



Conférence de presse de M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux

[Le financement axé sur le patient](#)

[Lien Vidéo](#)

Cette transcription est une version préliminaire : elle peut donc contenir des erreurs.

Le mardi 23 février 2016, 15 h 30, Salle 1.30 (1.30), Édifice Pamphile-Le May
Heures

N.B. Les surlignages en jaune, les caractères gras et changements de police de caractère sont de nous. – Coalition solidarité santé.

15 h 36 (version non révisée)

(Quinze heures trente-six minutes)

Le Modérateur : Oui. Alors, on est... bienvenue à cette conférence de presse. Ministre de la Santé, Dr Gaétan Barrette, la parole est à vous.

M. Barrette : Merci. Alors, bienvenue à tous et à toutes pour cette annonce que nous faisons à l'instant, à savoir l'annonce du lancement d'un projet-pilote dans le cadre du financement à l'activité. Comme vous le savez, les réformes que nous faisons, et je l'ai toujours dit, étaient basées sur trois étapes : la loi 10, qui est en application aujourd'hui, la loi 20 évidemment, dont on voit déjà les effets, et évidemment le financement axé sur le patient ou, si vous préférez, le financement à l'activité.

Maintenant, le financement à l'activité, pour le faire, exige des conditions qui sont très spécifiques, et je m'explique. Alors, le financement à l'activité exige que, pour déterminer le coût de délivrance d'un service, nous puissions faire cette évaluation-là dans un environnement le plus précis possible. Il est connu, et même les administrateurs du réseau l'ont dit à plusieurs reprises, que, dans notre réseau, il est extrêmement difficile, voire impossible de déterminer avec précision le coût d'un épisode de soins. Il est possible de déterminer un certain nombre d'approximations, mais, à partir du moment où nous voulons déterminer le coût moyen — mettons-le comme ça — d'une activité clinique, nous devons pouvoir le faire dans un environnement fermé.

Alors, pour faire cela, nous avons fait d'abord et avant tout certaines analyses, et je... vous allez le voir à l'écran, si ça, ça fonctionne, et ça ne fonctionne pas. Ça ne fonctionne pas. Ah! Non, il y en a une de trop. Voilà. Ici, je vous indique un tableau qui vous montre des analyses préliminaires que l'on a faites avec nos capacités actuelles, nos capacités actuelles, qui nous permettent de faire des analyses de coût d'activités en prenant en compte différents milieux : des milieux universitaires, des milieux urbains, des milieux moins urbains, en prenant en considération différentes situations cliniques. Et, ce que vous constatez, sur ce tableau, vous constatez qu'il est possible d'évaluer le niveau... la variation du coût d'une activité au Québec. Et, quand vous regardez le tableau qui vous est projeté actuellement, vous constatez qu'il y a, selon divers scénarios, une fourchette selon laquelle le coût d'un service peut être déterminé. Et, quand vous prenez en considération les chiffres qui vous sont projetés, vous constatez qu'il y a des économies substantielles qui sont possibles. Alors, évidemment, pour nous, au gouvernement, la question n'est pas de savoir si évidemment tout le monde peut se retrouver au meilleur coût absolu, mais bien de faire en sorte que les gens puissent s'améliorer lorsqu'ils sont dans des écarts qui sont trop substantiels par rapport à une moyenne, de façon à générer ou à exercer des services à un coût qui soit approprié. Pour déterminer ce coût-là, l'élément que vous avez ici, qui a été fait à partir des données que nous avons, nous voulons aller plus loin. Pourquoi? Parce que les données que vous voyez projetées ici actuellement, dont vous avez, je pense, copie, les données que vous voyez sont des données qui sont intrinsèques à notre réseau. Qu'est-ce que ça veut dire, ça? Ça veut dire qu'il est possible pour nous de déterminer, dans notre réseau, qui est le meilleur élève de la classe, mais pas nécessairement qui est le meilleur dans l'absolu.

Si vous me permettez une image, si nous tous et toutes ici, au moment où on se parle, nous nous mettions sur une piste de 100 mètres et que nous décidions de faire une course, on trouverait qui d'entre nous court le 100 mètres le plus vite, mais pas nécessairement la personne qui court le 100 mètres le plus rapidement possible.

Alors, pour déterminer ça, la personne, ou le groupe, ou le milieu, ou le coût qui soit le coût le plus optimal, il nous apparaît nécessaire pour nous de pouvoir faire des évaluations dans un environnement le plus contrôlé possible, donc dans un environnement fermé. C'est la raison pour laquelle aujourd'hui nous annonçons un projet pilote selon lequel nous allons inviter trois cliniques qui ont des facilités chirurgicales de niveau, de calibre et de qualité comparables à ce qui existe dans notre réseau hospitalier en termes d'infrastructures, entre autres, et qui accepteront, s'ils le veulent, ces milieux-là, de fonctionner selon nos conditions, nos conditions étant des conditions de transparence absolue. Et, quand je dis «transparence absolue», évidemment vous aurez compris qu'on parle ici d'ouverture complète des livres.

Alors, c'est la seule façon de pouvoir déterminer le coût d'un épisode de soins. Un : se trouver dans un environnement contrôlé sur le plan clinique en termes de qualité, qualité qui, évidemment, sera celle d'un hôpital, mais évidemment aussi dans un environnement dont on connaît la totalité des coûts, de façon à ce qu'à la fin de l'exercice nous puissions déterminer le coût d'un épisode de soins et d'en faire la transposition dans le réseau hospitalier. C'est à cette seule condition que l'on peut déterminer avec exactitude le coût moyen d'un certain nombre de services.

En faisant ce projet pilote là, nous faisons aussi une pierre, deux coups. Alors, une pierre, deux coups, et je vous amène à la prochaine diapositive, une diapositive qui vous montre essentiellement des données statistiques du Québec. Bon an, mal an, le Québec fait 450 000 procédures chirurgicales au Québec, et, bon an, mal an, il y a, grosso modo, environ 21 000 patients qui sont en attente d'une chirurgie au-dessus de six mois et environ 7 000 au-dessus d'un an. Nous allons profiter de cet exercice-là pour non seulement faire du financement à l'activité précis, mais aussi saisir cette occasion-là pour diminuer les listes d'attente, particulièrement pour ceux et celles qui sont dans des situations d'attente au-dessus d'un an.

Alors, pour nous, il y a là une occasion de faire, encore une fois, une pierre deux coups : déterminer le financement à l'activité de façon précise et augmenter notre capacité chirurgicale dans le réseau public, parce qu'on comprendra évidemment que ce financement-là sera public.

Il n'y a aucun patient qui va déboursier quoi que ce soit dans ces cliniques-là, ce sera financé à partir du budget de l'État. Mais nous profiterons de cet exercice-là pour s'attaquer aux listes d'attente.

Dans ces cliniques seront évaluées des procédures de chirurgie moyennes ou mineures, donc rien qui n'excède une chirurgie d'un jour, alors ce ne sera que des chirurgies d'un jour, et des procédures techniques non chirurgicales, telles des endoscopies.

Encore une fois, dans la région de Montréal, il y a des listes d'attente, principalement elles sont à Montréal. Nous saisissons l'occasion d'avoir cette capacité chirurgicale supplémentaire pour faire deux choses en même temps, l'évaluation du financement, du coût de l'épisode de soins, et de diminuer nos listes d'attente.

Alors, évidemment, probablement que vous me direz : Est-ce que nos blocs opératoires sont utilisés à pleine capacité? Ma réponse, c'est non. Alors, il y a un exercice qui est fait en parallèle dans notre réseau hospitalier, particulièrement dans les grandes régions de Montréal et Québec, de façon à ce qu'on optimise l'utilisation de nos blocs opératoires, et la conjugaison des deux devrait nous permettre d'améliorer notre temps d'attente en chirurgie.

Alors, nous faisons deux choses ici : nous nous adressons aux listes d'attente pour le bénéfice de la population, nous avons un projet pilote qui nous permet de déterminer, dans un environnement contrôlé, le coût réel d'un service médical, qui évidemment sera adapté éventuellement parce que les grilles de salaire ne sont pas nécessairement les mêmes au réseau public. Au bout de la ligne, c'est le réseau qui en bénéficie.

Je reviens, je pense que vous en avez copie, à la diapositive précédente : il y a des économies substantielles à aller chercher là. Et quand on parle évidemment d'économies, on parle de performance et de dégagement de sommes qui peuvent être utilisées ailleurs.

Je termine sur un point, sur les données que vous avez ici à l'écran. Les gens ne réalisent pas, la population en général ne réalise pas, parce que c'est rarement rapporté de cette façon-là, ce n'est pas une critique en passant, là, rarement réalise-t-on que la médiane du temps d'attente en chirurgie au Québec est de 33 jours. La médiane. Ce qui signifie que 50 % des gens au Québec sont opérés en dedans de quatre à cinq semaines. Ce qui m'apparaît très performant. Ceci dit, vous comprendrez évidemment que la priorisation ayant été faite, précédemment, ce sont les

cas les plus urgents qui sont faits en premier et qu'il est normal que les cas moins urgents soient faits après 33 jours. Mais 33 jours, c'est quand même performant.

Ceci dit, je vous laisse et je passerai à la période de questions avec l'image suivante : il y a 410 blocs opératoires, salles d'opération au Québec où il y a de l'anesthésie générale, 410, plus ou moins cinq. Imaginez que si nous voulions demain matin réduire notre temps d'attente pour être opéré de six mois à trois mois, le seul chemin possible serait de doubler le temps opératoire. Doubler le temps opératoire exigerait qu'on travaille plus qu'un quart de travail, qu'on puisse hospitaliser des gens dans un plus court délai, ce qui n'est évidemment pas possible ou construire des hôpitaux pour avoir le double de salles d'opération. Alors, à un moment donné, il faut réaliser ce qui est faisable et non faisable. Dans l'exercice dans lequel on est engagés, qui passe en termes de performance par le financement d'activités, nous devons passer par ce projet-pilote qui implique trois cliniques, la clinique Rockland MD, la Clinique Dix30 et la clinique Opmedic à Québec... à Laval, si elles acceptent nos conditions évidemment. Ça doit passer par là et en même temps, bien, nous avons une opportunité pour diminuer les listes d'attente au bénéfice de la population.

Ce n'est pas un exercice de privatisation, je sais que tout de suite vous allez... il y en a qui sont tentés de passer... de penser qu'il y a là privatisation. Pas du tout. Nous saisissons l'occasion publique, le financement sera toujours public pour donner de meilleurs services à la population et en même temps de mieux gérer notre réseau. Voilà, merci.

Le Modérateur : Merci, M. le ministre. Tommy Chouinard de La Presse m'a demandé à parole en premier, Jocelyne Richer par la suite.

M. Chouinard (Tommy) : Je comprends qu'on étend à d'autres cliniques le type de partenariat qu'il y a entre Sacré-Coeur et Rockland MD, si je vous suis bien?

M. Barrette : Alors, c'est, non, la réponse, ou, si vous préférez, c'est un oui dépensé. Alors, il n'y a plus d'entente avec Sacré-Coeur et, comme je l'ai dit dans le passé, j'ai toujours eu l'intention d'utiliser publiquement, sans que le patient paie, des capacités chirurgicales mises à la disposition du réseau et non d'un hôpital. C'est le réseau qui va gérer, c'est-à-dire, nous, au ministère, qui allons gérer les listes d'attente. Ce n'est pas un chirurgien, dans un hôpital, à qui l'on donnerait le bénéfice d'avoir accès à un bloc opératoire supplémentaire. C'est nous, au ministère, qui allons prendre notre liste d'attente, déterminer ce qui est faisable parce que, dans

la liste d'attente, il y a des cas qui doivent être hospitalisés, donc ça ne s'applique pas, sélectionner les cas qui sont des cas de chirurgie mineure ou des procédures telles des endoscopies, qui seront agglomérés et qui seront évalués dans ces environnements-là.

Alors, ce n'est pas la même chose, c'est pour ça que je vous dis, c'est un oui dépassé. Ce n'est pas l'entente de Sacré-Coeur, là, c'est une entente à la condition que ces gens-là acceptent d'ouvrir tous leurs livres. C'est une condition sine qua non, il faut qu'on voie tout passer, les factures, tout, tout, tout. Alors, c'est à cette condition-là qu'une clientèle sera envoyée là. Donc, pour la clientèle, évidemment, c'est un bénéfice qui est assez évident.

M. Chouinard (Tommy) : Mais là on parle donc des... là, ça vise les chirurgies d'un jour dans tous les établissements publics des régions concernées.

M. Barrette : Tout à fait. Alors, quand...

M. Chouinard (Tommy) : O.K. Mais là, qui... quand on dit : Nous allons offrir à un patient une chirurgie d'un jour soit... non pas dans un établissement public, mais dans une clinique privée, là, qui prend la décision exactement? C'est l'établissement public qui a sur sa liste...

M. Barrette : Vous comprendrez évidemment que l'établissement que vous qualifiez de public, qui est dans ce projet pilote là, va devenir un établissement, à toutes fins utiles, privé... c'est-à-dire, va devenir, à toutes fins utiles, un établissement public parce que le financement est public.

Ceci dit, c'est nous, au ministère, en collaboration, évidemment, avec les institutions qui vont sélectionner les patients. Autrement dit, là, pour que ce soit bien clair, il y a des listes d'attente, on les a de façon nominative, on sait qui et avec quel médecin. Nous allons offrir aux médecins qui ont des listes d'attente de venir faire un groupe de leurs patients dans cet environnement-là de façon à baisser les listes d'attente et à nous permettre, dans un environnement contrôlé, de déterminer le coût additionnel.

M. Chouinard (Tommy) : Il y avait eu une controverse sur le partenariat RocklandMD, Sacré-Coeur, entre autres, des problèmes, il me semble, de la transparence, entre autres choses. Là, vous dites, vous, est-ce que... dois-je comprendre que vous tirez des leçons du partenariat qu'il y a eu avec RocklandMD, mais que vous reproduisez la formule mais améliorée?

M. Barrette : Je ne reproduis pas la formule, mais vous pouvez dire que c'est amélioré, mais je ne reproduis pas la formule... non, mais c'est parce que la formule était une entente avec un groupe de médecins dans un hôpital, alors, ça, ça n'existe pas.

M. Chouinard (Tommy) : O.K.

M. Barrette : Deuxièmement, vous avez raison, je l'ai dit même, je pense, à plusieurs reprises, les analyses qui ont été faites de l'entente ou de la collaboration Sacré-Coeur, RocklandMD, avaient donné, dépendamment de qui analysait, des résultats contradictoires. Je n'entrerai pas dans le détail, mais ce n'était pas à ma satisfaction. Si cette clinique-là accepte de le faire à livre totalement ouvert, ils recevront des clients... des patients. S'ils n'acceptent pas d'être à livre totalement ouvert, ils ne recevront pas de patients. La problématique ici, évidemment, ce n'est pas une question de qualité chirurgicale. Les médecins vont aller... c'est les médecins... ce n'est pas des patients qui vont être opérés par un autre médecin, c'est des patients qui vont se faire opérer par leur médecin, qui vont aller opérer là pour faire les deux choses que je vous ai dites, qui est de faire une évaluation précise du coût de l'épisode de soins, mais aussi pour baisser les listes d'attente.

M. Chouinard (Tommy) : Une dernière chose, peut-être. Vous dites c'est un projet-pilote, mais ça va être étendu à, éventuellement...

Une voix : ...ce n'est pas une entrevue...

M. Chouinard (Tommy) : Mais ça va être étendu éventuellement, donc...

M. Barrette : Non. À cette étape-ci, là, vous verrez que ce qui sera dans la *Gazette officielle* est que c'est un projet-pilote qui se terminera au plus tard le 31 décembre 2018. Le 31 décembre 2018, il y a une analyse qui sera faite — ou vers la fin du projet — et on en tirera des conclusions. On comprendra, là, qu'ici l'objectif est d'étalonner — parce qu'on parle ici d'étalonnage — un maximum de procédures non chirurgicales et chirurgicales, étalonnage qui va être ensuite appliqué à la grandeur du réseau.

Le Modérateur : Jocelyne.

Mme Richer (Jocelyne) : Oui, bonjour. J'aimerais savoir : Le système de financement axé sur le patient, en quelle année vous prévoyez que ce serait implanté dans tout le réseau?

M. Barrette : Alors, le plus rapidement possible. Le financement axé sur le patient va être déployé progressivement à partir de maintenant. Alors, pour faire ce financement-là, on doit avoir un environnement qui soit le plus contrôlé, comme je viens de vous l'expliquer, et l'évaluation d'une procédure va se faire de façon séquentielle. Dans une des entités que je viens de nommer, il y en a une, par exemple, qui a six salles d'opération. Alors, il est parfaitement possible, après évaluation, d'évaluer le coût adéquat à être rattaché à une procédure si on concentre dans une salle d'opération une procédure pendant deux mois. Alors, faites le calcul, progressivement, ça fait deux mois fois six, fois six salles. On s'en va comme ça et il y a un grand nombre de procédures qui peuvent être étalonnées. La beauté de ça, c'est qu'évidemment, dans le monde chirurgical, c'est un environnement qui est un peu gigogne, si vous me le permettez. Il y a un coût de base auquel on ajoute des coûts plus particuliers. Même dans les hôpitaux plus complexes, le coût de base d'un bloc opératoire qu'on va certainement déterminer, dans cet environnement-là, quand arrive par exemple le moment d'ajouter un service supplémentaire complexe, mais très isolé... je vous donne un exemple, perfusionniste dans une salle de chirurgie cardiaque. Bien, perfusionniste, là, c'est facile, ça, c'est très facile à évaluer. C'est une machine, la machine qui fait la perfusion, avec un technicien. **Donc, quand on a le coût de base, on peut facilement, après, ajuster ce coût-là à la grandeur du réseau et à la grandeur des autres procédures.** Donc, progressivement, à partir de maintenant, le financement à l'activité axé sur le patient va être déployé secteur par secteur. Ce qui fait que progressivement les budgets historiques des établissements vont devenir de moins en moins historiques. Le tableau que je vous ai montré il y a un instant — puis je vais vous le remettre — ce tableau-là va devenir le type de tableau qui va être utilisé par tous les administrateurs.

Vous savez, on a souvent parlé, dans le passé, de concurrence. Alors, retenez ça. La concurrence dans le réseau public est impossible. La concurrence est une notion d'entreprise privée, de marché. Et la concurrence se mesure à deux éléments : le premier, la part de marché — dans le réseau public, il n'y a pas de part de marché à gagner, c'est un quasi-monopole — et évidemment le profit. Il n'y a pas de profit dans le réseau public, ça n'existe pas. **Alors, il faut introduire dans le réseau un élément qui permet aux administrations d'avoir un effet similaire, et cet élément-là est une mesure comparative du financement à l'activité et de la performance.** Vous voyez sur ce document-là, là, qu'il y a des disparités extraordinaires pour les mêmes procédures d'un hôpital à l'autre. Et on parle parfois du simple au double, parce qu'on en fait plusieurs...

Mme Richer (Jocelyne) : Mais vous n'avez pas répondu à ma question...

M. Barrette : Bien oui, j'ai répondu à votre question.

Mme Richer (Jocelyne) : Je vous avais demandé une échéance, quand est-ce que ça serait terminé. Et j'aimerais savoir aussi, à terme, combien d'économie vous anticipez grâce à ce changement-là.

M. Barrette : Alors on anticipe des économies qui vont se calculer en centaines de millions de dollars.

Mme Richer (Jocelyne) : Vous ne pouvez pas être plus précis?

M. Barrette : Non, volontairement.

Mme Richer (Jocelyne) : Des centaines de millions de dollars par année qui vont être économisées.

M. Barrette : Oui, par rapport à aujourd'hui, qui est le point de référence.

Mme Richer (Jocelyne) : Oui. Et une chose que j'aimerais savoir, en terminant. Le financement, le changement de financement des hôpitaux axé sur le patient, ça fait des années qu'on parle de ça. Je me souviens d'avoir entendu M. Couillard, quand il était ministre de la Santé, il y a une dizaine d'années, dire : Il faut aller vers ça, il faut le faire.

M. Barrette : Oui.

Mme Richer (Jocelyne) : Si c'est la huitième merveille du monde, comment se fait-il que ça n'a pas été déjà implanté?

M. Barrette : Bien, ce n'est pas nécessairement la huitième merveille du monde, mais c'est la façon, à mon avis, sensée de gouverner notre réseau. Je vais le répéter. Je le sais que ce n'est peut-être pas la réponse que vous attendez, là...

Mme Richer (Jocelyne) : Mais pourquoi ça n'a pas été fait? Est-ce qu'il y a une résistance?

M. Barrette : Bien, il y a toujours une résistance.

Mme Richer (Jocelyne) : Un manque de volonté? C'est quoi?

M. Barrette : Je pourrais vous dire : Comment ça se fait que la loi n° 10 n'a pas été faite avant? Comment ça se fait que la loi n° 20 n'a pas été passée avant ni appliquée avant? Alors là, on est dans une autre ère. Je vais le répéter, je l'ai dit à plusieurs reprises. La population s'attend à des résultats. Nous sommes à une ère où nous avons un niveau de taxation, d'impôt, des individus, des entreprises qui est inégalé. Il est clair et tous les observateurs le disent, ce n'est pas en injectant plus d'argent. De toute façon, on n'a pas la capacité d'en injecter vraiment plus d'argent qu'on va résoudre le problème. Donc, s'il y a des marges de manoeuvre à aller chercher, elles doivent se... provenir d'une meilleure gestion. **Pour avoir une meilleure gestion, il faut avoir des paramètres qui nous permettent de savoir ce qui est selon des standards ce qui ne l'est pas en termes de coûts. Le financement historique des hôpitaux, par définition, empêchait ça.** La diapositive que je vous montre le document que je vous montre, bien vous montre qu'aujourd'hui, avec les données estimées que l'on a, il y a des disparités qui sont substantielles entre deux milieux ou trois milieux, quatre milieux, avec des clientèle comparables en âge, en gravité et ainsi de suite.

Alors, ça, ça veut dire qu'il y en a qui sont plus performants que d'autres. Donc, il y en a qui sont moins performants que d'autres. Alors, il faut donner à nos administrateurs un point de référence pour qu'ils et elles puissent s'y référer et prendre la décision. Aujourd'hui, il n'y a pas un seul administrateur dans le réseau qui est capable de dire : Moi, dans mon bloc opératoire, là, par exemple, ou dans ma clinique externe de pneumologie, par exemple, ou dans ma salle d'hémodynamie en cardio, par exemple, il n'y a pas un hôpital qui est capable de dire : Bien là, c'est parce que je suis moins bon ou meilleur que mon voisin. Alors, il n'y a pas de point de référence. Et le point de référence, il faut le déterminer. Et, **comme je vous ai dit tantôt, actuellement on peut faire une détermination entre nous, mais entre nous, est-ce que c'est la meilleure possible? Alors, l'objectif de ce projet pilote là est de déterminer le meilleure possible sans nécessairement l'imposer au réseau, parce que le meilleur possible, ce n'est pas toujours possible, dans le vrai réseau. Mais il nous faut un point de référence sur lequel bâtir.** Et ça, vous avez raison, ça ne s'est jamais fait. Vous avez tout à fait raison. **Ça s'est fait ailleurs, et je peux vous dire que ça se fait partout dans le monde occidental.** Nous sommes en retard au Québec, mais sur ce plan-là, nous allons être en avance au Canada, parce qu'il n'y a personne qui est engagé au Canada dans un exercice aussi élaboré que le nôtre, parce que **vous comprendrez que ça, ça s'attache au dossier**

clinique qui va être uniformisé au Québec, parce qu'après, on va pouvoir évaluer la performance, la qualité qu'on va attacher, greffer à cette analyse-là.

Le Modérateur : Jean-Nicolas Blanchet du *Journal de Québec*.

M. Blanchet (Jean-Nicolas) : Bonjour. Est-ce que la solution de Médiamed ou de Logibec inc. est impliquée dans le projet pilote pour coordonner tout ça?

M. Barrette : La réponse, c'est non à cette étape-ci. Elle pourrait l'être dans le futur. Comme vous le savez, il y a un avis d'intention qui a été publié et je ne peux pas faire plus de commentaires compte tenu de la situation actuelle. À la case départ, ils ne le sont pas, parce qu'on est dans un environnement... et ici, dans un projet comme celui-là, c'est un environnement qui est très fermé, fermé et aussi petit. Ce n'est pas un gros hôpital de 500 lits et de 40 salles d'opération, on parle ici d'organisation avec, au maximum, six salles d'opération, donc c'est un environnement très, très, très contrôlé qui ne nécessite pas nécessairement une structure informatique qui soit, à ce point-là, élaborée. Par contre, ça pourrait être un avantage, le cas échéant.

M. Blanchet (Jean-Nicolas) : Juste une dernière, là. Dans l'avis d'intention, il est écrit que Logibec, c'est la seule alternative envisageable, selon la connaissance de marché du réseau. Il y a une recherche sérieuse et documentée qui doit être faite, selon la loi, pour déterminer, si on peut aller de gré à gré, ça a été fait. Je l'ai demandé, je ne l'ai pas obtenu, mais, moi, je voulais savoir : Est-ce que vous avez eu l'assurance qu'il y a eu une analyse de toutes les solutions comparables, exhaustives, qui a été faite par le réseau? Avez-vous cette assurance-là?

M. Barrette : La réponse, c'est oui. Maintenant, et ça va être ça qui va être aussi l'intérêt de l'avis d'intention, si quelqu'un a un produit réel opérationnalisable maintenant, on va le voir, mais, moi, ce qui m'intéresse aujourd'hui, ce n'est pas de mettre en place ou de faire une entente avec une compagnie qui va développer un produit qui va être opérationnalisable dans cinq ans, sept ans, huit ans, là. Moi, je suis dans un mode où je dois avancer et, selon nos analyses, au moment où on se parle, le produit qui fait ça de façon adéquate, c'est celui-là, d'une part; et, d'autre part, on l'utilise, nous, au moment où on se parle, d'environ 20 %, 20 % à 30 % du réseau. C'est déjà un produit, une compagnie avec laquelle nous avons les contrats.

Alors, nous n'avons pas vu, à date, de fournisseurs qui ont quoi que ce soit d'équivalent opérationnalisable maintenant.

Le Modérateur : Charles Lecavalier.

M. Lecavalier (Charles) : Bonjour, M. Barrette. Est-ce que vous avez eu des discussions avec ces cliniques-là? Parce que, bon, vous faites l'annonce, vous les nommez, mais vous dites : Elles n'ont pas encore accepté. C'est ça?

M. Barrette : Non. Alors, la semaine dernière, elles ont été avisées que nous allions... que nous allions publier, dans la *Gazette officielle*, ce projet-là. Et ce projet-là, encore une fois, c'est un projet, vous pourriez le décrire comme ça, c'est un projet qui vise à faire ce que j'ai dit, mais dans nos conditions. On les invite, s'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas. Autrement dit, s'ils ne veulent pas les ouvrir, leurs livres, s'ils ne veulent pas nous donner la transparence absolue, il n'y en aura pas avec eux autres, là.

Alors, au moment où on se parle, il y en a, il y en a, et je vais leur laisser le soin de terminer leurs entretiens avec nous, et il y en a au moins une, et probablement deux, et je pense qu'à la fin il y en aura trois qui sont prêtes à le faire. Mais encore une fois, là, j'exige la transparence absolue, absolue, absolue, là, de l'investissement initial parce qu'à un moment donné, dans le financement à l'activité, là, il faut pouvoir faire... il faut pouvoir séparer ce qui est immobilisations de frais opérationnels. Il y a le personnel, il y a les fournitures médicales, et ainsi de suite. Il y a le quotidien et il y a les immobilisations qui ont un coût, alors il faut pouvoir faire la séparation de ça de façon à ce qu'on puisse correctement faire la translation avec le réseau public. Et, pour faire cette translation-là, il faut que les équipements qui sont en place soient de calibre comparable à ce que l'on a, et, dans les trois cliniques en question, c'est le cas.

M. Lecavalier (Charles) : Et, si je comprends bien, donc ces trois cliniques-là, si le projet pilote a lieu, vont devenir un peu l'espèce de mesure officielle de combien ça coûte les opérations d'un jour dans la région de Montréal?

M. Barrette : Dans le Québec.

M. Lecavalier (Charles) : Dans... au Québec.

M. Barrette : Alors, il est possible... d'ailleurs, c'est possible. **Il est possible que, dans cet environnement-là contrôlé, on détermine que le public est meilleur que le privé. C'est possible. Mais on va le savoir.** Puis je le répète actuellement les analyses que l'on a montrées qu'il y a des écarts substantiels dans les réseaux, mais c'est nous avec nous. Alors, le, entre guillemets, privé dit toujours : On peut faire mieux, à meilleur coût. Parfait. Et l'intérêt pour moi, là, il est de trois ordres : un, vous dites qu'il est capable de faire mieux, on va aller voir, l'environnement est fermé, contrôlé, la preuve va être faite. Le deuxième intérêt évidemment, c'est l'étalonnage comme je vous l'ai dit, là. Le troisième intérêt, c'est la gestion de listes d'attente. Dans ce projet-là, le réseau public sort gagnant sur tous les points. Il est possible, là, que je baisse les listes d'attente, c'est sûr que je vais les baisser, les listes d'attente. Il est possible que j'étalonne, je suis sûr que je vais pouvoir étalonner parce que le public, là, nous par rapport à nous-mêmes, on le fait. **Maintenant, est-ce qu'il est possible que ça montre que le public est meilleur que le privé? Il est possible aussi que l'inverse, mais je vais le savoir. Là, actuellement, je ne le sais pas. Comprenez-vous? Et il n'y a personne au Québec qui est capable de le savoir, nos structures financières ne sont pas construites pour générer un niveau de précision financière en termes de coût d'un service suffisamment précis. Alors, si, moi, je suis pour faire du financement à l'activité, il faut que mon coût que je vais déterminer soit le plus précis possible. Attention! on ne parle pas ici d'un coût uniforme au Québec, mais la référence va être uniforme au Québec.** Je vous donne deux exemples. C'est bien évident que... on va prendre un cas simple, une prothèse de hanche. Faire une prothèse de hanche de première intention à 65 ans, là, c'est pareil au Québec. Faire une deuxième, remplacer une vieille prothèse puis la remettre dans un hôpital d'enseignement, ce n'est pas le même coût, alors donc il faut un coefficient. Et mettre le coût d'un bloc opératoire qui performe à haut débit, et de mettre ça, par exemple à Gaspé, ça serait une erreur parce qu'à Gaspé ils ne sont pas capables d'utiliser le bloc opératoire cinq jours par semaine. Alors, il doit y avoir des coefficients, mais, dans tous les cas de figure, il faut un point de référence. Alors, l'objectif ici est de déterminer le point de référence duquel on va partir pour ajuster nos coûts dans le réseau. **Alors, je boucle ma boucle, si le privé peut le faire moins cher, là, qu'on fait la démonstration qu'en organisant le travail différemment, et ainsi de suite — parce que, là, il y aura une souplesse — bien, c'est parfait, on l'aura montré. Si c'est équivalent, bien, on l'aura montré aussi.**

Et, si c'est plus cher que dans le public, on l'aura montré aussi. Dans tous les cas, pour le financement d'activités, j'ai rempli la première condition fondamentale, qui est de déterminer avec précision le point de référence.

Ensuite, on l'ajuste. Par-dessus ça, je diminue les listes d'attente. Et, oui, au même moment, là, dans la région de Montréal, dans la région de Québec, il y a un exercice qui est commencé, au moment où on se parle, d'optimisation de l'utilisation des blocs opératoires. Il y a du temps opératoire de pas utilisé au Québec. Je vais faire une parenthèse, là : dans la négociation que j'ai faite avec Mme Laurent à la FIIQ, là, on l'a adressé, ça faisait partie des enjeux. Alors, des blocs opératoires qui ferment à 2 heures, là, on va s'y adresser en collaboration avec les syndicats, de façon à ce qu'on aille chercher la marge qu'on n'a pas. C'est ça, notre objectif. Je ne peux pas tout faire dans une seule journée, là, mais il faut commencer quelque part. Ça, c'est la bonne façon de commencer. **Alors, ici, vous comprenez, là, qu'on ne parle pas de privatisation, là, pour ceux qui vont s'émouvoir, là, on parle ici de saine gestion du réseau.**

M. Vigneault (Nicolas) : Dr Barrette, où vous allez trouver les économies, là? Vous dites : Ce n'est pas certain qu'on va pouvoir l'appliquer à la lettre, ce taux-là ou ce coût-là qu'on va avoir déterminé. Comment vous allez l'implanter dans le réseau et arriver aux millions de dollars d'économie dont vous avez fait mention?

M. Barrette : Alors, quand vous regardez le tableau sur lequel vous venez de jeter un coup d'oeil, vous constatez que, dans nos analyses internes, on constate, avec des méthodes comparables — c'est-à-dire, je m'excuse, je me suis mal exprimé — avec une méthode identique pour des situations comparables, on constate qu'il y a des écarts de coûts qui sont substantiels, qui vont du simple au double. En partant, ça, ce n'est pas normal. Ce n'est pas normal. Alors, on ne peut pas avoir... c'est normal d'avoir une fourchette de plus ou moins x pour cent, mais ce n'est pas normal d'avoir une fourchette de plus ou moins 50 %. Parce que 100 %, simple au double, là, c'est une moyenne, plus ou moins... Ce n'est pas ça, là, on ne peut vivre avec ça, alors moi, je vais déterminer le point de référence et ça sera l'outil des administrateurs qui vont voir le Québec eux aussi, là. Ils vont voir le Québec. Alors, les administrateurs vont dire : Voici, moi, mon niveau de performance, il est celui-ci et, quand je regarde les autres au Québec, je me situe à telle place. Je suis dans le premier tiers, dans le deuxième tiers, dans le troisième tiers. Alors, c'est bien évident, là, qu'on ne peut pas demander à tout le monde d'être le meilleur au Québec en même temps, là. Ça ne se peut pas. Mais évidemment on va demander à tout le monde

d'être dans un regroupement, là, qui soit plus près de la moyenne. C'est là que sont les économies et ces économies-là évidemment, ce n'est pas pour aller dans le fonds consolidé de l'État, là, c'est pour nous permettre de faire d'autres choses.

Alors, je le répète, là, on ne peut pas faire tout ce qu'on a à faire au moment où on se parle au Québec en injectant à l'infini de l'argent. Il n'y en a pas de l'argent à l'infini.

Le Modérateur : Est-ce qu'il y a d'autres questions? Ça met fin à cette conférence de presse.
Merci tout le monde.

(Fin à 16 h 10)