ambulatoires, évidemment. Et une deuxième demande a été faite, qui a été accordée aussi en janvier 2014, pour un ajout de 1 100 mètres carrés, et ces mètres carrés là sont des mètres qui vont permettre de donner des soins dans un mode essentiellement ambulatoire. Et, lorsque l'hôpital, un jour, sera construit, évidemment, ces espaces-là — c'est une location — disparaîtront au profit, évidemment, de l'hôpital. Je pense que ça répond à la question que vous m'aviez posée.

Une voix : ...

M. Barrette : Pardon?

Une voix : ...

M. Barrette : Oui, oui, c'est conservé. Bon... Confirmé, je m'excuse, Mme la députée.

Alors, je vais donc faire quelques allocutions, M. le Président. C'est assez intéressant. Je vais... Vous savez, comme pour plusieurs d'entre nous, c'est une première expérience. Et aujourd'hui il a été mentionné ou évoqué la possibilité... pas la possibilité, mais il y a des commentaires qui ont été faits sur la pertinence de certaines interventions. M. le Président, je peux vous dire une chose : Tantôt, dans la pause, j'ai pris mes messages textes depuis hier que je n'avais pas pris, là, et j'ai des messages textes... J'ai eu un certain nombre de messages textes, sur mon téléphone, d'auditeurs, des gens qui nous regardent, et qui nous ont regardés pendant toute la période, et qui me font des commentaires. J'ai des commentaires de gens qui connaissent mon numéro de téléphone et qui me font des suggestions pour l'organisation des soins dans différents secteurs. Alors, ici, ça a été, en ce qui me concerne, un marathon, oui, c'en est un, mais qui a été, à mon avis, très utile.

Je vais commencer, M. le Président, par féliciter... vous féliciter pour avoir bien mené ces travaux. Je pense que ça s'est bien fait. Votre connaissance de la réglementation et votre attitude posée en termes de président d'assemblée ont été appréciées, du moins certainement par moi, et sûrement par tout le monde. Et vous me permettez, M. le Président, de prendre quelques instants pour remercier tous les pages et toute l'équipe technique qui a fait en sorte que, malgré les changements d'endroit, on a pu passer cette période d'une façon tout à fait agréable et très fonctionnelle.

Ceci dit, encore une fois, on a... je pense que ça a été une étude qui a été très bénéfique, parce qu'on a abordé des sujets qui étaient complexes. La santé, c'est la moitié du gouvernement. Et non seulement c'est la moitié du gouvernement, mais c'est probablement la moitié la plus complexe. Sans vouloir minimiser ce qui se passe dans d'autres ministères, la santé, ce n'est pas simple, et les variations sur le thème de la santé sont quasiment infinies, comme le sont les commentaires et les interventions. Et je peux dire, M. le Président, qu'aujourd'hui et hier on a abordé une multitude de sujets qui faisaient référence à bien des interrogations du public qui nous écoutait, et certainement certains d'entre nous... Moi, j'ai appris des choses encore aujourd'hui et j'ai apprécié les échanges qu'on a eus avec tout le monde, que ce soit avec les membres de l'équipe ministérielle que les trois oppositions. Alors, que ce soit avec Québec solidaire, avec la Coalition avenir Québec ou le Parti québécois, je pense qu'on a eu des échanges qui étaient constructifs, et ça, c'est à l'honneur du parlementarisme. C'est quelque chose qu'on doit chérir et certainement, au départ, le reconnaître.

Maintenant, la santé, étant évidemment, comme je l'ai dit, un énorme ministère, d'une grande complexité, bien l'étude des crédits, et la production des documents, et la gestion de ce réseau-là ne peut pas se faire sans l'implication d'une grande équipe. Et vous avez vu que, derrière moi, j'ai été accompagné, au fil de ces périodes, d'une équipe très nombreuse, mais elle n'est pas simplement nombreuse, M. le Président, elle est certainement très dévouée et très compétente, et ça me permet... Permettez-moi, M. le Président, de juste me tourner pour la première fois en deux jours et de saluer les efforts qui ont été faits par toutes les équipes, dont le travail a été reconnu à plusieurs reprises par bien des gens ici, dans la salle, et moi en dernier aujourd'hui, équipe sans laquelle aucun ministre ne pourrait faire un travail adéquat, M. le Président. Et je salue le travail de mes collègues, qu'ils soient de l'équipe gouvernementale ou du versant, évidemment, politique, qui jouent un rôle qui est d'un ordre qui est particulier, parce qu'aujourd'hui je trouve que ma vie est plus particulière que précédemment. Alors, M. le Président, je remercie donc individuellement chacun des membres de l'équipe ministérielle et chacun des membres des oppositions.

Et je tiens simplement à faire un dernier commentaire : Je pense que nous sommes capables... Et ça a été fait malgré l'obligatoire ton contradictoire qu'il doit y avoir dans la vie parlementaire. Je pense que nous avons fait aujourd'hui la preuve — et hier — que nous sommes capables, par le parlementarisme, de débattre et de trouver des solutions qui sont au bénéfice de toute la population. Merci, M. le Président.

• (21 h 30) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre, pour ces bons mots. Et je tiens personnellement également à remercier tout le monde, tous les parlementaires pour l'étude de ces crédits, qui a été particulièrement plaisante, je dirais, stimulante sur le plan intellectuel.

Document déposé

Dernier point technique. M. le ministre, j'aimerais juste confirmer une information que j'ai à l'effet que la lettre du 20 juin 2014 du sous-ministre, M. Michel Fontaine, à la Protectrice du citoyen est bel et bien déposée, c'est l'indication que j'en avais. Alors, c'est maintenant officiellement fait.

Adoption des crédits du programme 4

Deux dernières formalités. Le temps alloué à l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux étant écoulé, nous allons maintenant procéder à la mise aux voix du programme 4 comme il se doit. Le programme 4, Régie de l'assurance maladie du Québec, est-il adopté?

Mme Lamarre : Sur division.

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

La commission... Dernière formalité. La commission ajourne ses travaux jusqu'à vendredi 27 juin, 9 h 30, où elle continuera l'étude du volet Services sociaux des crédits du portefeuille Santé et Services sociaux. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 21 h 32)