



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 2 mai 2017 — Vol. 44 N° 136

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (1) : volet Santé et Accessibilité aux soins

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 2 mai 2017 — Vol. 44 N° 136

Table des matières

Santé et Accessibilité aux soins	
Remarques préliminaires	1
M. Gaétan Barrette	1
Discussion générale	3
Document déposé	37

Autres intervenants

M. Richard Merlini, président

Mme Diane Lamarre

M. François Paradis

Mme Isabelle Melançon

M. Paul Busque

Mme Véronique Tremblay

Mme Marie Montpetit

M. Amir Khadir

Mme Monique Sauvé

M. Yves St-Denis

Mme Chantal Soucy

* M. Serge Maltais, Héma-Québec

* M. Michel Delamarre, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

* M. François Giasson, idem

* M. André Delorme, ministère de la Santé et des Services sociaux

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 2 mai 2017 — Vol. 44 N° 136

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (1) : volet Santé et Accessibilité aux soins

(Dix heures une minute)

Le Président (M. Merlini) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Bienvenue à la salle de l'Assemblée nationale. Ayant constaté le quorum et l'heure, je déclare donc 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 et autres appareils électroniques qui pourraient déranger l'importance de nos travaux.

La commission est réunie ce matin et cette journée afin de procéder à l'étude des crédits budgétaires du volet Santé et accessibilité aux soins du portefeuille Santé et Services sociaux pour exercice financier 2017-2018. Une enveloppe de 12 heures a été allouée pour l'étude de ces crédits.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements ce matin?

La Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Poëti (Marguerite-Bourgeoys) est remplacé par M. St-Denis (Argenteuil) et M. Pagé (Labelle) est remplacé par Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve).

Le Président (M. Merlini) : Très bien. Je vous remercie de ces informations.

Santé et Accessibilité aux soins

Remarques préliminaires

Nous allons débiter par les remarques préliminaires puis nous allons procéder à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et les réponses. La mise aux voix de ces crédits sera effectuée à la fin du temps qui leur sera alloué.

Alors, M. le ministre, vous avez un bloc de 17 minutes pour vos remarques préliminaires. À vous la parole.

M. Gaëtan Barrette

M. Barrette : Alors, merci, M. le Président. Alors, bien, bienvenue à tout le monde, évidemment, aujourd'hui, les collègues des oppositions officielles et évidemment toute l'équipe, qui représente les différents secteurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, qui m'accompagne, à commencer par mon chef de cabinet, M. Daniel Desharnais, le sous-ministre en titre, M. Michel Fontaine, et, comme je viens de le dire, les représentants, et ils sont nombreux, comme vous pouvez le voir, des différents ministères et organismes.

Alors, M. le Président, aujourd'hui, c'est une étape qui, je pense, est importante, cette étude de crédits. Pourquoi? Bien, je pense qu'il est important de le rappeler, cette année sera l'année où la santé, et les services sociaux au complet, en termes budgétaires, franchira la frontière très significative de 50 % des dépenses de programmes de notre gouvernement. Ce n'est évidemment pas 50 % du budget total de l'État, évidemment, mais bien un peu plus de 50 % des dépenses de programmes, ce qui, en soi, est un fait à être souligné et ce qui explique évidemment le fait que nous soyons si nombreux aujourd'hui.

Je commence comme ça, M. le Président, parce que la population, je pense, le réalise à tous les jours, les parlementaires, pas nécessairement, mais je pense qu'on doit le souligner quand même : pour en arriver à contrôler la croissance des coûts des services de santé et des services sociaux, ça exige une maîtrise des finances publiques. Et ça, on ne peut pas ne pas le souligner suffisamment. On doit le répéter.

Dans les 12 heures qui vont nous occuper aujourd'hui et demain, on entendra évidemment un certain nombre de questions auxquelles je vais m'efforcer de répondre avec le plus de précision possible. Évidemment, il y aura un certain nombre aussi, probablement, d'allégations ou de sous-entendus dans les questions, mais je tiens tout de suite à rappeler à nos collègues parlementaires de toutes les oppositions que nous avons franchi la barre de 50 % du budget des dépenses de programmes de notre gouvernement. Ce n'est pas rien. C'est une quantité très grande de services, que ce soit de santé directe ou de services sociaux. Et évidemment on serait très intéressés de voir ce que nos collègues des oppositions pourraient nous proposer de faire différemment et sur quelle base ils pourraient nous proposer de faire différemment. On aura certainement l'occasion d'y revenir pendant la période en question, pendant les 12 heures qui vont nous occuper.

Une chose est certaine, avec un budget de 36 763 000 000 \$, donc, c'est un gros chiffre, mais c'est un chiffre qui s'adresse à un sujet complexe qui touche tous les secteurs de la société, tous les gens, tous les aspects de la société, et qui surtout nous oblige à faire des choix. Aujourd'hui, je suis heureux, M. le Président, parce qu'on a maîtrisé la croissance des coûts en santé, et on a fait des choix, et on a fait des choix qu'on a étalés sur la place publique et que l'on va reconduire dans ce budget-ci. L'augmentation de notre budget de santé et des services sociaux est de 4,2 %. À titre indicatif, M. le Président, je pense qu'il faut le souligner, toutes les provinces canadiennes ont de grandes difficultés à faire face aux enjeux de santé et des services sociaux, presque toutes les provinces canadiennes ont des finances publiques qui sont en difficulté.

Cette semaine, on voyait nos collègues de l'Ontario présenter leur premier budget, leur premier budget en disant qu'il est équilibré, et, dans ce budget équilibré, on augmentait les coûts de santé de seulement 3,3 %. C'est significatif quand même, 3,3 %, mais c'est moins que ce que le Québec fait, et ça montre que les efforts qui ont été faits par la population et par les gens du réseau ont donné leurs fruits.

Et, quand on dit que ça a donné leurs fruits, M. le Président, et que certaines décisions doivent être prises, bien, allons-y et regardons essentiellement sur quoi nous nous basons pour faire nos choix budgétaires pour la prochaine année. Évidemment, M. le Président, je pense qu'en santé, tout le monde le dira, avant de soigner les gens, il faut s'adresser à ce que l'on convient d'être la première chose, la prévention. La prévention est un sujet qui fera l'objet d'une présentation évidemment par ma collègue Mme Charlebois, qui est ministre déléguée à un certain nombre de choses, mais en particulier à la prévention. Évidemment, il y a deux autres piliers de notre ministère que sont... un qui est méconnu qui est celui des infrastructures, sur lequel je reviendrai vers la fin de mon allocution, et le deuxième... le troisième ou le deuxième, dans l'ordre évidemment, c'est celui des soins offerts à la population.

• (10 h 10) •

Commençons, M. le Président, par mettre les choses dans leur ordre approprié. Dans le bon ordre, là, en santé... Puis je sais que c'est des mots que je vais prononcer qui sont durs à entendre pour bien des gens dans les oppositions et ceux qui critiquent le système de santé, mais la médecine, M. le Président, là, la santé, il y aura toujours des médecins, il y aura toujours une première ligne, et, la première ligne, qui se doit d'être interdisciplinaire, qui l'est de plus en plus, bien, on n'a pas le choix de s'adresser à cette problématique-là. Je rappelle que nous sommes dans une période de transformation de notre système de santé, particulièrement en ce qui a trait à la première ligne, et le meilleur exemple que l'on peut donner, c'est la mise à jour que nous avons faite en termes d'accès à la première ligne, en date du 31 décembre dernier. Et, je le souligne encore une fois, grâce à nos interventions, grâce à l'effet levier de notre loi n° 20, il se trouve que, dans les faits — et ça, c'est vérifié, M. le Président — il y a plus de 560 000 personnes, en date du 31 décembre 2017, qui ont maintenant accès à un médecin de famille.

Non seulement sont-ils inscrits à un médecin de famille, mais les médecins changent leur pratique. Ils changent leur pratique de deux manières. Ils s'en vont vers ce que l'on appelle l'accès adapté, qui est la fin du rendez-vous annuel répétitif et sans nécessité, pour avoir un profil de pratique qui soit... ce que l'on peut qualifier d'une pratique ouverte, adaptée aux besoins des gens, qui fait en sorte que les citoyens qui sont inscrits à un médecin de famille, eux puissent le voir dans ce mode-là en quasi-totalité, quand c'est nécessaire, dans la semaine. C'est du jamais-vu. Ça ne s'est jamais fait. Ça n'a jamais été évoqué. Ça n'a jamais été proposé. Bien, nous l'avons fait. Et ça se fait dans un environnement interdisciplinaire. Oui, M. le Président, quand on fait ça, il y a du travail d'infirmière et d'autres professionnels. J'y vais, moi, sur le terrain. Je rencontre ces professionnels-là qui nous disent : Oui, c'est beaucoup mieux comme ça. Et il faut aller les voir, ces gens-là, plus souvent, je dirais. Il faut aller les voir plus souvent pour qu'on entende leurs expériences nous dire : Oui, ça fonctionne beaucoup mieux. Pour qui? Pas pour nous, les gouvernements, pas pour nous les praticiens, mais pour les citoyens. Il faut le rappeler, ça.

On avait annoncé d'ici la fin du mandat, et on maintient cette annonce, cet engagement-là, le déploiement de 50 supercliniques. Ce sont des vraies supercliniques. J'ai entendu des gens, dans les dernières heures, dire qu'il n'y a pas de personnel supplémentaire. Ce matin, j'ai donné une entrevue à la suite d'un médecin qui critiquait le fait que, les supercliniques, il n'y avait pas de personnel supplémentaire. Bien, ça doit être parce qu'il ne pratique pas dans une superclinique. D'ailleurs, cet individu-là ne pratique pas dans une superclinique, il pratique dans une urgence. Mais, dans une superclinique, M. le Président, on investit des sommes d'argent, mais qui arrivent en ajout de personnel, du personnel public, payé par le public, qui vient multiplier l'effet de l'offre de services accrue qui est offerte par les supercliniques.

On est rendus à 12, M. le Président. On en a actuellement dans presque tous les territoires, on en a à Montréal, en Montérégie, à Laval, en Estrie, et on en aura ailleurs. Sur mon bureau, au moment où on se parle, 34 groupes de médecins se sont avancés pour qu'on puisse analyser leurs dossiers. Ils ont l'intention de faire ces 34 supercliniques là si l'analyse de leurs dossiers est positive, et je ne vois pas de raisons pour lesquelles ça ne serait pas positif, mais nous aurons, sur tout le territoire du Québec, sans doute d'ici la fin de l'année 2017, opérationnelles, 34 supercliniques. Puis je suis bien convaincu que, dans l'année 2018, on se rendra à 50.

Alors, ça, c'est un ajout net, c'est important, c'est un ajout net d'offre de services dans une transformation de la pratique parce qu'on a eu un levier qui était la loi n° 20 qui, oui, a provoqué un changement, mais n'est-ce pas ce que l'on voulait tous et toutes, provoquer un changement?, ce que nous avons fait, et le changement est en train de s'opérer. Je suis convaincu, mais vraiment convaincu que nous sommes à portée de main de résoudre la problématique de l'accès en première ligne.

Est-ce que c'est la fin des interventions que nous avons ou aurons à faire? La réponse, M. le Président, évidemment, c'est non. Il y en aura d'autres. C'est la raison pour laquelle on a un projet de recherche, un projet pilote, un projet de recherche, le projet Archimède qu'on a lancé à Québec. C'est quoi, ça? Imaginez, M. le Président, c'est un projet où on met un surnombre de personnel non médical, des infirmières, des travailleurs, et ainsi de suite, des IPS, les fameuses superinfirmières, qu'on met à profit dans un mode collaboratif selon lequel on est convaincu qu'on va être capables de faire en sorte qu'un médecin non plus aura la responsabilité de 1 000 ou de 1 500 personnes, mais bien de 3 000. Pourquoi 3 000? Parce qu'il y aura les équipes appropriées pour appuyer et régler des problèmes qui sont des problèmes ponctuels.

M. le Président, dans la dernière année, on s'est adressés, et ça, il faut le retenir, nous nous sommes adressés aux problématiques ponctuelles qui gênent la fluidité de notre système, hein? Et on les connaît, ces zones où il y a des problèmes de fluidité. Nous nous sommes adressés au maintien à domicile, aux CHSLD, à l'attente pour les plateaux techniques, les scans, les résonnances, les salles d'endoscopie, à l'attente chirurgicale en investissant dans de nouvelles salles d'opération dans le réseau hospitalier, en ajoutant des salles d'opération dans notre projet de trois cliniques. Nous

avons investi dans un plan d'action en santé mentale qui a été annoncé il y a quelques jours, les gens qui sont les plus démunis, pour ceux qui ont des problèmes de santé mentale à l'extérieur de l'hôpital, de l'aide pour aller les aider sur place. On sait, par expérience, que ça résout un certain nombre de problèmes. L'investissement, M. le Président, est au rendez-vous.

Evidemment, ce n'est pas terminé. Bientôt, dans quelques semaines, nous tiendrons un forum sur les soins à domicile. On tiendra un forum là-dessus. Et, à la clé de ce forum-là, il y aura, là aussi, de nouvelles pratiques, sans doute de nouveaux investissements, pour faire en sorte qu'on améliore cet aspect-là.

Alors, quand on prend le tout dans son ensemble, M. le Président, ce n'est pas compliqué : du domicile jusqu'à l'hôpital, en revenant à domicile, nous avons choisi de faire en sorte qu'on puisse identifier les points où il y a un frein, où il n'y a pas la fluidité, pour faire en sorte que, dans cette chaîne, qui, comme dans toute chaîne, se voit moins fonctionnelle parce qu'il y a un endroit où on est moins performants, on a identifié les problèmes et investi spécifiquement là-dedans en exigeant une reddition de comptes. Que penser des fameux NSA dont on parle depuis quelques semaines? On y reviendra certainement dans les prochaines heures.

Et, puisqu'il me reste un peu de temps, M. le Président, allons maintenant sur les infrastructures, hein? Moi, j'ai entendu une personne, qui est présente ici, dans la salle, dire qu'on investissait dans du béton puis que ce n'était pas une bonne idée. Bien, je vais le répéter, M. le Président, à tous ceux et celles qui travaillent dans ces environnements-là, nous, au gouvernement libéral, on comprend que l'environnement physique a un impact sur la qualité des services qu'on donne, ça a un impact, en premier, sur le moral des troupes. À un moment donné, d'être dans du dysfonctionnel et du vétuste, ça impacte les gens. Et ça a un impact aussi sur la sécurité des soins, sur la prévention de la dissémination de certaines infections nosocomiales. D'ailleurs, M. le Président, à cet égard-là, ce matin, il y a eu une excellente nouvelle, on s'améliore au Québec, mais ça a un impact aussi sur, globalement, la qualité des soins, M. le Président.

Donc, les infrastructures, bien, rappelons-le, dans les 10 prochaines années, le Québec a un plan d'investissement en infrastructures de santé de 17 milliards de dollars. C'est beaucoup d'argent. À la limite, et je le dis souvent, ce n'est probablement pas assez. Mais, et je termine là-dessus, M. le Président, entre ne pas bien équilibrer les finances publiques et de dépenser de l'argent sur de la dette, comme d'autres gouvernements ont fait avant nous, et bien gérer l'État pour avoir des liquidités, pour les investir au bon endroit, il me semble que le choix est clair. Et c'est le choix que nous avons fait depuis le 7 avril 2014 et c'est le choix qu'on va continuer de proposer à la population le 1er octobre 2018. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre et député de La Pinière, pour vos remarques préliminaires. J'invite maintenant la porte-parole de l'opposition officielle et la députée de Taillon à faire ses remarques préliminaires pour un maximum de 10 minutes. À vous la parole.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Je pense que la population a plus envie d'entendre les réponses précises qu'on espère obtenir de la part du ministre. Alors, je préfère libérer ce 10 minutes pour avoir plus de temps pour poser des questions et obtenir des réponses du ministre. Merci.

Le Président (M. Merlini) : C'est très bien. Alors, Mme la secrétaire va répartir votre temps dans vos blocs d'intervention. Maintenant, je cède la parole au porte-parole du deuxième groupe d'opposition et député de Lévis pour ses remarques préliminaires, pour un maximum de sept minutes.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Bien, je prends ce temps-là uniquement, en quelques secondes, pour saluer mes collègues de l'opposition, également le ministre et toute son équipe, en espérant qu'on pourra mettre à profit ce temps-là pour, de fait, avancer de manière constructive. Je garderai le reste du temps pour les interventions précises sur les questions. Merci.

Le Président (M. Merlini) : Très bien. Alors, votre temps restant, demeurant va être réparti dans vos blocs d'intervention. Alors, je vous remercie pour ces remarques préliminaires.

Discussion générale

Nous allons commencer l'étude, proprement dite, des crédits budgétaires. Je suis prêt à reconnaître une première intervention de l'opposition officielle pour un premier bloc d'échange. Mme la députée de Taillon, la parole est à vous.

• (10 h 20) •

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, l'étude de crédits est l'occasion d'obtenir des informations, des précisions. Et, dans la réforme et les multiples lois que le ministre a pu appliquer depuis trois ans, l'enjeu premier était de travailler à résoudre un symptôme, qui est la liste d'attente aux urgences. C'est un peu l'alerte qui est traduite, à l'urgence, par ces attentes, et qui traduit bien sûr un besoin d'amélioration de l'efficacité dans la circulation, dans l'organisation, dans la synchronisation des soins à l'urgence, et qui traduit surtout de grandes lacunes dans l'avant-urgence et dans l'après-urgence, cette avant-urgence étant davantage liée à la première ligne, pour laquelle il n'y a pas eu énormément d'investissements. Et les investissements ont été concentrés principalement sur des sommes destinées aux médecins et, après l'urgence, dans le soutien à domicile, où vraiment, là, le gouvernement libéral, qui avait promis 150 millions de dollars par année en soutien à domicile, a donné 60 millions seulement l'année dernière et 69 millions cette année. Alors, on est définitivement en déficit.

Mais revenons à l'urgence. Alors, ce bulletin, c'est un peu le bulletin du ministre : les urgences, on voit que les temps d'attente à l'urgence n'ont pas diminué, 15 h 6 min, même chose que l'an dernier; délai de prise en charge par

un médecin, 2 h 16 min. Et ce qu'on a trouvé qui s'est amplifié davantage cette année, ce sont les unités de débordement, donc des lits supplémentaires qui n'entrent pas dans les statistiques de l'urgence, mais dont les citoyens sont tout à fait conscients qu'ils ont été placés sur ces lits-là. Et donc on en avait 482, en 2015-2016, en moyenne par jour au Québec et, en moyenne par jour au Québec en 2016-2017, on en a eu 511, lits de débordement. Donc, c'est très, très pertinent et c'est très important.

Alors, j'aimerais avoir de la part du ministre des informations par rapport au temps de séjour des patients sur les lits de débordement, puisque ça va nous aider à avoir un portrait plus juste. Là, on a un 15 h 6 min à l'urgence. Il faudrait ajouter le temps moyen des gens qui ont passé sur ces lits... ces unités de débordement pour avoir un portrait plus exact du temps d'attente réel des gens lorsqu'ils se présentent à l'urgence d'un hôpital.

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

M. Barrette : Bien, M. le Président, si vous le permettez, notre collègue a fait un état de situation, et elle me pose une question que j'aimerais qu'elle précise, puis je vais vous expliquer pourquoi. Je ne suis pas sûr d'avoir compris la question, mais on va quand même... pas rectifier, mais préciser certaines choses.

Lorsque nous sommes arrivés en poste, le temps d'attente était au-delà de 17 heures. C'est vrai, M. le Président, que, cette année, la réduction du temps d'attente sur civière à l'urgence n'a pas diminué de façon significative, très peu, c'est marginal. Il a diminué de façon significative par rapport à ce que c'était lorsque nous sommes arrivés en poste, et ça, on ne peut pas contester ça.

Maintenant, avant de critiquer le fait que nous ayons encore cette durée moyenne de séjour là, encore faut-il... Et c'est ce qui est dommage un peu, en quelque sorte. Lorsqu'on parle de ce sujet-là, on l'aborde toujours par un chiffre mais sans regarder les causes qui résultent dans le chiffre. Alors, on va parler des causes, M. le Président.

Bon, premièrement, j'entendais la députée de Taillon dans les médias dernièrement dire qu'il fallait avoir plus de médecins et d'infirmières à l'extérieur de l'hôpital pour diminuer le temps d'attente sur civière dans les urgences. Voilà une incohérence totale, parce que les gens à l'extérieur de l'urgence... Quand bien même il y a plus de médecins ou plus d'infirmières, plus de pharmaciens, et ainsi de suite, ça ne s'adresse pas aux gens qui sont couchés sur une civière à l'urgence. Une personne qui est couchée sur une civière à l'urgence est une personne chez qui on soupçonne une condition médicale suffisamment grave pour au moins l'investiguer et possiblement l'hospitaliser pour recevoir tel ou tel traitement.

Alors, prenons un exemple simple, M. le Président : une personne qui a une douleur abdominale, chez qui on soupçonne une diverticulite qui peut exiger une opération, bien, on n'opère pas toutes les diverticulites, mais on les investigate toutes lorsqu'on soupçonne ça. Alors, quand on est couchés sur une civière, c'est parce qu'on ne peut pas être à la maison. Alors, mettons ça en perspective, là. Le temps d'attente sur civière, contrairement à ce qu'a évoqué notre collègue, n'a rien à voir avec l'extérieur de l'hôpital ni le temps d'attente pour voir un médecin.

Pourquoi le 15 heures n'a pas diminué significativement dans la dernière année et pourquoi a-t-il diminué significativement entre notre arrivée et l'année dernière, et maintenant? Bien, il a diminué parce qu'on a mis en place des règles de gestion qui étaient favorables.

Mais aujourd'hui il y a un élément qui manquait, et l'élément qui manquait, c'est ce que l'on appelle la problématique des NSA. C'est un problème qui existe dans tout le Canada. Il ne faut pas penser, là, que le Québec est différent des autres, c'est un problème qui existe dans tout le Canada. NSA, ça veut dire «niveaux de soins alternatifs». En français courant...

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Oui.

Mme Lamarre : ...répondu par un chiffre, normalement. Alors, juste par équité, au niveau de la répartition du temps...

Le Président (M. Merlini) : Oui, je vérifie l'équité au niveau du temps.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Le ministre est bel et bien dans son temps. Il vous reste à peu près une minute.

M. Barrette : Alors, NSA, ce sont des patients qui occupent des lits à l'étage, là où le patient qui est sur civière à l'urgence devrait aller s'il a besoin d'aller à l'étage. Et ces lits-là n'étaient pas libérés parce que personne n'a investi pour les libérer, hein? Puis ça inclut le gouvernement du Parti québécois précédent. On a investi 100 millions de dollars, M. le Président, 100 millions de dollars pour libérer ces lits-là.

Et, puisqu'on parle de chiffres, à tous les jours, M. le Président, tous les jours, de 10 % à 15 % des lits de courte durée, au Québec, sont occupés par des patients qui ne devraient pas y être. Ça, c'est entre 2 000 et 2 500 personnes... lits qui ne sont pas utilisables par les patients de l'urgence. On a investi pour les libérer, et c'est ça qui va amener progressivement une diminution encore plus significative de l'attente sur civière dans les urgences.

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

Mme Lamarre : Alors, je comprends que le ministre ne veut pas nous donner l'information, à savoir quelle est la durée des personnes qui sont restées sur les unités de débordement. C'est bien dommage parce que ça aurait été très éclairant. D'autant plus que, dans le portrait du 15 h 6 min pour la durée moyenne sur une civière, on a aussi des statistiques : plus de 24 heures et plus de 48 heures. Et ces deux statistiques-là n'ont pas bougé les deux années où le ministre a pourtant imposé et aurait dû avoir les conséquences de ces fameuses lois n^{os} 10 et 20 dont il nous parle régulièrement.

Donc, séjour 24 heures ou plus, on a 20,7 % des gens qui attendent, 20,7 % sur une civière à l'urgence. On ne sait pas après s'ils sont transférés sur une unité de débordement, ces gens-là, puis on ne sait pas combien d'heures ils restent sur l'unité de débordement parce que le ministre ne veut pas nous donner l'information. 48 heures et plus à l'urgence, on a encore 5,1 % des gens qui attendent sur une civière à l'urgence 48 heures après. On est le seul endroit au monde à avoir des statistiques de cette nature-là. Et c'est ça, l'objectif que le ministre avait à rencontrer, et c'est ça, les réponses qu'il avait à nous donner et le problème qu'il avait à résoudre, et il ne réussit pas. Alors, plutôt que de considérer que c'est un constat d'échec et de dire : On va faire mieux, il a décidé d'envoyer 100 millions de dollars, et on ne sait pas exactement où et comment c'est appliqué, mais ça ne donne toujours pas les bons résultats.

Alors, l'autre enjeu, puisque... Je comprends, là, donc que le ministre ne veut pas nous donner la moyenne d'heures pendant laquelle les gens restent sur les unités de débordement, donc premier refus d'information de la part du ministre. Ensuite, on a un nombre total de patients ayant quitté l'urgence sans prise en charge médicale, alors donc des gens qui sont tellement épuisés d'attendre à l'urgence que, malgré le fait qu'on les ait inscrits, c'est-à-dire qu'on ait fait toutes les démarches administratives pour les inscrire à l'urgence : en 2015-2016, on en avait 343 000; en 2016-2017, 363 000, donc 20 000 personnes de plus qui ont quitté. Déjà, la dernière fois qu'on a eu un rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, quand il était encore en fonction, il avait déjà, il y a deux ans, dit qu'il y avait 30 % des gens qui quittaient avant d'avoir été traités à l'urgence, et là on a 20 000 personnes de plus.

Alors, ces personnes-là, ça représente des coûts. Est-ce que le ministre pourrait nous dire combien ça coûte, inscrire quelqu'un à l'urgence d'un hôpital? Quand quelqu'un se présente, on lui fait sa carte médicale, il est accueilli, il y a des gens qui amènent des civières, il y a des transferts, il y a des éléments... il y a du triage. Combien ça coûte juste entrer à l'urgence d'un hôpital, avant d'avoir les soins? Juste l'entrée?

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

• (10 h 30) •

M. Barrette : M. le Président, je vous annonce que, là, j'ai été indulgent, mais, à chaque fois, à partir de maintenant, que notre collègue va dire que je refuse de donner une information, je vais évidemment invoquer l'article 35. Je vous invite, M. le Président, à rappeler la collègue à l'ordre.

Alors, je ne refuse pas de donner telle ou telle information. Alors, le mot «le ministre refuse» a été répété à au moins quatre reprises depuis la première intervention de la collègue. Si c'est comme ça que la collègue veut que se déroule notre étude de crédits, bien, ça sera comme ça, et je répondrai sur le même ton qu'elle, qui est un ton qui est dérogatoire. Alors, je vous le dis, là, je l'ai laissé passer. Je ne le laisserai plus passer. Voilà.

Maintenant, pour répondre à la question, la donnée qu'elle me demande n'est pas une donnée colligée dans notre système. Nous n'avons pas de durée moyenne de séjour dans les unités de débordement. Je n'ai pas à ma portée actuellement cette donnée. Je peux voir si éventuellement je peux trouver quelque chose, là, mais je ne l'ai pas aujourd'hui. Alors, je ne refuse pas de donner une donnée. Cette donnée-là, après avoir consulté d'ailleurs mes collègues qui m'entourent, n'existe pas de façon formelle.

Maintenant, pour ce qui est, M. le Président, des durées moyennes de séjour, et du plus de 24 heures, et du plus de 48 heures, bien, je vais continuer sur ce que j'expliquais tout à l'heure pour que les gens qui nous occupent, qui, eux, s'intéressent aux faits comprennent bien. S'il n'y a pas suffisamment de lits libérés sur un étage, la personne qui est à l'urgence ne peut pas être transférée dans un environnement qui est plus approprié, qui est celui d'une chambre.

La députée de Taillon a dit, et c'est incroyable, ce que j'ai entendu, M. le Président : Le ministre a investi 100 millions de dollars, puis on ne sait pas où ce que l'argent est allé. Bien, je vais lui dire très clairement, M. le Président : Il y a une reddition de comptes qui est exigée de chacun des centres hospitaliers, et, le 100 millions, la consigne a été extrêmement claire. Le réseau, les CISSS, les CIUSSS et hôpitaux non fusionnés ont l'obligation de nous démontrer que l'argent qui a été octroyé à leur organisation a été dépensé pour acheter des ressources externes à l'hôpital pour justement libérer ces lits.

Alors, voilà une affirmation qui est totalement inappropriée pour une parlementaire. Elle aurait pu poser la question : Est-ce que le ministre peut éventuellement en faire la démonstration? Bien oui, on pourra lorsqu'il y aura une reddition de comptes complète, bien oui. Et là, aujourd'hui, elle existe, cette reddition-là, reddition de comptes là, au moment où on se parle.

Ce qui se passe, par exemple, M. le Président, et c'est la raison pour laquelle je suis intervenu, au grand désespoir de ma collègue, c'est que les lits, lorsqu'ils sont libérés, les médecins veulent traiter des gens, et les gens comprendront que, quand un lit se libère sur un étage de chirurgie, tous les chirurgiens veulent l'avoir. Quand un lit se libère sur une unité de médecine, tous les médecins — c'est comme ça qu'on les appelle, les médecins versus les chirurgiens — veulent l'avoir pour faire telle ou telle investigation.

Et là, là, il y a une espèce d'enthousiasme qui vient du fait que soudainement on libère des lits et il y a eu une gestion qui a été sous-optimale. Et ce n'est pas un reproche que je lance à personne, là. On a voulu, dans le réseau, traiter plus de monde. C'est une bonne chose. Mais cet argent-là, le 100 millions qui est en train d'être opérationnalisé, devait servir et doit encore servir exclusivement, en premier, à faire monter des patients de l'urgence et à partir de maintenant, c'est ça.

Qu'est-ce que ça donne? Ça donne que les débordements qui ont été évoqués avec beaucoup d'énergie par mes deux collègues des oppositions, bien, ces débordements-là sont en train aujourd'hui de s'effacer par une saine gestion. Et j'y reviendrai après, parce que je vois dans votre regard que vous m'indiquez que ma partie de temps est écoulée.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre, de respecter l'équilibre entre les questions et les réponses. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, je comprends qu'il y a 511 lits de débordement qui ont été occupés à tous les jours en moyenne au Québec dans la dernière année et qu'on n'a aucune idée du temps que les gens les ont occupés et donc des coûts qui ont été associés à l'occupation de ces unités de débordement... de ces lits de débordement.

Alors, le ministre qui vient de dire que chaque dollar compte, que tout doit être pesé, alors, moi, je lui donne... Et il me dit qu'il est ouvert à chercher des informations. Demain, nous sommes encore en crédits toute la journée. Donc, je demande au ministre de m'apporter des informations, en fait, de les apporter à la population, parce que la population est en droit d'avoir accès à cette information-là : 511 lits de débordement chaque jour, au Québec, qui ont été occupés par des patients. Combien de temps et combien ça a coûté, ces unités de débordement? Alors, est-ce que le ministre accepte demain de m'apporter les informations qu'il aura?

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

M. Barrette : M. le Président, là, vraiment, on entre dans un non-débat. Là, on est vraiment, là, dans le non-débat. Là, c'est vraiment, vraiment, vraiment s'adresser à la population pour leur laisser croire qu'il y a un problème. Il n'y a pas de problème, M. le Président, là. Alors, la durée de moyenne de séjour dans un débordement, ce n'est pas un problème en soi, parce que, quand la personne quitte l'urgence, elle est, en quelque part, parmi les lits, elle est hospitalisée, et là on a une durée moyenne de séjour de patients hospitalisés qui est aux alentours de sept jours. Et ça, c'est quelque chose qui est connu.

Pour ce qui est du coût, M. le Président, à partir du moment où on est hospitalisé, chaque citoyen au Québec qui est hospitalisé, chaque patient est l'objet d'un paiement qui est un per diem, qui existe pour tout le monde. Alors, il n'y a pas d'enjeu dans ce débat-là. L'enjeu, il est passé, là. On en a parlé. L'enjeu, c'est de libérer des lits pour que les gens aillent non pas... ne restent non pas dans un couloir, inconfortablement, n'aillent pas dans un couloir à l'étage, même il y a des pratiques qui le suggèrent. D'ailleurs, j'invite la députée de Taillon à s'informer. Dans d'autres provinces, là, comme en Alberta, la très riche Alberta, bien, ils ont des unités de débordement comme ça, eux autres aussi, parce qu'il n'y a pas de système de santé qui peut se permettre d'avoir des ressources inutilisées. Et, si on fonctionne à pleine capacité tout le temps, il y aura des moments où il y aura des débordements. C'est en quelque part la fatalité.

Alors, ces coûts-là, mais il n'y a pas de drame, de scandale là. Il n'y a rien à reprocher. Une personne qui est hospitalisée dans une unité de débordement ou dans un lit dans une chambre normale reçoit un per diem comme tout le monde. On n'empêche pas les gens, là, d'être couchés dans un lit, puis de manger, puis d'aller à la toilette parce qu'ils sont dans une unité de débordement, là. Alors, il n'y a pas drame là.

Ce qui est l'enjeu, c'est ce dont je parle : libérer des lits, 100 millions. Il y a une reddition de comptes, contrairement à ce qu'insinue la députée de... Oui, M. le Président. M. le Président, la députée a dit : «On ne sait pas où l'argent va», de même, avec beaucoup de légèreté.

Le Président (M. Merlini) : Il faut quand même...

M. Barrette : Alors, moi, je trouve que le ton est un petit peu agressant et insultant, savez-vous pour qui? Pour les gestionnaires à qui on donne la consigne de le dépenser correctement. C'est comme, quand elle parle, si les gestionnaires ne faisaient leur job correctement. Moi, je vais vous dire une chose, M. le Président, les gestionnaires...

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

M. Barrette : ...font un très bon travail dans le réseau.

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, nonobstant... Il faut quand même faire attention pour ne pas utiliser... et le mot «insinuer» prête une intention à la députée de Taillon. Alors, je vous demande d'être prudent dans l'utilisation de vos propos, même si vous défendez avec vigueur les gestionnaires du réseau de la santé. Alors, nous allons...

M. Barrette : ...M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Tout à fait. Le règlement, c'est bon pour pitou, c'est bon pour minou. Alors, nous allons procéder à une autre question de Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Je veux affirmer tout le respect que j'ai pour l'ensemble des gestionnaires du système de réseau de la santé, et c'est justement pour leur rendre justice que je pense qu'il faut que la vérité sorte. C'est ce que les gens veulent quand ils travaillent, et ils travaillent très fort.

Alors, j'ai demandé une autre information, M. le Président, tantôt...

Une voix : ...

Mme Lamarre : M. le Président, c'est à mon tour.

Le Président (M. Merlini) : Un instant, un instant. Les appels au règlement, le temps est arrêté. Le temps est pris sur la présidence. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, vous voyez, elle ne veut même pas me laisser le droit d'invoquer l'article 35, qui est mon droit absolu.

Le Président (M. Merlini) : Non, vous avez le droit en vertu de l'article 39 de faire un appel au règlement.

M. Barrette : Alors, article 35, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Oui.

M. Barrette : Quand on dit «que la vérité sorte», implicitement ça veut dire qu'on ment. Alors, je lui propose...

Le Président (M. Merlini) : Non.

M. Barrette : ...d'arrêter d'avoir ces insinuations-là. M. le Président, «que la vérité sorte», là, ça veut dire que la vérité n'est pas sortie. Elle est cachée. Puis, si elle est cachée, c'est que quelqu'un la cache. Là, là, tout le monde qui nous écoute aujourd'hui vont comprendre ça, là.

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Il a invoqué...

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Il a invoqué l'article 35, où on impute des motifs indignes, à l'article... au sixième alinéa de l'article 35. Est-ce que vous avez un commentaire, en vertu de l'article 40, sur l'appel au règlement?
• (10 h 40) •

Mme Lamarre : Bien, M. le Président, le ministre évoque quelque chose qui n'est pas en lien avec notre débat actuellement. Je pense que la recherche de vérité, c'est tout à fait honnête, et c'est tout à fait correct, et c'est pour ça qu'on est ici. Et ça ne présume pas que ce qui est donné n'est pas vrai. Ça présume juste que ce qu'on veut, c'est avoir les vraies informations le plus possible pour la population. C'est l'objet des études de crédits. C'est d'aller chercher l'information. Alors, c'est ce que j'ai demandé, M. le Président.

J'aimerais ça prendre les dernières minutes pour demander un chiffre au ministre. Ça ne sera pas très long.

Le Président (M. Merlini) : Oui. Encore une fois, je rappelle aux parlementaires, de part et d'autre de cette salle, de bien faire attention aux propos qui sont utilisés. Oui, effectivement les questions sont posées avec vigueur, et les réponses sont données avec autant de vigueur. Et j'espère que nous allons continuer ce 12 heures d'échange tout en respectant le règlement et en respectant le rôle que nous avons comme parlementaire, qui est essentiel au bon fonctionnement de nos institutions.

Mme la députée, à vous la parole pour votre question, et la réponse sera prise sur le temps du gouvernement. Alors, à vous la parole, Mme la députée.

Mme Lamarre : Alors, je demande au ministre de nous donner les informations qu'il aura sur les unités de débordement d'ici demain, si c'est possible, et également d'ajouter l'année prochaine toutes les statistiques, et les durées, et les informations sur le temps et le coût pour les unités de débordement qui sont utilisées.

J'ai posé une autre question tantôt, une évaluation du prix à l'admission d'un patient quand il se présente à l'urgence, le ministre ne m'a pas donné de réponse à cette question. Je pense que je ne dévie pas de rien, là. Je n'ai pas entendu cette réponse. Alors, les chiffres que j'ai, ça varie entre 250 \$ et 500 \$ selon la nature de l'hôpital, si c'est un hôpital très spécialisé ou un hôpital... Alors, on considère qu'on a 363 000 personnes qui ont quitté l'hôpital après leurs inscriptions. À des frais de 250 \$ pour ouvrir leur dossier et les accueillir au triage, ça fait 90 millions de dollars dans notre année, la dernière année, qui ont été gaspillés, donc pour lesquels des employés de l'État, des employés de nos établissements de santé ont travaillé pour ouvrir des dossiers. Et ces gens-là n'ont même pas bénéficié de ce travail-là. Et donc 90 millions de dollars, là, 363 120 personnes qui ont quitté avant d'avoir des services, à 250 \$. Et on peut comprendre que, dans un grand établissement, là, ça peut facilement coûter ça en temps et en personnel qui se mobilise à chaque fois qu'il y a une demande d'admission à l'urgence d'un hôpital.

Donc, 90 millions, est-ce que le ministre peut confirmer ces chiffres ou s'il peut nous en... Puis, s'il en a d'autres, s'il en a des plus importants, il peut les apporter aussi. Est-ce qu'il peut les moduler? Mais les chiffres que j'ai, moi, ça me donne 90 millions de dollars à ce moment-ci.

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

M. Barrette : M. le Président, c'est un chiffre qui est plausible. Je peux faire la vérification et revenir. Alors, c'est un chiffre qui est plausible pour la simple et bonne raison, M. le Président, qu'à chaque année il y a, dans nos urgences, 3,3 millions de visites. Hein, il y a 3,3 millions de personnes, une fois ou plusieurs fois, là, qui vont venir à l'urgence recevoir des services de santé.

Mais la position de la députée de Taillon m'étonne, M. le Président. Parce que je vais lui rappeler la chose suivante : dans la course à la chefferie, elle avait pris une position, ça ne fait pas longtemps, là, ça, c'est le 21 juin 2016, elle disait, là, qu'elle proposait, avec son collègue de... elle proposait de créer une voie rapide dans nos urgences pour traiter les problèmes mineurs. Elle nous proposait, à toutes fins utiles, d'avoir plus de monde à l'urgence, où ça irait encore plus vite. Puis en même temps, aujourd'hui, ce que l'on entend, là, et ce qu'on entend depuis plusieurs semaines, là, c'est que, là, il faudrait qu'on aille à l'extérieur. Mais, par-dessus tout, M. le Président, là, je réfère aux propos et aux arguments que notre collègue tient depuis le début de l'étude des crédits, il y a trois ans, il y a quatre ans, là, sous Réjean Hébert, le ministre de la Santé d'alors, il y en avait, des unités de débordement, puis le temps d'attente sur les urgences était encore plus grand qu'aujourd'hui. Et au Parti québécois, on ne proposait pas et on ne s'adressait pas à quoi que ce soit de cet ordre-là.

Quand avons-nous entendu le Parti québécois proposer de s'adresser à la problématique des lits NSA? Quand avons-nous entendu le Parti québécois proposer d'aller encore plus loin du côté des supercliniques et des GMF? Quand avons-nous entendu ce discours-là, alors qu'il y a maintenant moins d'un an la députée de Taillon nous proposait d'accélérer le service aux urgences? Alors là, M. le Président, ici on est dans la contradiction, et je sens que, pendant les 12 prochaines heures, on aura à en exposer beaucoup d'autres.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Maintenant, je me tourne pour le premier bloc d'échange avec le gouvernement, Mme la députée de Verdun, la parole est à vous.

Mme Melançon : Merci, M. le Président. Je vais me permettre à mon tour de saluer, bien sûr, les collègues de la banquette gouvernementale, la députée de Taillon, le député de Lévis, le ministre, son équipe, et surtout le grand nombre de personnes qui sont avec nous aujourd'hui. Alors, je vais me tourner des deux côtés pour vous saluer. Bonjour, tout le monde, merci d'être avec nous. Je sais à quel point l'étude des crédits, c'est important et je sais tout le travail qu'il y a derrière les 12 prochaines heures que nous allons passer ensemble. Alors, en ce sens-là, je vous en remercie. J'aimerais saluer plus personnellement M. Maltais, d'Héma-Québec, qui est avec nous aujourd'hui, parce que je veux parler d'Héma-Québec, M. le Président.

Héma-Québec est un organisme que j'aime particulièrement, et je vais pouvoir élaborer sur le sujet, mais le don de vie, le don de sang, don de vie, c'est quelque chose qui m'a été donné très, très jeune, mon père étant donateur... un donneur de tous les instants, avec plus de 130 dons de sang faits. Et, toute jeune déjà, j'avais hâte, à mon tour, de pouvoir donner du sang, j'avais hâte d'avoir mes 18 ans, parce que c'est 18 ans qui est l'âge minimum requis pour pouvoir donner du sang, parce que je savais à quel point, dans les hôpitaux, il y avait des besoins importants.

On organise... et on le voit, là, d'ailleurs, demain, il y aura une collecte de sang d'Héma-Québec — je vais déjà en faire la promotion — ici, à l'édifice G, à Marie-Guyart donc, de 9 h 30 à 15 h 30. Avis à ceux et celles qui veulent donner du sang ou ceux qui ne l'ont pas fait encore et qui pourraient le faire, parce que les banques de sang, c'est important dans nos hôpitaux, les accidentés de la route, les gens qui sortent de blocs opératoires, le sang. C'est d'abord un des éléments très importants pour la survie de plusieurs personnes.

Donc, la députée de Crémazie, je sais qu'elle a tenu elle-même une collecte de sang dans Crémazie le 10 avril dernier, et il y en a, bien sûr, dans Verdun, j'invite les gens de Verdun à faire de même.

Mais Héma-Québec, c'est plus que le sang uniquement. Il y a, bien sûr, les produits sanguins, les produits stables, les tissus humains, les cellules souches, le lait maternel, je vais y revenir un peu plus tard.

On ne se doute pas de tout ce qu'il y a sous Héma-Québec. C'est 1 300 employés, 3 000 jours de collecte de sang. Il y a 160 000 donneurs de sang par année. Et là, quand on parle de donneurs de sang, on peut trouver le chiffre assez important, mais je pense qu'on pourrait encore hausser ce nombre, avec le nombre de citoyens que nous avons au Québec, 16 000 bénévoles. Alors là, vraiment, je veux remercier les gens qui donnent du temps dans ces collectes de sang, parce que, sans eux, toute la pyramide, hein, possible pour Héma-Québec ne pourrait pas tenir. Alors, je veux les saluer et je veux les remercier. Et c'est 500 000 produits sanguins livrés annuellement dans tous les hôpitaux du Québec, j'y reviendrai un peu plus tard.

Héma-Québec surveille aussi, et de très près, toutes les maladies, les nouvelles maladies transmissibles par le sang. Dans les derniers mois, on a entendu beaucoup parler du virus Zika, donc je sais qu'Héma-Québec travaille actuellement à pousser vers l'émergence de nouvelles solutions... et pour trouver justement des solutions dans les qualités de sang qui peuvent être offertes aux gens ici.

En plasma, le plasma, c'est un des organes — «organe», hein, je pense que c'est ce qu'on peut dire, non?

Une voix : ...

Mme Melançon : ...non? Vous pourrez me dire, tout à l'heure, M. Maltais, vous allez pouvoir — où on veut augmenter, pour les prochains mois, la suffisance au Québec, en matière de plasma. Pour ce faire, j'ai vu qu'il y avait de nouveaux centres qui avaient été ouverts : Sherbrooke, Trois-Rivières, Saguenay. Alors, on pourra, bien sûr, y revenir.

• (10 h 50) •

Depuis 1998 — 1998, donc bientôt, Héma-Québec va célébrer ses 20 ans — on s'est adapté aux besoins du système de santé. Tout à l'heure, je parlais de la banque des tissus humains, Héma-Québec qui prélève et fournit des tissus. Et je tiens à souligner des bons coups, parce que souvent les oppositions, et c'est leur travail, veulent aller gratter là où il y a de mauvaises nouvelles, et, nous, notre travail, c'est aussi de mettre en lumière les bons coups. Alors, je vais saluer les bons coups.

Il y a eu une diminution des délais d'attente en greffe, lorsque l'on parle de la banque des tissus humains, qui sont passés de cinq ans en 2011 à six mois en 2016. Et j'ai dû relire à quelques reprises, là, les documents d'Héma-Québec pour être bien certaine. C'est fantastique.

Il y a aussi un registre de donneurs de cellules souches d'Héma-Québec qui a été mis sur pied, et, de 2013 à 2015, on a augmenté de 40 % le nombre de donneurs de cellules souches, ce qui est fantastique.

Il y a la banque de sang de cordon, et là, comme mère de famille, et donc comme femme qui a accouché, le sang de cordon, on sait toute l'importance que ça peut revêtir donc on a atteint les objectifs de la banque de sang de cordon.

La banque publique de lait maternel, ça, c'est tout nouveau. Depuis 2014, hein, Héma-Québec, pour ceux et celles qui suivent nos travaux, Héma-Québec fournit du lait maternel pasteurisé aux établissements du Québec. Et là il y a des gens qui vont dire : Bien, pourquoi une banque de lait? Bien, c'est destiné aux prématurés nés à 32 semaines de grossesse ou moins. Et il y a 180 donneuses et 9 000 bouteilles de lait qui sont donc distribuées. Ce n'est pas des petits chiffres, c'est très intéressant. Et je veux le dire, là : Ceux qui ont le temps d'aller chercher les documents d'Héma-Québec, vous allez être surpris et ravis de voir tout le travail qui est fait par cet organisme.

Malgré tout ce que je viens de vous dire, Héma-Québec continue d'avoir comme objectifs d'atteindre l'innovation dans les domaines et de chercher une meilleure efficacité pour les activités qu'elle réalise dans les différents paramètres dont je viens de parler.

Alors, avec les 20 ans d'Héma-Québec, moi, j'aimerais bien entendre et... savoir comment fonctionne le système de collecte et de livraison de produits sanguins. Tout à l'heure, j'en ai fait mention, il y a beaucoup, beaucoup de produits sanguins livrés annuellement aux hôpitaux du Québec. Alors, moi, j'aimerais savoir, en termes de volume, de transport et de logistique, comment est-ce que fonctionne Héma-Québec.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Verdun. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, s'il y a consentement, j'aimerais pouvoir donner la parole. D'ailleurs, je souligne que notre collègue de Taillon a souligné il y a quelques instants l'appréciation qu'elle avait de nos gestionnaires dans le réseau de la santé. Alors, ce serait, à mon avis, très opportun de pouvoir donner la parole, avec consentement, à M. Serge Maltais.

Le Président (M. Merlini) : Alors, est-ce que j'ai le consentement pour donner la parole à M. Maltais?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Merlini) : Consentement.

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Oui, oui, oui. M. Maltais, vous allez vous identifier pour les bienfaits de l'audio, de l'audiovisuel, et la technique. Il est ici, dans le fond. Alors, pour les biens de l'audiovisuel, veuillez vous identifier et donner votre titre et vos fonctions, s'il vous plaît.

M. Maltais (Serge) : Alors, bon matin. Mon nom est Serge Maltais. Je suis président et chef de la direction d'Héma-Québec.

Alors, M. le Président, Mme et MM. les députés, c'est un grand honneur pour moi de représenter Héma-Québec aujourd'hui. Et je dois mentionner que c'est intéressant de vous écouter, Mme la députée de Verdun, l'histoire de votre papa, parce que l'histoire de votre père, c'est l'histoire de beaucoup de monde au Québec. Je vais en parler un peu tantôt, en complément, pour les activités d'Héma-Québec. Je vous remercie de votre témoignage. Nous sommes très fiers de l'appui de tous les Québécois à la cause qu'est Héma-Québec.

Alors, le transport chez Héma-Québec, écoutez, le transport se décline... Il y a deux types de transport, vraiment : il y a un aspect qui est... On doit organiser des collectes, les milliers de collectes de sang. Je crois que tout le monde ici voit régulièrement dans leur voisinage une petite pancarte blanche qui s'appelle «la collecte». La collecte, c'est un petit miracle logistique à tous les jours des employés. On a plus de 1 000 employés. On fait des milliers de collectes un peu partout au Québec.

Alors, je vais parler d'un point de vue collecte, je vous dirais, c'est beaucoup du transport de préparation de collecte, des chaises spécialisées, des produits spécialisés, des sacs vides pour la collecte de sang, toutes ces choses-là. Alors, c'est un transport un peu plus courant. On a 38 camions pour faire ça, dont des 53 pieds, entre autres, et ça se fait à la grandeur du Québec. Je vous dirais, un aspect de ce transport-là des collectes, c'est que le produit, une fois collecté, revient vers les centres d'Héma-Québec sous une forme de température contrôlée, je vous dirais. L'aspect complexe du transport chez Héma-Québec se situe plus du côté de la livraison vers les hôpitaux. Je crois que c'est cette partie que j'aimerais peut-être adresser un peu plus en détail.

Alors, du côté des hôpitaux, la première chose à mentionner, c'est que Santé Canada est l'agence de réglementation pour nos activités. Nous avons plusieurs types d'activité, comme vous avez mentionné, chez Héma-Québec, et je vais en parler tantôt. Chacun de ces types d'activité là est soumis à une réglementation qui est différente. Alors, ça, c'est la première chose. Et ça amène quelque chose de spécial, le type de produits qu'on a. C'est vraiment le concept...

Il y a probablement quatre intrants spéciaux à considérer quand on parle de transport, chez Héma-Québec, vers les centres hospitaliers.

Le premier intrant, c'est le contrôle de la chaîne de froid. Nous avons, dépendamment des produits, chez Héma-Québec, à transporter des produits qui doivent demeurer entre moins 140 °C ou 22 °C. Alors, à moins 140 °C, on a, par exemple, des produits vasculaires et valvulaires. À 22 °C, c'est les plaquettes. Les plaquettes doivent absolument demeurer à une certaine température. Alors, le premier intrant en transport, c'est la chaîne de froid que l'on se doit de conserver en tout temps.

Le deuxième intrant à considérer, c'est la péremption des produits. Une plaquette, une fois cueillie et testée, est bonne pour quatre jours. Alors, notre habileté à collecter le bon type de plaquette... Parce qu'on n'a pas tous le même type sanguin, n'est-ce pas, le même groupe sanguin. Alors, il y a toute une mécanique logistique pour collecter la bonne plaquette, et cette plaquette-là doit être traitée, testée et expédiée excessivement rapidement. Après quatre jours et demi, c'est fini, le produit n'est plus bon.

Troisième intrant, naturellement, c'est le territoire et la fréquence à livrer. Le Québec représente, par sa grandeur géographique, une grande complexité de transport, quelque chose qui n'est pas toujours bien compris. Nous sommes une population, pour la grandeur du territoire, relativement faible, tout de même. Alors, d'un point de vue transport, ça a un très gros impact, et je vais en parler tantôt.

Le quatrième intrant, naturellement, que l'on se doit de conserver en tout temps, c'est celui de la traçabilité. Alors, nous sommes dans les produits médicaux. Nous devons savoir n'importe quand où est-ce qu'un produit est rendu, à qui il a été donné, ce produit. Alors, si jamais il y a de la problématique, on est capable de remonter la chaîne, c'est très important. Donc, quatre intrants très importants en transport.

Maintenant, pour des raisons... Qu'est-ce qu'on a fait avec ça, c'est que, pour des raisons purement économiques, on a décidé, dans certains cas, de livrer une partie des produits d'Héma-Québec dans une flotte privée. Alors, vous voyez peut-être de temps en temps des petits camions qui font 14 pieds, des camions spéciaux qui ont été bâtis sur les spécifications d'Héma-Québec, en coordination avec le CGER du gouvernement du Québec, et ces camions-là gardent la température de 2 °C à 24 °C. Avec ces camions-là, on peut faire à peu près tout ce qu'on a besoin de faire.

Dans les faits, Héma-Québec, c'est près de 44 000 livraisons par année, qui sont effectuées dans 97 hôpitaux au Québec. De ces près de 44 000 livraisons, il y en a 22 % qui sont faites par la flotte privée d'Héma-Québec. C'est tout de même près des deux tiers du volume qui est ainsi livré. Alors, nous avons des routes régulières, et ça se promène à des heures régulières dans les hôpitaux. Ça fait le tour de certaines parties géographiques du Québec. Par contre, 78 % des livraisons, c'est-à-dire 34 000 livraisons, sont, elles, effectuées par des transporteurs externes, qui ont été choisis par appel d'offres par Héma-Québec et avec qui nous avons des contrats très spécifiques de service.

Alors, la grande majorité du volume, c'est par la flotte d'Héma-Québec. La majorité des livraisons, ce n'est pas par la flotte de camions d'Héma-Québec. Pourquoi est-ce que ça a été décidé comme ça? C'est que, d'un point de vue économique, d'avoir une flotte de camions qui feraient la livraison à la grandeur du Québec, considérant les volumes impliqués, ne tiendrait pas la route, d'un point de vue économique.

Alors, nous avons développé avec les années un ensemble de «packagings», désolé du mot anglais, qui sont tout à fait validés pour transporter les produits. Alors, nos produits peuvent être transportés à l'état, comme ça, des sacs de sang dans des boîtes, avec pas plus de congélation autour, dans nos camions. Par contre, quand on doit envoyer des produits par des flottes extérieures, par des compagnies de transport, c'est dans des boîtes d'Héma-Québec qui sont très validées et qui assurent que l'on garde la température en tout temps.

Maintenant, pour donner une idée, en fait, de transport, l'ensemble des transports d'Héma-Québec, sur un budget, l'an passé, de 447 millions de dollars, l'ensemble des transports vers les hôpitaux pour Héma-Québec a coûté 1 088 000 \$. Dans les faits, la partie transport ne représente pas un centre de coûts très important chez Héma-Québec. Le focus est mis sur le service aux hôpitaux. Et, par rapport à ça, nous avons des sondages réguliers et des conversations avec les hôpitaux de façon très régulière pour travailler ensemble sur, par exemple, la fréquence de livraison, la satisfaction des livraisons, s'il y a eu des problèmes. Et le taux de satisfaction est très élevé. Je dois mentionner que le taux de satisfaction est élevé autant avec la flotte d'Héma-Québec qu'avec les transporteurs extérieurs. Alors, on ne veut pas que ça ait un impact sur l'aspect service. Et, d'un point de vue purement pratico-pratique et économique, nous ne pourrions pas avoir une flotte privée pour l'ensemble du Québec.

Est-ce que vous auriez une autre question sur le transport? Je pourrais vous parler des autres activités d'Héma-Québec.

• (11 heures) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. Maltais. Mme la députée de Verdun, il vous reste trois minutes à ce bloc d'échange.

Mme Melançon : Donc, je comprends que ce que vous avez développé en transport, ça fonctionne très bien pour la desserte partout au Québec, dans tous les hôpitaux, et qu'Héma-Québec, donc, a, avec les années... Parce qu'après 20 ans, là, j'imagine que vous avez été capable de peaufiner la façon de faire. Avec toute l'évolution du système de santé, hein, qu'on connaît, là, actuellement, moi, je veux savoir comment vous vous êtes adapté à la réalité des hôpitaux, parce que les modes de fonctionnement dans les hôpitaux ont vraiment évolué. Vous êtes en lien avec qui dans les hôpitaux, chez Héma-Québec? Est-ce que c'est directement avec les CIUSSS? Comment ça fonctionne?

M. Maltais (Serge) : ...

Le Président (M. Merlini) : M. Maltais.

M. Maltais (Serge) : Pardon.

Le Président (M. Merlini) : M. Maltais, allez-y.

M. Maltais (Serge) : Nous sommes en lien avec plusieurs différents groupes dans les hôpitaux, dépendamment des échanges. On a des échanges purement médicaux entre médecins. On a des échanges purement logistiques entre groupes logistiques, alors quelqu'un qui part avec le camion et qui arrive sur un dock, à l'hôpital. Il y a des échanges entre le service à la clientèle, qui reçoit les commandes, et les gens des hôpitaux, qui placent les commandes. Alors, c'est vraiment une chaîne de communication. Il y a plusieurs communications qui se font avec les hôpitaux.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. Maltais. Mme la députée de Verdun.

Mme Melançon : Donc, en termes de volume, il n'y a jamais eu de problème à desservir les hôpitaux, si je vous entends bien?

Le Président (M. Merlini) : M. Maltais.

M. Maltais (Serge) : Non.

Mme Melançon : Pour les produits sanguins?

M. Maltais (Serge) : Non. Je me dois de mentionner, on parle souvent de produits sanguins, mais on a d'autres produits aussi, et ces autres produits-là embarquent dans le même camion. Alors, il y a des fois qu'on expédie de façon séparée, mais nous tentons... Parce que, bien que ce soit différentes unités sur différents étages à l'hôpital, nous envoyons des produits en même temps dans le camion. Tant qu'à envoyer un camion à l'hôpital, on met tous les produits d'Héma-Québec. Il y en a d'autres que le sang.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. Maltais. Mme la députée de Verdun, il reste une minute.

Mme Melançon : Combien de camions environ... La flotte de camions, là, qui circule au quotidien, ça représente quoi, à peu près?

Le Président (M. Merlini) : M. Maltais.

M. Maltais (Serge) : ...hôpitaux...

Le Président (M. Merlini) : M. Maltais, veuillez attendre, pour les bienfaits de l'audio, là.

M. Maltais (Serge) : Oui, je vais finir par l'apprendre. Pour la livraison finale aux hôpitaux, c'est huit petits camions Héma-Québec. La flotte pour la préparation des collectes, c'est 38 camions, et il y a plusieurs camions 53 pieds là-dedans. On a également quatre unités mobiles, qui ressemblent à des très, très gros Winnebagos, où est-ce que la collecte se fait dans ce camion mobile. Alors, dépendamment de la quantité de dons que nous savons que nous allons recueillir, nous utilisons différentes façons de collecter.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup pour ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous allons nous tourner maintenant vers le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, la parole est à vous pour votre premier bloc d'échange de 20 minutes. À vous.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Évidemment, on souhaite tous l'amélioration de l'accessibilité et l'efficacité de notre système de santé. Je pense que les données statistiques nous permettent aussi, en cours de route, de juger des efforts qui sont faits et des résultats, qui sont heureux à certains endroits, qui étonnent à d'autres. Et je reviendrai sur le dossier du temps d'attente, l'avération du temps d'attente moyen des patients sur civière dans les urgences entre mars 2016 et mars 2017, parce que ces chiffres-là, M. le Président, nous enseignent des choses, nous permettent de corriger le tir, si besoin, de se réjouir de résultats et de tenter de comprendre, hein? C'est le phénomène. Et je pense, M. le Président, que le ministre l'a fait lorsqu'on a fait un forum, notamment en ce qui concerne les CHSLD, c'est-à-dire d'aller chercher les meilleures pratiques pour tenter de comprendre et d'améliorer ce qui peut se faire partout ou ailleurs.

Alors, le constat, trois années après l'arrivée du ministre de la Santé, en ce qui concerne le temps d'attente moyen des patients sur civière dans les urgences, eh bien, ça stagne. Aucune amélioration du temps d'attente moyen, ça stagne à 15 h 36 min. Hausse de l'attente dans cinq régions et dans 48 urgences sur 119. C'est 48 % des urgences. C'est des détériorations qui sont quand même importantes au chapitre des minutes constatées. Baisse de l'attente, hein? Il faut le

dire aussi. Il y a hausse de l'attente, baisse de l'attente dans huit régions et dans 71 urgences, 52 %. Alors, vous voyez le ratio? 48 % contre 52 %. 60 urgences sur 119... 69 urgences sur 119 dépassent toujours la cible ministérielle de 12 heures. D'ailleurs, on a réitéré très récemment cette volonté d'atteindre l'objectif qu'on s'était donné en 2003, de dire qu'en 2018 l'objectif demeure le 12 heures d'attente. C'est l'objectif que se donne le gouvernement pour 2018.

Il y a des améliorations dans Lanaudière, mais des délais qui demeurent inacceptables, notamment à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur qui continue de déborder. Et je me questionne sur des chiffres, et, sans les passer, chacun des centres hospitaliers, en revue, ni chacune des régions, il y a quand même... J'imagine que le ministre doit être inquiet de voir certaines situations, malheureusement, se détériorer en plusieurs endroits. Et j'en prendrai deux en exemple. Tiens, trois. À l'Hôpital de Gatineau, où on a une augmentation de plus 108 minutes, passant à au-delà de 20 heures d'attente moyenne. Je pense à l'Hôpital de Maria, où c'est plus 228 minutes, on est à 17 h 30 min. Je pense à l'Hôpital de Papineau, plus 198 minutes. 198 minutes, là, c'est plus de trois heures de plus, là, sur les statistiques qui sont maintenant révélées.

J'aimerais demander au ministre, d'abord, comment on peut expliquer ces hausses-là. Je sais qu'il doit être conscient... Puis habituellement on s'attaque aux foyers d'incendie dans les endroits où c'est les pires pour tenter de comprendre ce qui ne se fait pas là puis qui se fait peut-être ailleurs. Est-ce que le ministre a une idée? Il peut nous expliquer comment, lui, analyse ces hausses majeures dans certaines régions du Québec, voire dans certains centres hospitaliers, et comment compte-t-il y remédier?

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le député de Lévis. M. le ministre.

• (11 h 10) •

M. Barrette : Merci, M. le Président. Je vais commencer par rappeler à mon collègue que, dans la plateforme électorale en santé de son parti en 2014, il n'y avait aucune proposition sur les urgences. M. le Président, on peut... D'abord, ce n'est pas long, hein? Il n'y a pas grand-chose en santé, on s'entend, là, et il n'y avait même pas le mot «urgence». Alors, je suis content de voir que notre collègue s'intéresse à ce que nous faisons.

Mais je vais corriger ce que notre collègue dit. Il a dit, et je cite : «Ça stagne. Il n'y a aucune amélioration.» C'est ça qu'il a dit, c'est les mots qu'il vient d'utiliser. Pourtant, il y a une amélioration. Depuis 2011, on est passé de plus de 17 heures à 15 heures. Oui, c'est vrai, ce n'est pas parfait, je l'admets, mais il y a une amélioration. Les séjours de plus de 48 heures, c'est passé de 6,5 % à 5,2 %... à 5,1 %, M. le Président. Bien, ça, si on faisait des statistiques, là, c'est à peu près 18 % d'amélioration. Moi, si j'avais un rendement de 18 %, là, à la bourse, je serais bien heureux, puis les fonds de pension le seraient aussi. Alors, ça dépend. Évidemment, les chiffres, M. le Président, ils disent juste une chose. On peut leur faire dire des choses, mais ils disent une chose : Un, c'est un. Ça peut être une pomme ou une orange, mais un, c'est un. Et, quand les choses s'améliorent, elles s'améliorent. Elles ne stagnent pas, elles s'améliorent.

Est-ce que nous maintenons la cible ministérielle de 12 heures? La réponse, c'est oui. Et notre collègue, M. le Président, nous demandait quelle était mon opinion sur les problématiques que l'on avait. Bon, je l'ai dit précédemment et je vais le redire aujourd'hui. Pourquoi les choses cessent-elles de s'améliorer? Bien, il y a un certain nombre de raisons, puis on devrait plutôt prendre le problème dans l'autre sens : Est-ce que les leviers qu'on s'est donnés à date ont donné le maximum de leur effet? Peut-être. Est-ce qu'il doit y avoir des leviers supplémentaires? Sans doute. Et je reviens... parce qu'il est important de revenir là-dessus, il ne serait pas acceptable de ne pas voir d'amélioration sur la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence après avoir investi spécifiquement 100 millions de dollars pour libérer des lits dans les hôpitaux, des lits de courte durée.

En français, M. le Président, là, je vais insister là-dessus, si vous prenez un hôpital de 100 lits dans les 20 dernières années... Parce qu'il y avait jusqu'à 15 % des lits occupés par des gens qui ne devaient pas y être, parfois des mois, M. le Président, des mois, on a vu ça. Alors, si, pendant quatre mois, un lit n'est jamais libéré, pendant quatre mois ce lit-là ne peut pas recevoir un patient qui vient de l'urgence, est retourné. Ça veut dire qu'un hôpital de 100 lits, là, de façon statutaire, régulière, à tous les jours, a fonctionné entre 85 et 90 lits tout le temps. Là, on investit 100 millions pour que l'hôpital fonctionne à 100 lits, si c'est un hôpital de 100 lits, que les 10 à 15 lits toujours occupés et indisponibles deviennent disponibles. C'est le prochain levier. Qui a fait ça? Nous. Qui l'a proposé? Nous. Qui va voir l'effet? La population.

Le député de Lévis me demande si j'ai réfléchi. Bien oui, j'ai réfléchi. Et non seulement j'ai réfléchi, mais j'ai identifié le problème et investi les sommes pour les corriger. Le problème de notre collègue, de nos collègues, c'est qu'évidemment c'est la bonne décision à prendre. Et quelle est la critique que l'on peut formuler? C'est que l'effet ne soit pas encore immédiat, ce n'est pas encore vu partout. Bien, il n'y a rien, dans la vie, là, pour lequel il y a un effet immédiat, et j'y reviendrai dans quelques instants.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Oui, M. le Président. Je rappelle, au bénéfice du ministre : trois années après l'arrivée du ministre de la Santé, le temps d'attente est toujours de plus de 15 heures. C'est ça qu'on a dit, là. Et son «un plus un, deux plus deux...» Je veux dire, un, c'est un, puis zéro, c'est zéro. Mars 2016 à mars 2017, le ministre peut bien vouloir contester les chiffres, là, l'avération du temps moyen d'attente des patients sur civière dans cette période de temps là, elle a stagné à 15 h 36 min. Alors, ça, c'est ce qui est... Tu sais, c'est zéro égale zéro.

Mon questionnement... Puis je comprends ce que le ministre nous dit. Donc, j'imagine... Et je prendrais un autre exemple, là. On parle de, bon, l'Hôpital de Papineau avec 198 minutes de plus en avération, donc on est maintenant à plus de 20 heures. J'imagine qu'on n'a pas réussi à faire l'exercice dont le ministre nous parle sur la libération des lits. L'Hôpital général juif, de Montréal, ça m'intéresse parce que c'est un bel exemple, le ministre l'a déjà cité, on était à

12 h 30 min en mars 2016. Et on s'est tous réjouis de dire : On a peut-être une façon de faire là, puis on doit se servir de l'exemple de ces bonnes pratiques. Mais là, dans cette année-là, entre mars 2016 et mars 2017, augmentation de 1 h 30 min, de 90 minutes, pour le porter à 14 heures.

Je rappelle l'exemple, je rappelle celui-là. Est-ce que l'Hôpital général juif a été victime de son succès? Donc, plus de gens y rentrent parce qu'ils disent : Ça va être moins long, alors que, normalement, le système devrait nous permettre de ne pas nous rendre à l'urgence, de un. Et, de deux, est-ce que le ministre, dans ces foyers-là importants, là, où il y a des augmentations majeures par rapport à d'autres endroits où ça se... où le temps diminue... Est-ce qu'on a des actions spéciales et un comité particulier dans les endroits où, manifestement, les attentes ont beaucoup augmenté?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Barrette : Et la réponse est oui, M. le Président. Puis ces gestes-là ont déjà été posés. Et je vais réitérer le propos que je tenais en réponse à notre collègue de Taillon il y a quelques instants. À l'Hôpital général juif, on vient de vivre une période de débordement qui coïncide parfaitement avec l'investissement que l'on a fait pour libérer des lits à l'hôpital. Dans un hôpital très performant — l'Hôpital général juif, c'est un hôpital très performant — à qui on a donné, au même moment, des lits de plus et des budgets supplémentaires pour faire de la chirurgie... et, au même moment, on a eu un débordement de l'urgence. Ça, ça ne prend pas un grand cours de gestion et de connaissance du réseau de la santé pour conclure que les lits n'ont pas été utilisés en priorité pour les patients de l'urgence.

Je l'ai dit, puis ce n'est pas un reproche que je fais aux gens sur le terrain, les gens veulent faire plus pour les citoyens, mais, à un moment donné, il y a des arbitrages qui doivent être faits, il y a des choix qui doivent être posés. Et, dans le cas présent, l'investissement ne servait pas à faire plus d'électifs, mais bien de monter les patients à l'urgence. On l'a vu. Je le répète, M. le Président, dans une urgence, là, un lit libéré, c'est convoité, convoité. Je pourrais prendre toutes sortes de dictons, là. Et c'est extrêmement convoité. On demande à ceux qui gèrent de s'assurer que les lits de l'urgence soient intégrés dans la gestion des lits hospitaliers et donc que les lits libérés servent à monter les patients de l'urgence. On vient de vivre un moment d'enthousiasme qu'on doit corriger.

Mais il n'en reste pas moins, M. le Président, qu'on donne actuellement de la marge de manoeuvre. Et la marge de manoeuvre va faire quoi? Elle va forcer les équipes médicales — et là, M. le Président, je pèse mes mots et j'invite mon collègue à bien porter attention — les équipes médicales, donc de médecins de famille, de spécialistes en médecine d'urgence et de médecins spécialistes aux étages, à travailler ensemble. Un patient couché sur civière à l'urgence, ce n'est pas un patient qui doit être l'objet d'être transféré comme ça, sans raison, à l'étage. Les gens doivent travailler ensemble pour faire en sorte que le patient qui est à l'urgence pendant une période d'observation n'ait pas nécessairement à monter, puisse retourner à la maison avec du maintien à domicile. Ça, c'est de la collaboration exigée entre tout le monde : les médecins spécialistes, les médecins généralistes, de famille et les gestionnaires. Le vrai travail d'équipe, là, il est là, et c'est de là, à la suite de notre investissement, qu'on aura l'effet maximal. Et ça, ça doit arriver. C'était d'ailleurs, M. le Président, l'objet et l'essence de mon intervention, il y a maintenant deux semaines et demie, eu égard à la problématique des urgences.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Je compléterais sur ce dossier avec une question fort simple : Est-ce que le ministre de la Santé, très confiant, peut garantir que la cible de 12 heures sera atteinte pour 2018?

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

M. Barrette : Je peux garantir que je ferai tous les efforts nécessaires pour atteindre cette cible-là. Mais le réseau de la santé, M. le Président, là, c'est un réseau qui n'est pas une chaîne de montage composée d'objets inertes. C'est un réseau où l'objet de notre intérêt est une personne vivante, un patient, dont on ne peut prédire l'évolution. Et le comportement collaboratif de tout un chacun de cet environnement-là, bien, ça, c'est quelque chose à développer. On entre dans une nouvelle ère, et ce que j'entends du terrain, c'est que les gens sont prêts à le faire.

Alors, oui, je peux m'engager à faire tous les efforts pour en arriver là. Je ne peux pas, même si on m'affuble de ce pouvoir-là, contrôler tout un chacun sur le terrain. Mais il y a des évidences documentées, publiées sur la planète occidentale — on ne comparera pas le tiers-monde, là — qui veulent, qui pointent, qui indiquent que, oui, on peut réussir ça. Mais, pour réussir ça, M. le Président... Je vais terminer mon intervention là-dessus. Si nous n'avions pas équilibré le budget, je n'aurais pas pu libérer des lits. Et j'attends toujours une proposition chiffrée et évaluée de la part et du PQ et de la CAQ. Je n'en entends jamais.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. J'aborde un dossier sur lequel nous sommes fréquemment revenus, et ça concerne nos aînés. D'ailleurs, on a eu l'occasion de l'aborder également lors des crédits en ce qui concernait les aînés, la ministre responsable des aînés, il y a peu de temps. Je reviens sur cette norme de deux bains par semaine aux aînés dans les CHSLD.

Dans les dernières semaines, la CAQ a découvert, par accès à l'information, qu'il existait une norme pour les détenus incarcérés dans les prisons québécoises, qui ont droit à un minimum de deux bains par semaine. C'est dans le

règlement du ministère de la Sécurité publique, donc ça a son importance. Je sais que les conditions physiques, là — et on ne fera pas bien, bien de chemin là-dessus — les conditions physiques et les capacités cognitives des prisonniers ne sont pas les mêmes que dans les CHSLD, mais ceci nous démontre qu'il y a des normes, puis c'est inscrit, parce que c'était important. Aujourd'hui, là, actuellement, il n'y en a pas, de norme officielle sur le nombre de bains et de douches pour nos aînés en CHSLD. C'est un dossier dont on parle depuis longtemps.

Je vous rappelle le sondage, hein, puis seulement très rapidement, le sondage préparé et diffusé par TVA. Ce n'est pas loin, c'est juin 2016. 92 % des Québécois jugent qu'un bain par semaine en CHSLD, c'est insuffisant. 81 % des Québécois... 92 %, là. Puis 81 % disent... Le ministre a déjà chiffré ça, il a dit que c'était 30 millions. Bien, les Québécois lui disent : Investissez, M. le ministre, parce qu'un bain par semaine, ça ne fait pas sens, selon les Québécois, à 92 %.

On apprend récemment que, du côté de l'Ontario, on a une norme nationale de deux bains par semaine dans les CHSLD. Depuis 2004, en Ontario, le gouvernement offre à tous les résidents des centres de soins de longue durée la possibilité d'obtenir deux bains par semaine, selon leur volonté, selon leur volonté, avec une exception pour ceux et celles qui ne le peuvent pas parce qu'il y a des raisons médicales, qui ne le veulent pas. Et d'ailleurs ça aussi, c'est intéressant, parce qu'à chaque fois qu'on revient là-dessus il faut marteler le fait : pour ceux qui le veulent et ceux qui le peuvent. Parce que, trop fréquemment, on entend puis on se fait répliquer : Bien oui, mais vous allez forcer des gens à prendre un bain. Non, ce n'est pas ça, la réalité. Pour ceux qui le peuvent et ceux qui le veulent. Donc, l'Ontario le fait.

Question relativement simple, parce que... un dossier sur lequel on a beaucoup parlé : Pourquoi les aînés de l'Ontario hébergés dans des foyers de longue durée ont droit à deux bains par semaine? Pourquoi les aînés québécois n'auraient pas droit? Est-ce que le ministre entend débloquer les 30 millions nécessaires, tel que souhaité par la population, pour qu'enfin on ait une norme minimale de deux bains par semaine pour ceux qui le peuvent et ceux qui le veulent? • (11 h 20) •

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, en Chambre, je me suis déjà levé pour dire que le programme électoral et le plan politique de la CAQ étaient essentiellement ce qui était écrit dans le journal le matin. Et, puisque mon collègue fait référence à un article qui était dans le journal, mais d'hier, je vais référer à son plan politique, qui est l'article de journal auquel il fait référence. Et je cite, M. le Président, je réfère, là, je cite, là... mais, dans ce cas-là, je peux citer parce que c'est dans le journal, alors : «Tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario doivent assurer à chaque résident un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix, ou plus souvent, compte tenu de ses besoins en matière d'hygiène[...] — trois points de suspension. "Bain" — entre guillemets. C'est dans la règle ontarienne — s'entend notamment des bains, des douches et des toilettes complètes à l'éponge.» En Ontario, en Ontario, on considère qu'une toilette complète qui n'est pas dans un bain, mais au lit du patient, est un bain. C'est écrit tel quel dans son programme électoral, qui a été publié dans *Le Journal de Montréal*, et ça rime.

C'est ça, la réalité, M. le Président, là. La réalité, c'est que les personnes âgées en perte d'autonomie sévère dans nos CHSLD — et ils sont de plus en plus en perte d'autonomie, parce qu'aujourd'hui on tente de garder les gens qui ont une autonomie raisonnable à la maison — ces gens-là sont dans une situation clinique qui n'est pas toujours appropriée pour avoir un bain. Je l'ai dit à plusieurs reprises, je vais le répéter encore aujourd'hui, quand je vais dans les CHSLD, des familles, M. le Président, me demandent de ne pas écouter les représentations des politiciens parce que leurs aînés, quand ils vont dans le bain, ça leur prend une semaine pour s'en remettre, quatre jours. Je l'entends régulièrement.

Ce qui est important, M. le Président, c'est que les soins soient donnés de façon requise à tout le monde, mais soient adaptés à la situation clinique des gens. Et on devrait se poser la question ici, tout le monde ensemble, M. le Président : Est-ce qu'on doit satisfaire notre perception de nous-mêmes ou bien s'assurer que les soins soient adaptés aux besoins des gens? Rien n'empêche, M. le Président, rien n'empêche actuellement notre réseau de donner plus d'un bain par semaine aux personnes âgées, rien. Rien, rien n'empêche ça, hein? Et est-ce qu'on va améliorer notre capacité de desserte de services? La réponse, c'est oui, M. le Président.

Rappelons-nous que nous avons, à la fin de notre forum, annoncé un investissement de 65 millions de dollars pour engager qui, en majorité? Des préposés, et ces préposés-là sont les gens qui donnent des bains, M. le Président. Alors, nous l'améliorons. Mais ce que notre collègue me demande, nous demande, c'est de faire des lois pour une situation qui ne doit pas être une loi. Notre enjeu est de donner la capacité, en offre de services, d'aller là, et c'est ce sur quoi nous travaillons à tous les jours, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci. Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Bien, M. le Président, le ministre a déjà cité une comptine ici, au salon bleu, là : répète, puis le reste, là. C'est un petit peu ce que le ministre fait actuellement, répéter la même chose, alors que, fondamentalement, ce qu'il amène comme argument ne tient pas plus qu'il y a trois semaines, un mois, un an.

Puis, pour lui permettre de bien comprendre le mot à mot, je vais lire pour lui. Peut-être qu'en le disant, là, ça va être plus facile. 33, article 1 : «Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que chaque résident du foyer prenne un bain au moins deux fois par semaine en utilisant la méthode de son choix...» C'est quoi, là? L'éponge, là, ce n'est pas : Regarde, on va te donner deux fois l'éponge, puis ça va être correct. «En utilisant la méthode de son choix». Et ça peut être des bains. La norme existe. Elle existe là-bas, les gens la réclament.

Le ministre aura beau dire ce qu'il veut, pourquoi s'entêter à ne pas donner aux aînés cette possibilité? Et je le répète, pour ceux qui le peuvent et qui le veulent. Parce que le ministre s'entête, M. le Président, à répéter qu'on va traumatiser des gens. C'est clair dans notre formulation. C'est exactement ce qui a été fait là-bas. Et je me demande pourquoi le ministre s'entête, encore une fois, à ne pas écouter la population.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. Et la réponse sera prise sur le prochain bloc du gouvernement. M. le ministre, à vous la réponse.

M. Barrette : Oui, parce que, là, on s'entend que notre collègue, l'ayant minuté moi-même, a largement excédé son temps permis. Mais je vais répondre, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : D'une minute.

M. Barrette : C'est écrit. C'est écrit, c'est écrit dans son programme électoral qu'un bain, c'est ça. Et «de son choix», je vais simplement rappeler à notre collègue que la majorité... peut-être pas la majorité, mais une grande, grande, grande partie de nos résidents en CHSLD n'ont plus l'état cognitif pour faire ce genre de choix là. Et c'est sans doute pour ça qu'au gouvernement ontarien, on a inclus dans leur législation — puis ça doit être clair, puisque *Le Journal de Montréal* le rapporte lui-même — qu'un bain inclut la douche, les soins d'hygiène, la toilette complète à l'éponge.

Ce qui est important de retenir ici, M. le Président, c'est que tous nos aînés, sans exception, à tous les jours, toute l'année durant, reçoivent des soins d'hygiène complets et appropriés, qui peuvent ne pas satisfaire la perception qu'a notre collègue de ce que ça devrait être, mais ces services-là, ces soins d'hygiène là sont donnés à tout le monde à tous les jours.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Pour le prochain groupe... Pour le prochain bloc d'intervention du gouvernement, M. le député de Beauce-Sud. À vous la parole. Il reste 17 min 30 s.

M. Busque : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, étant donné que je viens tout juste d'arriver, je vais en profiter pour saluer mes collègues de l'opposition officielle, mon collègue également de la deuxième opposition, ainsi que mes collègues, bien entendu, ainsi que le ministre et tous les gens qui l'accompagnent.

Alors, M. le Président, moi, j'aimerais beaucoup interpeler le ministre sur le projet Optilab. Optilab est un projet ambitieux, est un projet qui, depuis qu'il est annoncé... Il y a plusieurs personnes de mon comté qui m'ont interpellé sur ce projet pour s'enquérir d'information supplémentaire, avoir des explications qui font en sorte de bien comprendre l'ensemble de ce projet, et où on part, et où on veut s'en aller.

Alors, en premier, j'aimerais justement mentionner d'où vient l'origine du projet Optilab. Alors, dès 1999, un rapport du Vérificateur général du Québec formulait déjà des recommandations en lien avec l'organisation et la performance des laboratoires ainsi que sur la gestion de l'équipement et la pertinence des analyses. Dans ce contexte, tout en reconnaissant la qualité des ressources humaines et des pratiques de service de laboratoire, les travaux menant au projet Optilab ont permis d'actualiser la nécessité d'une réorganisation de ce secteur. Le modèle proposé doit permettre de maintenir ou même d'améliorer la qualité des pratiques de biologie médicale, tout en augmentant l'efficacité globale du réseau.

Optilab est un projet de réorganisation de laboratoires de biologie médicale qui a débuté en septembre 2011. Il s'agit d'une démarche qui provient d'une action concertée d'acteurs du réseau de la santé visant à doter le Québec de laboratoires de biologie médicale capables de répondre avec efficacité aux besoins actuels et futurs de la population. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite doter le Québec d'un réseau de laboratoires biomédicaux optimaux en termes d'accès, de qualité technique, de temps réponse, de sécurité, de pertinence clinique et d'efficacité dans l'usage des ressources humaines, financières, technologiques et informationnelles.

Antérieurement, les services de biologie médicale étaient offerts et répartis dans quelque 500 unités administratives des établissements publics du Québec, créées depuis la mise en oeuvre de la loi n° 10. Optilab propose un regroupement de ces laboratoires, à terme, en 11 grappes de laboratoires de biologie médicale qui auront comme but une offre de services concertée et complémentaire. Ces grappes rassembleront les installations d'un seul ou de plusieurs établissements, permettront la mise en commun de différentes expertises et répondront aux exigences de qualité de ce secteur des plus spécialisés et novateurs qui est la biologie médicale. La transformation nécessaire à la mise en place des grappes de services nouvellement créées se réalisera progressivement au cours des prochaines années.

Alors, c'est bien évident que la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux est bien entendu comme toute organisation qui désire s'améliorer, c'est le devoir d'assurer et d'offrir les meilleurs services à la population, bien entendu, la nécessité d'innover, de profiter de la technologie disponible. Ce projet, comme tout projet de réorganisation, va changer des façons de faire, engendrer certaines inquiétudes relatives à ces changements, inquiétudes qui se manifestent au niveau des ressources humaines, mouvements des ressources humaines, au niveau des transports, je pense que le collègue — je l'ai manqué tantôt — le collègue de... le représentant d'Héma-Québec a parlé là, de transport tantôt, mais il y a des questionnements au niveau du transport. Alors, c'est tout à fait normal dans toute réorganisation d'avoir de genre de questionnement, d'inquiétude.

Cependant, les objectifs du projet Optilab feront en sorte d'amener les services de laboratoire à un niveau... au niveau 2017, c'est-à-dire de profiter des technologies disponibles présentement. Alors, bien entendu, le niveau d'efficacité sera élevé et aura des impacts positifs sur les coûts reliés aux tests en laboratoire, aux travaux en laboratoire, aux ressources humaines, et tout ça, bien entendu dans le but d'un service meilleur.

Alors, moi, j'aimerais profiter des quelques prochaines minutes avec M. le ministre pour lui demander de, justement, nous entretenir sur le projet dans son ensemble, sur les différentes étapes à venir ainsi que sur les retombées.

• (11 h 30) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Beauce-Sud. M. le ministre.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, cher collègue. Évidemment, Optilab, c'est un sujet qui est d'actualité, et je pense qu'il est certainement très pertinent pour nous de nous y adresser à l'étude des crédits. Bon, ne serait-ce, en

partant, que parce que la finalité d'Optilab à long terme, non pas à court terme, mais à long terme, est une économie substantielle, économie qui, à terme, sera évidemment réinvestie dans notre réseau de la santé.

Je pense, M. le Président, qu'avant qu'il y ait des questions et des critiques peut-être sur ce sujet-là... Je pense qu'il y a lieu, comme l'a fait mon collègue, de rappeler que ce projet-là a commencé il y a maintenant plusieurs années. Optilab, c'est le fruit d'une longue réflexion qui nous amène où nous sommes aujourd'hui. Mais je pense qu'il est important de rappeler que le Parti québécois, lorsqu'il a été au pouvoir récemment, a pris une position qui est très claire quant à Optilab. Et vous allez me permettre de me référer à une lettre que la sous-ministre de l'époque envoyait au nom du ministre de la Santé du Parti québécois de l'époque en disant ceci : «Le ministère de la Santé et des Services sociaux, sur avis de ses partenaires — "les partenaires", on parle du réseau ici M. le Président, on parle des hôpitaux, et ainsi de suite — met de l'avant une transformation majeure des services de biologie médicale en privilégiant un regroupement par grappes de laboratoires, ce qui est radicalement différent de la dynamique d'organisation qui prévalait jusqu'à maintenant.» Je continue, M. le Président, la référence : «Le réseau du MSSS sera ainsi mieux équipé pour faire face aux importants défis qui nous interpellent en santé, notamment l'éclosion technologique des services diagnostiques qui prennent, année après année, une plus grande proportion des coûts de services de santé.»

Et, un peu plus loin, on fait référence ici aux économies : «Comme vous le savez, le MSSS doit procéder à une reddition de comptes auprès du Conseil du trésor pour tous ces postes de dépenses, dont la mesure d'économie de 100 millions de dollars — évaluée donc par le Parti québécois, nous on pense que ça a été surévalué — découlant du projet d'optimisation des laboratoires.» Ça, c'est une lettre, M. le Président, qui a été envoyée par le bureau du ministre de la Santé de l'époque le 11 décembre 2013.

Alors, Optilab, c'est un projet qui est transpartisan et, par un hasard déconcertant, qui devient partisan aujourd'hui. C'en dit long sur notre façon de faire de la politique. Mais je m'arrête là, M. le Président. À cette époque-là ou avant, je n'ai jamais entendu la CAQ critiquer Optilab de quelque manière que ce soit. Pourtant, aujourd'hui, on entend encore un certain nombre de critiques. Et là vient l'intérêt des propos qui nous ont été exposés par M. Maltais.

M. Maltais est venu nous parler d'Héma-Québec. Je ne connais personne, M. le Président, au Québec, qui ne considère pas qu'Héma-Québec est une organisation de classe mondiale, de premier niveau, qui assure accès et sécurité à des produits sanguins sur tout le territoire du Québec. Même moi, M. le Président, j'ai appris un certain nombre de choses techniques dans l'exposé de M. Maltais. Et aujourd'hui, quand on entend parler d'Optilab, on en entend beaucoup parler sur la base de la sécurité, la perte de prélèvements, et ainsi de suite.

Bien, on va prendre un petit instant simplement pour rappeler les grandes lignes de ce que M. Maltais nous a exposé. Il transporte, M. le Président, des prélèvements sanguins, hein? Comprenons-nous, là, quand on donne du sang, c'est le même geste que de faire une prise de sang pour avoir une analyse de laboratoire, on prend du sang pour en donner ou on prend du sang pour l'analyser, mais c'est une prise de sang. Et M. Maltais nous expliquait que ce sang-là, qui est recueilli dans des récipients quelconques, est transporté vers un laboratoire central. Mais là je pense que le parallèle avec Optilab, il est parfait. Si, chez Héma-Québec, on peut prélever du sang de façon sécuritaire partout sur le territoire du Québec et le transporter vers un laboratoire central, c'est donc que ça peut se faire.

Et, si c'est sécuritaire, bien, ça doit être parce qu'il y a des normes. Et que nous a dit M. Maltais? Oui, il y a des normes, ce sont des normes qui sont édictées par Santé Canada. Moi, j'ai été impressionné quand M. Maltais nous a dit que, dans ses camions, là, la chose la plus importante, c'était la chaîne de froid. Je ne savais pas, moi, qu'on transportait un certain type d'échantillon à moins 140 °C, hein? Juste à titre indicatif, là, un congélateur, là, c'est moins quelques degrés, là, ce n'est pas moins 140 °C, là. Alors, ça, ça demande une technologie qui est une technologie de pointe.

Toujours dans le même parallèle, M. le Président, Héma-Québec nous a fait la démonstration qu'on pouvait faire circuler les prélèvements sans aucun problème partout au Québec de façon sécuritaire, dans un laboratoire central. Et, en plus, on nous a expliqué, et c'est encore plus compliqué, qu'on peut faire revenir des produits sanguins traités. C'est des produits qui ont été transformés à partir du sang humain, on peut les transporter d'un laboratoire central vers des hôpitaux où ces produits-là sont administrés, injectés à des gens comme vous et moi. Et ça, ça doit être blindé, comme sécurité, là, pour que ça puisse se faire.

Alors, on a un système de transport qui est prouvé comme étant faisable par une organisation qui l'a fait pendant des années, qui est reconnue sur la planète entière comme étant au sommet de la performance, et la même organisation a le même système de transport pour ramener des produits transformés en toute sécurité chez le patient qui le recevra dans les hôpitaux, parce qu'il y a des normes. Ça se fait.

• (11 h 40) •

Or, c'est la première critique qu'on fait d'Optilab, le transport. Ça ne peut pas se faire transporter de Sept-Îles à Québec. Pourtant, le sang est prélevé par Héma-Québec à Sept-Îles, et les produits sanguins reviennent de Québec ou Montréal à Sept-Îles. Ô surprise!

Et que nous a enseigné, M. Maltais? Il nous a enseigné aussi que leur système de transport était l'objet d'un système de traçabilité. Il n'est pas allé dans ce détail-là, mais je vais y aller, moi, M. le Président.

Ça veut dire quoi, ça, «traçabilité»? Ça veut dire que, par exemple... Et ça se vit ça périodiquement, une fois tous les 10, 15 ans, là. Si, par exemple, il y aurait eu un produit sanguin potentiellement contaminé, une réaction au produit que démontre le patient, bien, savez-vous qu'est-ce qu'on fait à Héma-Québec? On a tellement de traçabilité, là, qu'on peut retrouver le lot et même le donneur ou les donneurs du lot. Imaginez, là, on a une traçabilité qui nous permet même de revenir aux donneurs — au pluriel. On n'a pas besoin de ça, là, dans Optilab. Mais c'est pour vous montrer que, sur la base de la logistique, nous avons, au Québec, des champions reconnus comme tels partout. Je fais une petite parenthèse pour les féliciter, c'est rare qu'on félicite Héma-Québec, ils sont dans l'ombre, mais ils nous enseignent que, dans un environnement de laboratoire, on peut, sans aucun problème et de façon sécuritaire, transporter des prélèvements.

Et je vais aller plus loin, et là ça a dû être dur pour certaines oreilles en face de nous, ils font faire... affaire aussi avec des sous-traitants qui sont assujettis aux mêmes normes de qualité et de traçabilité, et il n'y a pas de problème. Moi, je peux vous dire une chose, M. le Président, s'il y avait des problèmes, la première organisation qui les divulguerait, c'est Héma-Québec. Savez-vous pourquoi? Parce que, chez Héma-Québec, la confiance de la population, c'est majeur, c'est primordial. C'est ça, la réalité, M. le Président. Alors, aujourd'hui, au moment où tout un chacun s'évertue à critiquer Optilab sur la base du transport, n'avons-nous pas sous les yeux toutes les données qui garantissent exactement le contraire en termes de risque? C'est la sécurité qu'on a sous les yeux parce qu'on l'a fait au Québec par des Québécois.

Comment va se déployer Optilab? C'est un plan essentiellement, à partir d'aujourd'hui, de cinq ans. Optilab doit se faire un pas à la fois pour des raisons évidentes, des raisons d'organisation de sécurité, de traçabilité, et ainsi de suite. Ça ne peut pas aller vite, on doit prendre notre temps. Mais, oui, comme gouvernement, nous avons la responsabilité de prendre la bonne décision en termes de gestion des fonds publics. Si nous avons la capacité d'aller économiser 75 millions de dollars pour le bénéfice d'autres secteurs en santé et services sociaux, nous avons la responsabilité de le faire au même titre qu'un gouvernement responsable devrait toujours tout faire pour présenter des budgets équilibrés, ce que nous, au Parti libéral du Québec, avons fait dans les trois dernières années et refaisons cette année, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec les membres du gouvernement. Nous terminons la matinée avec un bloc d'échange avec l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, la parole est à vous pour le temps qui nous reste.

Mme Lamarre : Je vous remercie beaucoup, M. le Président. Nous souhaitons tous qu'il y ait concrètement une amélioration de l'accès de la population à son système de santé, parce que c'est son système de santé, il faut se le rappeler. En introduction, le ministre a précisé l'ampleur de l'argent qui était donné, la moitié des sommes destinées aux programmes, c'est majeur, et ces sommes d'argent, elles doivent à tout prix donner les résultats escomptés à la population. Et, depuis maintenant 15 ans, le Québec ne réussit pas, par les moyens traditionnels qu'il utilise, à faire en sorte que l'accès soit au rendez-vous. Et c'est ça qui, à ce moment-ci, crée énormément de déception, je vous dirais, d'angoisse, dans certains cas, de la population, tant par les difficultés, une fois qu'ils sont inscrits au guichet, d'avoir accès à un médecin de famille.

Et là je voudrais parler de la solution que le ministre propose et dont il fait état dans plusieurs points de presse régulièrement. Alors, il a appelé ça des supercliniques. J'hésite à utiliser ce mot-là, M. le Président, parce que, ce que je constate, c'est que ce sont des conversions, en fait, de cliniques-réseaux. Déjà, au début des années 2000, il y avait eu 48 cliniques-réseaux qui avaient été constituées, et ces cliniques avaient comme objectif, comme obligation même, d'être ouvertes 12 heures par jour, sept jours-semaine. Or, dans son communiqué, le 25 avril 2016, quand le ministre a annoncé ses supercliniques, il a dit qu'on devrait avoir des supercliniques à 12 heures par jour, sept jours-semaine, ce qui était déjà l'engagement qui avait été pris par les cliniques-réseaux. Donc, pourquoi ne pas s'assurer que les cliniques-réseaux remplissaient bien la mission qui était demandée?

Et il y avait quand même quelque chose quand tantôt j'ai parlé d'urgence, les soirs de fin de semaine, le samedi et le dimanche, on n'avait pas les quatre heures nécessaires pour permettre aux gens qui... Ça arrive, une otite, une infection urinaire, un samedi soir ou un dimanche soir. Les otites n'ont pas encore décidé de choisir seulement les jours de semaine pour apparaître, donc il y a des gens qui ont besoin d'avoir des services. Ces gens-là, quand ils n'ont pas d'autre option, ils se rendent à l'urgence, et ça nous coûte beaucoup plus cher, et ils ne sont pas passés en priorité, ce qui est bien normal, ce n'est pas le bon endroit pour eux d'aller. Mais donc il nous faut d'autres options.

Quand on a travaillé sur les GMF avec le projet de loi n° 20 et le projet de loi n° 10, le ministre n'a pas voulu imposer aux GMF des heures d'ouverture le samedi soir, le dimanche soir. Alors, il a dit : Ça va se régler par les supercliniques. Hier, il nous annonce des supercliniques, et ces supercliniques-là, conformément à son annonce du 25 avril 2016, ça devrait donc être ouvert 84 heures par semaine, et là hier il nous dit que ça va être 76 heures par semaine qu'on va avoir pour ces cliniques. Alors, il y a quand même un grand écart.

Est-ce que le ministre reconnaît que, dans le fond, ces cliniques-là ne pourront pas rencontrer les exigences des supercliniques? Oui, on sait que deux cliniques vont être ouvertes sur six en alternance, là, et on va en avoir deux sur l'île de Laval qui vont être ouvertes le samedi soir et le dimanche soir. Mais moi, je regarde les heures d'ouverture déjà, les heures de disponibilité déjà de ces six cliniques-là. On avait déjà 434 heures. J'ai fait le tour, j'ai regardé sur leurs sites, puis j'ai pris ça de façon très objective, il y avait déjà 434 heures qui étaient ouvertes... offertes. Et là à 76 heures, six cliniques, ça va faire 456 heures, ça fait 3 h 30 min de plus par semaine, plus de petites plages de quatre heures qui vont être en alternance.

Alors, est-ce que le ministre peut nous dire si ces cliniques-là vont finir par offrir un 84 heures éventuellement? Et également j'aimerais avoir des précisions parce que, là aussi, quand on parle de six supercliniques, le ministre individuellement avait dit : Chaque superclinique devrait offrir des services de prélèvement et d'imagerie médicale. Est-ce que les six supercliniques vont offrir ces services-là? Dans ce que je vois actuellement, il n'y en aurait qu'une qui l'offrirait, et donc... Parce que, là, on ne parle plus de supercliniques. On peut être contents, se réjouir qu'il y ait quelque chose de nouveau qui arrive, là, mais on n'appellera pas ça des supercliniques parce que, de toute évidence, lesquelles caractéristiques dont le ministre s'était engagé à imposer pour que ça s'appelle des supercliniques, elles ne sont pas là, elles ne sont pas là.

Alors, est-ce que le ministre va faire en sorte que ça réponde à ça ou s'il reconnaît que ce ne sont pas vraiment des supercliniques comme il le voulait et qu'il est obligé de céder parce qu'il n'a pas été capable d'imposer qu'on ait une disponibilité pour la population les soirs de fins de semaine pour des conditions de première ligne, des conditions mineures?

• (11 h 50) •

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

M. Barrette : M. le Président, moi, je vais, aujourd'hui, là, prendre un instant pour féliciter l'ensemble des médecins de famille de l'île de Laval. La collègue, elle tient toujours un discours qui est un discours d'imposition. «Le ministre n'a pas réussi à leur imposer.» Bien, je n'ai pas voulu imposer rien, alors je ne peux pas avoir réussi à imposer. Ne pas imposer quelque chose, on n'est pas dans un mode d'imposition. Et moi, si j'étais médecin de famille aujourd'hui, je serais très inquiet de voir la critique officielle du Parti québécois qui veut prendre le pouvoir, annoncer qu'en arrivant elle va imposer ses volontés aux médecins. C'est de ça qu'elle parle, là. Et ça, c'est la personne, M. le Président, qui, pendant l'étude de la loi n° 10 et de la loi n° 20, faisait des interventions du genre : Le mot «ministre» apparaît 100 fois dans le projet de loi; le mot «patient», jamais. Le ministre a trop de pouvoirs. Le ministre centralise tout. Le ministre, le ministre, le ministre.

Alors, j'imagine que ma collègue aspire à me remplacer. Le contraire me surprendrait. Alors, ce que je comprends, c'est qu'elle veut faire encore plus que moi en termes d'exercice du pouvoir. Bien là, il y a un message qui est lancé à toute la communauté médicale : le Parti québécois veut vous transformer en employés, et votre patron va s'appeler la députée de Taillon. Alors, moi, je le dis, parce que c'est dit en des mots beaucoup plus clairs, ce que notre collègue vient d'évoquer.

Maintenant, elle nous parle de Laval. Alors, je vais souligner le travail qui a été fait par les médecins de Laval. Alors, regardons de quoi on parle ici exactement. Laval, c'est une région administrative qui a une caractéristique très, très claire et très simple. C'est une population circonscrite. C'est une île. Ils ont un code postal à eux et ils ont un certain nombre de groupes de médecine de famille qui ont choisi, M. le Président, «choisi», «choisi», de travailler ensemble pour transformer leur pratique et aller vers le concept de superclinique.

Ils nous ont fait une proposition, dans un premier temps. Parce qu'il y a un débat dans le monde de la médecine de famille : Est-ce qu'on a besoin d'autant de supercliniques? Moi, je crois que oui. Est-ce qu'on a besoin d'avoir des heures d'ouverture aussi étendues? Moi, je crois que oui. Eux ont proposé un modus operandi unique, unique, et qui ne sera pas reproduit ailleurs, qui est celui que la collègue vient de résumer. Je n'ai pas plié devant personne. J'ai négocié quelque chose qui était valable. Et qu'ai-je négocié? J'ai négocié un investissement flexible dans un réseau de six cliniques, dont deux vont fonctionner en mode superclinique complet à partir du mois de juin, avec en même temps, M. le Président, il faut le souligner, pour la population de Laval, l'accès à un site électronique, une application Web de prise de rendez-vous électronique dans ces cliniques-là, pour la population de Laval.

Laval va devenir, pour les prochains mois, non seulement le lieu de rodage de notre système de rendez-vous, mais le lieu de rodage du principe même du continuum de soins qui inclut le GMF, passe par la superclinique et se termine à l'urgence quand c'est nécessaire. Nous avons une opportunité d'analyse et même de recherche, M. le Président, dans la transformation de notre système de santé. Pourquoi? Parce qu'on a une région géographiquement densément peuplée, avec une démographie qui est représentative du Québec, dans laquelle nous avons un groupe de médecins de famille qui a choisi de s'engager. C'est presque tout le monde sur l'île de Laval qui embarque là-dedans.

Et ce qu'on a comme engagement, c'est que, oui, si la démonstration est faite, elle est faite. Ils vont tous embarquer au mode superclinique. On fait une partie d'expérimentation qui ne sera pas reproduite ailleurs, parce que ces conditions-là ne sont pas les mêmes ailleurs. Alors, ça, ça s'appelle une chose qui est très simple : une négociation, que je vais qualifier du bon mot, une négociation réussie au bénéfice de toutes les parties. Et on comprend des propos de notre collègue qu'au Parti québécois, on n'est pas dans ce mode-là, mais vraiment pas.

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

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Moi, je ne fais que citer les engagements que le ministre a pris, je répète, ses engagements à lui. Alors, ce qu'il nous dit, c'est qu'il est toujours... finalement, quand il fait des annonces, ce n'est pas des vraies annonces. C'était en processus de négociation. Alors, c'est ça qu'on doit décoder dorénavant des prochaines annonces qu'il va faire. C'est que ce n'est pas tout à fait ça, parce qu'il est en mode négociation. Moi, quand le ministre dit : Je m'engage à ça, j'y crois, parce que je pense que, s'il le dit... C'est un ministre, il est imputable de ses engagements. Et donc, les engagements qu'il a pris, bien, de toute évidence, là, il ne les respecte pas.

Est-ce que le ministre peut s'engager à ce que chacune des prochaines cliniques qu'il appelle supercliniques qui vont être ouvertes soit ouverte 84 heures par semaine, comme il l'a dit lui-même dans ce qu'il a promis à la population comme étant une avancée pour améliorer l'accès?

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

M. Barrette : Il y a bien une seule personne au Québec qui ne considère pas que ce que j'annonce n'est pas une avancée, et elle est devant moi. C'est son choix, c'est son appréciation.

Maintenant, moi, M. le Président, ce que je trouve un peu irritant intellectuellement, c'est que l'annonce que j'ai faite hier, elle était très claire. J'ai fait l'annonce de la façon très précise qu'il y aurait deux cliniques à 84 heures rotatoires, que les autres allaient... Ça a été très, très, très clairement dit.

Je vais revenir sur un point, M. le Président, un point qui est très important. La députée de Taillon, régulièrement, dit que, ah, c'est du pareil au même. L'investissement que l'on fait, M. le Président, est à la condition qu'il y ait une garantie d'un volume minimal de sans rendez-vous dans ce réseau-là. Je vais le répéter : c'est 180 000 sans rendez-vous annuellement qui doit être livré par ces six cliniques-là pour une population qui est un peu au-dessus de 450 000. Faisons le rapport entre les deux, là : 180 000 pour 450 000 personnes, même 500 000, ça commence à faire du sans rendez-vous, ça. En plus, M. le Président, non seulement ces cliniques-là ont l'obligation de livrer ça, mais, pour les aider, on leur envoie

du personnel, et la quantité de personnel qu'on leur envoie peut aller, dépendamment du niveau, jusqu'à 12 professionnels de plus. Que font ces professionnels-là? Ils font deux choses, M. le Président : ils favorisent une productivité augmentée, ils font aussi du travail autonome, ce qui fait que l'accès à la population vient d'autant être augmenté. Ça, la députée de Taillon, évidemment, ne le note pas. Alors, ça, ça s'appelle de l'aveuglement politiquement volontaire.

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

Mme Lamarre : Ce n'est pas prêter des intentions, M. le Président...

Le Président (M. Merlini) : Oui. Oui, M. le... Effectivement.

Mme Lamarre : ...mais on ne gaspillera pas nos secondes.

Le Président (M. Merlini) : Non, non. Je vous en prie.

Mme Lamarre : Alors, je comprends que le ministre ne veut pas garantir que les prochaines cliniques super, qu'il appelle, seront ouvertes 84 heures par semaine. C'est ce que je comprends à ce moment-ci. Maintenant, il parle d'un nombre de places garanties. Pour être capable d'évaluer le nombre de places...

Le Président (M. Merlini) : Un instant.

M. Barrette : ...appel au règlement.

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

M. Barrette : 36. On me prête des intentions.

Le Président (M. Merlini) : 35, 35.

M. Barrette : 35, pardon. «Le ministre ne veut pas...» Alors, quand je reviendrai à ma prochaine prise de parole... Je n'avais pas complété ma réponse, à votre demande, compte tenu des signes que vous me faisiez. Ça n'autorise pas notre collègue à me prêter l'intention de ne pas vouloir garantir. Je le sais, M. le Président, ça va être 12 heures comme ça. Ça ne m'impatiente même pas. Mais je vous ai averti, j'allais relever chacun de ces moments-là un par un, comme je viens de le faire. J'attends impatiemment le prochain. Il reste six minutes pour ce bloc-là.

Le Président (M. Merlini) : À la question, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Le ministre met en évidence les éléments que j'essaie de démontrer. Dans le fond, ce qu'il a parlé, il a parlé d'une promesse d'un certain nombre de rendez-vous. Mais, pour être capable d'apprécier la bonification que l'investissement... parce qu'on donne quand même 719 000 \$, là, par année à ces six cliniques-là de façon récurrente, il faut savoir d'où on part. Donc, est-ce qu'on peut savoir aujourd'hui, par exemple, au cours de la dernière année, ces six cliniques-là, combien de patients sans rendez-vous ont-elles accueillis? C'est une question très précise, M. le Président. J'aimerais ça avoir une réponse très précise : le nombre de patients sans rendez-vous que ces six cliniques-là accueilleraient durant la dernière année.

Le Président (M. Merlini) : En une minute, M. le ministre.

M. Barrette : Bien, en une minute, M. le Président, ça va prendre juste 15 secondes : ça demande à ce qu'on fasse une analyse dans la base de données de la RAMQ, que je ne peux pas faire séance tenante, évidemment. N'étant pas moi-même un ordinateur, là, je ne peux pas faire cette interrogation-là.

Le Président (M. Merlini) : O.K. Oui?

Mme Lamarre : M. le Président, est-ce que le ministre s'engage à le fournir cet après-midi?

Le Président (M. Merlini) : C'était ce que j'étais pour dire, Mme la députée. Donc, suite à la recherche, vous pourrez déposer les statistiques demandées au secrétariat de la commission.

M. Barrette : Je déposerai les statistiques si elles sont identifiables comme telles, parce que la question qui est posée, ce sont les sans rendez-vous. C'est ça, la question qui est posée...

Le Président (M. Merlini) : Oui, oui, tout à fait.

M. Barrette : ...et je doute que je puisse faire la...

Mme Lamarre : C'est parce que, si on ne peut pas identifier les sans rendez-vous aujourd'hui, comment il va faire pour savoir puis promettre qu'il va y en avoir 180 000 places, de sans rendez-vous?

M. Barrette : ... Ces gens-là sont comptabilisés.

Le Président (M. Merlini) : Alors, dans la mesure où ça devient possible de l'identifier, vous déposerez les informations au secrétariat de la commission.

M. Barrette : Bien sûr.

Le Président (M. Merlini) : Compte tenu de l'heure, je suspends donc les travaux de la commission jusqu'après la période des affaires courantes, où nous poursuivrons notre mandat. Bon appétit à tous.

(Suspension de la séance à 12 heures)

(Reprise à 15 h 30)

Le Président (M. Merlini) : Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons reprendre nos travaux.

Je vous rappelle que la Commission de la santé et des services sociaux est réunie à la salle de l'Assemblée nationale pour poursuivre l'étude des crédits budgétaires du volet Santé et accessibilité aux soins du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier de 2017-2018.

Avant d'entrer en ondes, j'ai convenu, et j'ai consensus des groupes, puisque nous commençons à 15 h 30, de dépasser, et nous devons... et qu'une période de trois heures doit être consacrée à l'étude des crédits cet après-midi, nous avons le consentement pour terminer à 18 h 15 la période avant le souper et à 21 h 45 en soirée.

Alors, lors de la suspension de nos travaux de ce matin, Mme la députée de Taillon avait la parole. Je vous invite donc à poursuivre votre intervention. Et vous disposez d'un bloc de 12 minutes.

Mme Lamarre : M. le Président, je veux juste préciser que ce que j'avais compris, c'est que le bloc de 12... mon intervention de ce matin était terminée et que je voulais un bloc de 12...

Le Président (M. Merlini) : Oui, oui, tout à fait, tout à fait.

Mme Lamarre : Donc, vous me permettez de le faire tout de suite. C'est bien ça?

Le Président (M. Merlini) : Oui, allez-y.

Mme Lamarre : Excellent. Merci. Alors, ce que j'aimerais aborder, c'est au niveau de l'étude des crédits, dans la réponse à nos questions, de l'opposition officielle, à la page 150, pour les gens qui nous accompagnent, ça concerne l'état des structures, des infrastructures de notre parc, je vous dirais, d'établissements de santé. En 2014-2015, on avait des sommes de 88,5 millions de dollars qui étaient prévues pour la résorption du déficit d'entretien. Donc, on comprend que c'est nos... Il y a eu plusieurs reportages qui ont fait état de la vétusté de nos hôpitaux, de nos établissements, et on a donc un montant, normalement, qu'on réserve pour la résorption du déficit d'entretien, qui était de 88,5 millions. Cette année, il a fondu à 36,2 millions.

Alors, j'aimerais que le ministre nous explique comment, dans un contexte où on a autant de situations difficiles dans nos établissements, où clairement, là, les gens qui circulent dans ces établissements-là constatent qu'il y a vraiment des établissements dans des états très, très détériorés, comment on peut choisir, puisqu'on est en surplus budgétaire, comment on peut faire le choix de dire qu'on donne aussi peu et qu'on a donné aussi peu pour 2015-2016 par rapport à 2014-2015.

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

M. Barrette : M. le Président, est-ce que... Parce que j'ai de la difficulté à... Peut-être que notre pagination à nous n'est pas la même. Est-ce que notre collègue a dit : Dans les questions particulières du volume, la page 150?

Mme Lamarre : En fait, c'est les questions 198 et 212. Dans les crédits 2017-2018, c'est la question 212, et dans celles de 2016...

M. Barrette : J'avais mal compris les pages.

Mme Lamarre : Dans celles de 2016-2017, c'était la question 198.

M. Barrette : M. le Président.

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

M. Barrette : Étant donné que ce n'est pas encore la bonne page que j'ai, je vais finir par les placer, juste me les dire encore, là, pendant que mes collègues trouvent la bonne page.

Mme Lamarre : C'est dans la réponse aux questions particulières de l'opposition officielle, le volume 1.

M. Barrette : C'est la question 212?

Mme Lamarre : Oui.

M. Barrette : Je pensais que c'était la...

Mme Lamarre : Question 212, page 150.

Le Président (M. Merlini) : ...l'équipe autour de vous trouve ladite page, on pourrait passer à une...

M. Barrette : ...

Le Président (M. Merlini) : Oui, allez-y.

M. Barrette : Parce que notre collègue, pendant qu'on me donne la réponse... pas la réponse, mais qu'on me donne le document, m'a posé la question : Comment ça se fait qu'on a mis si peu? Et la question, si j'ai bien compris... je l'ai bien comprise, était à propos du déficit de maintien.

Mme Lamarre : Du déficit de maintien d'actif, oui, d'entretien.

M. Barrette : Alors, la réponse, elle est relativement simple. Et je l'ai dit à plusieurs reprises, je vais le dire encore aujourd'hui. À chaque annonce d'infrastructure que je fais, sans exception, je commence toujours ma présentation en disant : Vous savez, l'enjeu le plus grand dans notre système de santé n'est pas simplement la première ligne, mais bien celui des infrastructures. Et je continue toujours en disant : Notre parc immobilier est tel que, si on avait, sur la base d'un prix normé qui est celui d'aujourd'hui et qu'on le considère comme étant constant... alors, en dollars constants, il faudrait investir jusqu'à 800 millions de dollars par année pour renouveler notre parc d'infrastructures sur la base d'une durée de vie de chacune d'entre elles de 60 ans.

Alors, ça, M. le Président, quand on me pose la question : Sur la base de quoi?, bien, c'est sur la base du grand enjeu de celui de l'équilibre budgétaire de l'État, qui, lui, nous exige à faire des choix. Et, oui, nous sommes le premier gouvernement à avoir fait le choix de faire un état de situation de la vétusté de nos infrastructures. D'ici la fin de l'année 2017, certainement au prochain budget, M. le Président, tout notre parc d'équipements... d'infrastructures, pardon, va avoir été revu, et évalué, et classé de A à E, en termes de vétusté, le E étant la dernière étape avant le remplacement. Ce n'est pas le moment du remplacement, mais c'est certainement la dernière étape.

Et, au travers de ça, M. le Président, bien, on fait des choix. Alors, on fait le choix d'en mettre un peu plus en déficit de maintien d'actif, c'est ce que l'on fait, et je sens que, dans la question que notre collègue nous pose... c'est que ce n'est pas assez. Bien, moi, je voudrais bien en mettre plus, M. le Président, mais, de façon très, très politiquement éditoriale, bien, pour en mettre plus, ça passe par une saine gestion de l'État, ça passe par avoir un plus petit déficit, ça passe par faire des choix, des choix qui, comme toujours, du moins pour moi, ont été faits sur la base, d'abord et avant tout, de la vétusté. Et, si je pouvais en faire plus, M. le Président, j'en ferais plus, mais, dans l'état actuel de nos finances publiques, c'est ce que je peux faire.

Et je vais vous dire une autre chose, M. le Président. Je dis souvent la chose suivante, et une chose qui est incompréhensible, je pense, pour... ou peut-être inadmissible — certainement pas incompréhensible, ce serait vraiment triste : Avoir des finances publiques équilibrées, c'est un projet de société, avoir un gouvernement responsable, c'est un projet de société, parce que d'avoir un gouvernement responsable, ça génère un équilibre budgétaire qui, lui, génère des possibilités d'investissement pour régler des problèmes réels, criants parfois, sur tout le territoire du Québec.

Alors, quand on me pose la question : Comment j'ai fait pour prendre mes décisions?, bien, je vous le dis, M. le Président, ça commence par les sommes disponibles qui, elles, sont le résultat d'une saine gestion par notre équipe gouvernementale, le Parti libéral du Québec. Et après les décisions que l'on prend sont prises sur la base, en premier, de la vétusté. Et je vous le dis, M. le Président, là, on ne peut pas tout faire. On doit aller du moins, moins vétuste au... c'est-à-dire au plus, plus vétuste vers le moins vétuste, et ainsi de suite. Ce sont des choix difficiles, qui sont conditionnés dans l'absolu et absolument par l'équilibre budgétaire.

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

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. C'est sûr que, quand on compare les situations financières, la situation financière, l'année dernière, était, en principe, moins favorable que celle de cette année. Et on parle bien, là, d'un déficit d'entretien, c'est-à-dire qu'on parle, là, du toit, on parle des murs, on parle de la peinture, on parle de choses qui sont vraiment essentielles pour que l'établissement ne se détériore pas davantage. Et le fait de choisir, dans une année où il y a un surplus budgétaire, de priver... de couper de 50 millions déjà un montant qui avait été considéré comme raisonnable

et nécessaire l'année dernière, ça me semble mériter une réponse. Parce qu'à travers ces choix-là il y a eu deux fois un choix. En 2016-2017, il y a eu un choix, ça a été de réserver 88,5 millions pour travailler sur le déficit d'entretien, c'était sur l'année 2014-2015 que ça a été appliqué. Puis, en 2015-2016, bien, le choix qui a été fait, c'est de travailler seulement... de mettre seulement 36 millions, donc 50 millions de dollars de moins, pour régler des problèmes. Alors, si on ne les règle pas... Ces situations-là ont déjà été évaluées comme étant une urgence d'entretien. On a un déficit d'entretien. On n'est pas dans l'extra, on n'est pas dans faire du luxe ou ajouter des choses, on est dans s'assurer que ça va quand même encore tenir et que ça va être capable de rencontrer les objectifs. Quand on parle d'établissement de santé, on parle beaucoup de salubrité, on parle de ventilation d'air, on parle de contextes qui ont des impacts aussi sur la santé de la population.

Alors, il y a quand même deux fois un choix, là, qui a été fait : 2014-2015, on a décidé 88,5 millions, puis on n'avait pas tant d'argent, pas tant de surplus que 2015-2016 où on décide de mettre 50 millions de moins. Est-ce que le ministre peut nous donner un peu plus de précisions, parce que c'est deux fois des choix?

• (15 h 40) •

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

M. Barrette : M. le Président, je ne veux surtout pas, là, mais surtout pas avoir des propos vexatoires, ce n'est pas mon intention, mais je vais indiquer le bout de la feuille que notre collègue ne semble pas avoir potentiellement saisi.

Mais, avant d'aller là, M. le Président, je vais illustrer pour la population ceci : dans la catégorie des allocations en termes de déficit de maintien d'actif, les petites lignes qui sont à la gauche du tableau, c'est l'ère du Parti québécois, et la nôtre, c'est celle qui est en rouge. Alors, on a vu sous le Parti libéral une accélération — ça, ça parle, là, c'est substantiel — des investissements en maintien d'actif.

Maintenant, la question 212, M. le Président, qui a été soulevée par la collègue, c'est une question posée par le Parti québécois. Je tiens à indiquer que le titre de la question 212, du moins dans la réponse, c'est inscrit clairement, et je vais la lire : «Déboursés déclarés dans le cadre du PQI en millions de dollars». Alors, quand la collègue me demande quel choix j'ai fait, ce n'est pas ça, la réponse, ça, c'est ce qui a été dépensé dans la vraie vie. Le choix que j'ai fait, M. le Président, est dans une autre feuille, et la feuille dit qu'en 2015-2016 nous avons choisi d'investir 117 millions pour cette catégorie-là, et nous l'avons augmenté en 2016-2017 à 125 millions, et nous l'avons augmenté en 2017-2018 à 200 millions. Alors, dans les années où nous avons été au pouvoir, nous avons progressivement augmenté de façon substantielle les sommes allouées à cette catégorie.

À titre indicatif, M. le Président, si on se réfère à la dernière année du Parti québécois, en 2013-2014, eux avaient choisi d'investir 120 millions. Nous, cette année, nous en sommes rendus à 200 millions. Mais ce qui a été déboursé est moindre. Pourquoi? Pas parce qu'on empêche le réseau de le déboursier. C'est parce que, pour des raisons d'appel d'offres, des raisons de plan et devis, des raisons d'architecte, et ainsi de suite, de planification, ils ont dépensé ce montant-là.

Alors, ça, ce n'est pas un choix, c'est un constat. Alors, quand notre collègue nous parle de choix, elle se retourne vers... elle indique des constats, alors que le choix, il est ailleurs. Et le choix est un bon choix. Et, comme je l'ai dit, le choix a été pris sur la base de la vétusté.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange. Et la minute de réponse est prise bien sûr sur le temps du prochain bloc, qui est le bloc du gouvernement. Alors, je me tourne maintenant vers la députée de Chauveau pour votre bloc d'intervention avec le ministre. À vous la parole.

Mme Tremblay : Merci beaucoup, M. le Président. D'abord, je tiens à saluer le ministre de la Santé et toute sa belle équipe, une belle grande équipe, également mes collègues du gouvernement et mes collègues de l'opposition.

Et ma première intervention va porter sur l'offre alimentaire dans les CHSLD dans la Capitale-Nationale parce que, depuis plusieurs années, l'alimentation des aînés en CHSLD est sujette à diverses critiques, des critiques souvent sévères : on parle du coût, de l'équilibre nutritionnel, de l'aspect, les patates en flocons — d'ailleurs, la deuxième opposition en a fait tout un plat — tout y est passé. Notre gouvernement a beaucoup insisté pour que l'offre alimentaire puisse être mieux organisée, plus adéquate aux besoins et aux choix des usagers.

Le volet de l'alimentation est très important en CHSLD. Et ça signifie beaucoup plus qu'uniquement répondre aux simples besoins de se nourrir : on veut que ce soit un moment agréable également, que les repas puissent devenir une activité conviviale. Et, le 23 novembre dernier, le ministre de la Santé a organisé une présentation des nouveaux menus de la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches, donc 72 nouveaux menus qui ont été présentés. Plusieurs personnes avaient été invitées pour cette dégustation-là, dont les députés de l'opposition, qui malheureusement ont décliné l'invitation. Et j'y étais avec plusieurs collègues. J'étais assise notamment avec deux préposés aux bénéficiaires et des aînés qui résident dans une résidence pour personnes âgées. Moi, j'ai eu la chance de déguster une longe de saumon avec une sauce aux poireaux, la mousseline de saumon, purée de pommes de terre, macédoine de carottes, les carottes en purée, pudding aux bleuets. Sincèrement, c'était délicieux, c'était goûteux, c'était très bon, et les commentaires autour de la table, pour les deux autres menus qui étaient offerts, ont été également très positifs.

Actuellement, il y a deux installations qui offrent les nouveaux menus dans la région de Québec : il y a l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et il y a le CHSLD Chauveau. Et évidemment c'est situé dans mon comté, le comté de Chauveau. Et j'y suis allée, depuis l'implantation des menus, à deux reprises, la première fois en compagnie du ministre de la Santé. On a fait la tournée. On est allés dans les cuisines. On a rencontré les gens à la cafétéria. On leur a demandé ce qu'ils en pensaient, des nouveaux menus. On est également allés sur les étages rencontrer les usagers. On leur a posé évidemment la question sur les menus, comment ils trouvaient ça. Et ça a été unanime sur les étages, les gens nous ont dit qu'ils aimaient beaucoup les menus, donc que c'était très bon, rien à redire. Évidemment, on leur a posé des questions aussi sur les soins qu'ils recevaient, et c'était très positif.

Contrairement à ce que dépeint souvent l'opposition, les gens sont heureux dans les CHSLD. Les gens sont bien traités. Les gens apprécient les soins qu'ils reçoivent. Est-ce qu'il y a parfois quelques exceptions? Est-ce que parfois on pourrait faire mieux à certains endroits? Oui, certainement. Puis on est toujours prêts à s'améliorer. Mais je peux vous dire, en tout cas... je vais parler pour le CHSLD de Chauveau que j'ai visité en compagnie du ministre dernièrement, et les commentaires étaient très positifs.

Concernant la nourriture, j'y suis retournée également il y a quelques semaines pour être bénévole d'un jour dans le cadre de la popote roulante. Et, la popote, on va servir, on se rend en voiture avec les menus chez les gens, dans leurs résidences, pour leur porter le menu. Et c'étaient des menus, là où je suis allée, qui étaient préparés pas le CHSLD Chauveau. Et, à chaque fois que j'allais porter le menu, j'entrais dans la maison puis je leur demandais : Comment vous trouvez les menus? Et les commentaires ont été, je vous dirais... J'ai fait 10 résidences, et 8,5, parce qu'il y en a que c'était... un pour une soupe, c'était très, très positif. En fait, le commentaire négatif, il y a des gens qui disaient : Ah! bien, moi, j'aimerais ça, avoir une soupe avec des cubes de légumes plutôt qu'en potage, mais le potage est très bon. Alors, c'était quand même assez positif dans les commentaires. J'étais contente d'entendre ça.

Évidemment, c'est cuisiné pour des centaines ou des milliers de personnes. C'est assez différent que cuisiner pour une famille de quatre, hein, lorsqu'on prépare les repas en famille. Alors, c'est quand même une tâche assez compliquée, mais je dirais que, même pour une famille de quatre, parfois c'est difficile de faire l'unanimité, hein? Moi, je cuisine, puis, avec les enfants, souvent, il y en a un ou deux que, ah! ça ne fait pas leur affaire, là, ce qu'on prépare. Alors, c'est difficile de faire l'unanimité avec des menus.

Mais je dirais que c'est probablement une problématique supplémentaire dans les CHSLD parce que 55 % de la clientèle hébergée a besoin d'une nourriture adaptée, donc avec une texture sécuritaire, tout en étant évidemment goûteux et de qualité aussi. Donc, pour élaborer les nouveaux menus, il y a eu de la recherche, ça a été une longue démarche avec des nutritionnistes, des chefs cuisiniers aussi. Et d'ailleurs je tiens à le mentionner, trois des chefs qui ont participé à l'élaboration des menus sont des citoyens de Chauveau, que je tiens à saluer. Je le mentionne parce que c'est important de dire que ça a été élaboré aussi localement pour répondre aux goûts et aux habitudes des gens de la Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches. Il y a eu des dégustations aussi pour s'assurer que ces menus-là étaient appréciés.

Alors, si vous me le permettez, M. le Président, je demanderais l'accord du ministre et de la commission pour entendre M. Michel Delamarre, le P.D.G. du CIUSSS de la Capitale-Nationale. J'aimerais ça qu'il nous explique justement la démarche qui a été faite et les étapes à venir.

• (15 h 50) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Chauveau. Est-ce que j'ai consentement pour permettre au P.D.G. du CIUSS de la Capitale de répondre? J'ai consentement et la permission du ministre? Tout à fait.

Alors, M. Delamarre, vous vous situez à l'autre bout. Alors, pour la technique audio, pour l'audiovisuel, dans le fond là-bas, veuillez vous identifier et donner votre responsabilité et votre titre pour les gens qui nous écoutent.

M. Delamarre (Michel) : Oui. Et, si vous me permettez, je vais rester debout. Donc, Michel Delamarre, président-directeur général du CIUSSS—Capitale-Nationale. Je vous présenterai mes invités dans quelques minutes.

Effectivement, je vous remercie beaucoup de nous permettre de vous parler de l'offre alimentaire, parce que, comme Mme Tremblay vient de le mentionner, pour nous, c'est un travail de longue haleine, déjà au moins deux ans qu'on travaille sur ce projet-là, et on est très fiers de la réalisation en cours, actuellement.

C'est un travail qui s'est fait en collaboration avec le CHU de Québec, avec le CISSS—Chaudière-Appalaches et l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. Puis ce travail-là, il est vraiment, comme centre d'intérêt, au plus grand bénéfice des usagers et il permet d'avoir maintenant une offre de services améliorée qui tient compte du profil de nos usagers. Chez nous, au CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'offre alimentaire est déjà en déploiement, ainsi que la réorganisation de la production alimentaire.

J'inviterais M. Giasson à aller un petit peu plus loin. Il était au coeur justement de la mécanique depuis deux ans et il sera en meilleure situation pour vous parler un peu plus en détail de la façon dont on a mené ce projet-là depuis deux ans avec nos collaborateurs.

En même temps, je suis accompagné de M. Marc Thibeault, qui est directeur de la logistique, Mme Josiane Tremblay, qui est nutritionniste, et M. Vincent Labbé, qui est gestionnaire et cuisinier dans notre CIUSSS—Capitale-Nationale. Donc, si vous avez des questions plus pointues, on a amené des gens interdisciplinaires pour vous permettre de... mieux répondre, autant que possible, aux questions que vous auriez.

Donc, je laisserais la place à M. Giasson pour aller un petit peu plus loin, pour vous expliquer ce qu'on a fait.

Le Président (M. Merlini) : Alors, je dois demander le consentement. Est-ce que j'ai consentement pour permettre à M. Giasson de répondre? Consentement et la permission du ministre.

M. Delamarre (Michel) : Merci.

Le Président (M. Merlini) : Alors, M. Giasson, veuillez vous identifier pour l'audiovisuel.

M. Giasson (François) : Oui, bonjour. François Giasson, adjoint au directeur de la logistique au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Tout d'abord, merci beaucoup de nous permettre de présenter ce beau projet. Vous avez fait part, Mme Tremblay, des gens qui avaient travaillé sur ce projet-là, et je dois vous dire qu'on en est très, très, très fiers. On est actuellement,

dans le projet, en train de faire évoluer les équipes puis on est rendus à sept installations, présentement, qui bénéficient du fameux menu amélioré.

Alors, sans plus tarder, je vais vous conter un peu l'origine de ce projet-là. On était devant des constats, des problématiques évidentes en 2015, dans le fond. Puis, suite au rapport du Vérificateur général, là, qui avait déposé un rapport en 2011, donc, il y avait des standards nutritionnels à géométrie qui était très variable d'un établissement à l'autre. L'offre était irrégulière, peu variée à certains endroits, surtout, entre autres, au niveau des mets texturés, puis je vais vous en parler plus en détail dans ma présentation, et il y avait une grande variabilité et d'iniquité au niveau de l'offre alimentaire. Donc, nous, au CIUSSS de la Capitale-Nationale, on avait 14 offres alimentaires distinctes, et ce, au sein d'un même programme clientèle. Il pouvait y avoir aussi des variantes au niveau de l'offre. Donc, certains avaient deux choix de menus, d'autres, un choix.

On a établi une table régionale en 2015 pour améliorer nos pratiques. On avait absence de balises, de critères communs pour construire nos offres alimentaires. Donc, imaginez-vous, on était 11 alentour de la table, 11 organisations, 11 cultures différentes, des visions de dirigeants qui étaient différentes aussi. Alors, sans vous mentir, on avançait, mais très, très peu. La venue de la loi n° 10 est venue faire en sorte de fusionner les établissements. Ça a agi vraiment comme un catalyseur pour nous autres et ça nous a permis de nous mettre en action très rapidement.

Donc, on a, de ça, travaillé plusieurs éléments à considérer dans les services alimentaires pour améliorer l'offre alimentaire. Donc, je vous les énumère un petit peu, toutes les choses qu'on doit prendre en considération lorsqu'on travaille une offre alimentaire : on doit partir évidemment de l'évaluation des besoins de la clientèle — bien définir les besoins, ça a été la base, les fondements de notre projet; élaborer les menus; standardiser les recettes, évidemment la production alimentaire, la distribution alimentaire puis tout l'aspect du service clientèle.

Un de nos gros constats dans notre collecte de données était que... On en est arrivés à regarder les complexités de notre clientèle puis les différences, et on s'est aperçus qu'environ 50 % de notre clientèle devaient consommer des aliments à texture modifiée, donc soit en texture molle, en texture hachée, en texture purée, et actuellement on ne nourrissait pas assez les efforts dans ce sens-là, par rapport à tout ce qu'on devait faire, puis c'était en évolution constante. C'est une tendance qui augmente aussi, ce besoin-là, pour la clientèle.

Un groupe d'experts provenant de diverses régions, divers programmes clientèles se sont penchés... donc, entre autres, des nutritionnistes, des techniciennes en diététique provenant de plusieurs programmes clientèles. On a défini quatre grandes orientations : donc, la notion de choix, les menus santé, la dénutrition puis la dysphagie. C'est vraiment sur ces aspects-là qu'on s'est basés pour construire notre nouvelle offre alimentaire et surtout établir des balises et des critères, des standards opérationnels communs, donc, qui étaient très précis pour nous permettre de dire qu'on construisait une offre qui répondait aux besoins de la clientèle. Donc, ça, c'était très important pour nous dans tout le projet.

Par la suite, on a dû travailler sur des outils pour opérationnaliser cette offre-là. Alors, ici, je vous montre un peu une structure de menu. Alors, c'est une trame de fond du menu qui nous a permis de travailler un index de variété, hein? C'est-à-dire que, du poisson, si on veut que ça soit deux fois par semaine, bien, ici, il n'y a aucune recette dans cette structure de menu là, il y a seulement des types de mets et des coupes de viande, exemple, ou des couleurs de mets pour faire en sorte de contrer la monotonie puis d'augmenter la variété au maximum pour toutes les clientèles. Donc, c'était un aspect important de notre changement. C'étaient des irritants qu'il y avait à plusieurs endroits, dans le fond, que les gens pouvaient en venir, avec les changements, et tout ça, à manger, exemple, des mets en cube toute la semaine, des mets en sauce toute la semaine, et tout ça. Donc, cette structure-là vient nous permettre de contrôler tous nos changements, parce qu'après on va venir positionner les recettes à l'intérieur de cette structure-là. Et ce qu'on a inclus beaucoup... Je vous l'ai dit tantôt, 50 % de notre clientèle est en texture hachée, texture modifiée, donc cette variété-là est maintenant incluse pour la clientèle qui a ces conditions particulières là aussi.

Donc, une fois les recettes positionnées dans le menu, on peut y faire aussi des changements saisonniers, donc sans nécessairement modifier cet index de variété là, puis contrer absolument la... de travailler sur la monotonie, en fait. Donc, les recommandations internationales prévoyaient qu'avec 42 recettes on pouvait, dans le fond, subvenir aux enjeux de variété pour de la clientèle en longue durée. Ce qu'on vous présente ici... La structure de menu du CIUSSS de la Capitale-Nationale est composée de 72 recettes, donc il y a deux choix par repas qui sont distincts sur une durée cyclique de trois semaines de menus.

Très rapidement, je vous donne un exemple pour juste traduire ça. Exemple, au cœur de nos priorités, comme je vous l'ai dit tantôt, la notion de choix était là. Je vous donne juste un exemple de quoi ça peut représenter. Donc, au niveau d'un menu régulier, une personne qui mangerait régulier, mardi, souper de la semaine 1 de notre menu, la personne aurait deux choix principaux, donc c'est-à-dire le veau aux champignons et la côtelette de porc sauce au pesto. Et il y a toujours des choix alternatifs lorsque le menu ne répond pas à certaines conditions. Donc, ici, la personne pourrait recevoir aussi, si elle veut manger plus léger en soirée, des crêpes au sirop ou un sandwich au poulet.

Chacune des cuisines a également des mets de substitution, donc qui viennent... On appelle ça, nous autres, des aliments toujours disponibles. Donc, c'est des aliments toujours disponibles, si jamais il y avait... on en a parlé ce matin, un petit peu au niveau de la flexibilité puis d'adapter à la clientèle. On sait qu'on harmonise une offre, on met des standards. Ça peut faire peur à certaines personnes, mais dites-vous qu'il y a toujours des aliments disponibles pour venir soutenir le confort, ou des gens qui voudraient manger plus léger, ou quoi que ce soit. Donc, si une personne voudrait un steak de boeuf, un sandwich au fromage, un creton, donc c'est des aliments toujours disponibles, ou des tranches de tomate, des choses comme ça, un yogourt, si jamais le dessert ne lui plaît pas. On a une variété d'aliments toujours disponibles qui vient combler ça. Ça fait que c'est juste pour vous démontrer un peu la notion de choix, comment ça peut être, dans le fond, spécifique pour l'adapter aux différentes particularités de la clientèle.

On a dû par la suite sélectionner les recettes pour composer notre menu. On avait au-dessus de 2 000 recettes, donc on a dû sélectionner les recettes qui étaient déjà les plus populaires auprès de notre clientèle. Donc, on savait déjà avec des

études de consommation... On a sondé aussi la clientèle, on a sondé les chefs aussi, sur le terrain, sur les mets qui étaient les plus populaires et on les a travaillés, on les a fait répondre aux standards nutritionnels pour s'assurer d'avoir une liaison avec les besoins de la clientèle, pour s'assurer que tout ce qu'on donnait dans l'assiette répondait aux balises puis à nos standards nutritionnels. Donc, il y avait une dimension majeure également à tenir en compte, au niveau de nos mets texturés, dans tout ça.

Donc, on a dû traduire beaucoup d'opérations au niveau de la recherche et développement. Je vous donne un exemple : le boeuf bourguignon auparavant était mis... Bon, on cuisinait le boeuf bourguignon, il était mis dans un blender, il était allongé avec de la sauce, et tout ça. On perdait les valeurs nutritives, puis je vous laisse entrevoir un peu l'aspect que ça pouvait avoir. Ce n'était pas très appétissant. Maintenant, aujourd'hui, on produit une autre recette. On ne décline plus une recette d'un menu régulier. On va produire une recette, une mousseline qui est concentrée en protéines, avec une sauce qui rappelle le goût du boeuf bourguignon, mais qui est beaucoup plus adaptée et beaucoup plus... Le visuel est beaucoup plus beau, et, au niveau du goût, ça ne se compare pas. Et de la sécurité alimentaire, bien, il y a des caractéristiques de sécurité alimentaire également qu'on peut lui donner. Donc, il y a vraiment des gains au niveau visuel et de la qualité des mets.

On a des enjeux opérationnels au niveau du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Présentement, on a 28 centres de production pour desservir 39 installations. Donc, si vous faites un peu le calcul, on a déjà des centres où on produit de la production centralisée. Donc, c'est quelque chose qu'on a tendance à travailler pour augmenter un peu les gains, de concentrer les expertises, entre autres pour les menus texturés. Donc, on veut concentrer les expertises, au bénéfice de la clientèle, dans certains mets... Oui?

• (16 heures) •

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

M. Giasson (François) : Une minute? Parfait, c'est bien. Donc, on a des enjeux également de disponibilité de main-d'oeuvre. Ce que je veux vous dire par rapport à ça, c'est qu'on a des mets à grand volume qu'on va produire mais qui n'ont pas d'incidence sur la qualité de la clientèle. Donc, il y a des mets également qu'on va rester... qu'on va demeurer dans chacune des installations, comme les pommes de terre purée, qui sont fraîches, soit dit en passant, avec la cuisson des légumes, la soupe, la cuisson des poissons. Il y a des choses qui ne se centralisent pas. Ça fait qu'on n'a pas fait de compromis là-dessus, au bénéfice du client.

Actuellement, on progresse dans notre déploiement. On a sept installations d'implantées, qui représentent 1 400 clients qui bénéficient de ce menu-là. On de très bons commentaires. On a des légers ajustements au niveau des habitudes alimentaires. Mais actuellement les commentaires sont très, très bons, du personnel clinique, mais aussi des usagers. Il y a des belles présentations, les mets sont savoureux, il y a beaucoup de variété. Également, on fait preuve d'innovation pour les gains pour la clientèle. On fait des pains en purée. On sait comment que la rôti, le matin, peut être une plus-value pour les gens. Bien, on l'a introduite dans le menu pour que les gens en texture modifiée puissent en bénéficier aussi. Donc, il y a de l'expertise avec l'Université Laval pour travailler certains mets pour offrir ces éléments-là.

Alors, c'est un peu ce que j'avais à vous présenter aujourd'hui, qui définit un peu comment on a travaillé le projet et puis, actuellement, comme je vous dis, où est-ce qu'on en est rendus sur le déploiement, qui devrait se compléter en 2018 pour l'ensemble de nos installations.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. Giasson. Vous êtes arrivés pile-poil sur le temps limite. Et merci, M. Delamarre, pour ces réponses, avec ce bloc d'intervention du côté du gouvernement. Maintenant, je me tourne vers le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous avez un bloc de 20 minutes. À vous la parole.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Je reviens, M. le Président, sur un dossier qu'on a abordé il y a quelques instants au salon bleu, concernant les tarifs de stationnement dans les hôpitaux. Parce qu'on aurait tort de penser que ce n'est pas important puis que ça ne cause pas un problème, un problème aussi d'accès aux soins de santé pour bien des gens, pour bien des usagers, des patients, des visiteurs qui n'ont pas les moyens de payer les tarifs de stationnement chargés dans les établissements de santé au Québec, notamment dans une vingtaine d'hôpitaux qui exigent toujours des frais qui sont exorbitants. Alors, manifestement, il faut prendre au sérieux cette inquiétude, constatée notamment par le comité des usagers du côté du CHUM, qui ont fait aussi des représentations auprès des patients du centre hospitalier pour tenter de savoir si la nouvelle tarification était, selon eux, accessible, et abusive ou non. Et les patients du CHUM ont exprimé à 94 % que c'était insatisfaisant, que ça causait une problématique.

Ce n'est pas la première fois qu'on l'aborde, hein? On avait déjà parlé de cette question-là, d'ailleurs. En mars 2016, le ministre de la Santé a annoncé qu'une nouvelle circulaire sur les stationnements serait envoyée aux établissements, ce qu'il a fait quelques mois plus tard, en août, pour diriger, donc... et faire en sorte que les choses puissent changer. D'ailleurs, je le rappelle, l'année dernière, également à l'étude des crédits, le ministre, questionné sur ce même dossier-là — alors, vous voyez qu'on répète, finalement — disait : Bien, finalement, il va falloir téléphoner, il est temps qu'on sorte la circulaire. On s'attendait à davantage. En tout cas, les patients et les usagers s'attendaient à davantage.

Résultat? Notamment dans plusieurs établissements... Parlons du CHUM. Ce sera 24 \$ par jour, dépassé quatre heures. 24 \$ par jour aussi pour les hôpitaux universitaires de McGill. Sainte-Justine, 18 \$. À l'Hôpital général juif, 20 \$. Ce n'est pas seulement à Montréal. Au CHUL de Québec, c'est 16 \$ également. Ce sont des frais qui sont... En tout cas, moi, moi, je reçois des avis et des commentaires de gens qui sont obligés d'aller au centre hospitalier, pas par plaisir, parce qu'ils se font soigner, parce que ça fait partie de leurs problématiques de santé. Des familles, également. J'ai reçu des commentaires de pères de famille qui devaient et qui allaient visiter une maman, avec un nouveau-né qui devait demeurer plus longtemps que prévu au centre hospitalier, et qui disaient : Bien là, je limite mes visites parce que mon budget, il est atteint.

Je vais reposer... Je reviens là-dessus parce que... Je demande au ministre, je pose la question : 24 \$ par jour, est-ce que le ministre ne considère pas que, pour bien des usagers et bien des patients, c'est un montant extrêmement important, que le dollar-stationnement, quand on va au centre hospitalier, ce n'est pas un dollar-loisir? Je comprends la directive et la circulaire. Mais est-ce qu'on s'entend pour dire qu'il y a encore des efforts à faire, parce que des citoyens se trouvent lésés par le biais de montants qu'on leur demande et qu'ils ne sont pas en mesure, pour plusieurs d'entre eux, de payer?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre, à vous la réponse.

M. Barrette : Bien, M. le Président, je vais répéter moi aussi les réponses que j'ai faites lorsqu'on a abordé le sujet ensemble à la période de questions. Et je vais répéter aussi un certain nombre d'éléments que notre collègue n'a pas jugé bon de rappeler. À la suite d'un échange parlementaire, un débat que nous avons eu à la période de questions, notre collègue avait soulevé cette problématique-là, qui avait été soulevée d'ailleurs par bien des observateurs également. Et, en 2016, je m'étais engagé à faire en sorte que nous ayons une politique qui soit claire, et raisonnable, et uniforme à la grandeur du Québec. Et c'est ce qui a été fait. La façon dont ça fonctionne, depuis toujours ou presque, il y a une circulaire... Une circulaire, c'est un peu une consigne qui est envoyée par le ministère au réseau pour... pas «pour», mais en y établissant des barèmes, des balises ou guides pour les institutions, pour faire en sorte que la tarification des stationnements soit appropriée.

Comme je l'ai dit ce midi, on ne peut pas avoir des stationnements gratuits partout dans les centres-villes de Montréal, ou de grandes villes, ou à Québec, certainement pas dans le centre d'une ville où, évidemment, le stationnement, s'il était gratuit, serait utilisé à d'autres usages. Bon. Maintenant, où est le raisonnable? Parce que c'est la question que le collègue pose : Où est le raisonnable? Bien, le raisonnable, ce n'est pas, à mon avis, simplement dans le montant maximal qui est chargé. Ce n'est pas là que réside la raisonabilité, mais bien dans la déclinaison du coût en fonction de la situation des patients.

Alors, qu'en est-il? Bien, on n'atteint pas ce maximum-là de 24 heures... de 24 \$ par jour avant d'avoir passé quatre heures à l'hôpital. Alors, quatre heures à l'hôpital, là, ce n'est pas une durée qui est la durée coutumière des gens qui vont à l'hôpital. Ce n'est pas ça, la durée coutumière. Et, s'il arrivait que cette situation-là était coutumière pour certains patients, bien, implicitement ça signifie que, pour ces patients-là, ils ont probablement des problèmes de santé qui font en sorte que la personne doit y aller plus régulièrement pour des traitements plus complexes, et ainsi de suite. Et c'est pour ça que, dans la circulaire, on a demandé à nos administrations de s'assurer de prendre ça en compte, prendre en compte le fait que des gens qui sont dans une situation clinique... J'en donne une évidente, la dialyse. Bien, les gens qui vont à l'hôpital trois fois par semaine parce que c'est obligé par vivre, littéralement, et qu'une séance de dialyse, c'est un minimum de trois heures, bien, on leur donne, dans tous les cas, un tarif préférentiel, qui, évidemment, va varier d'un endroit à l'autre, parce que le tarif préférentiel est relatif au tarif maximal, qui, lui, change d'un endroit à l'autre et qui est dépendant de l'environnement dans lequel se situe l'institution.

Alors, un tarif maximal de 24 \$, vous ne verrez pas ça à Sainte-Anne-de-la-Pocatière. Vous allez voir ça à Montréal. Vous pourriez peut-être voir ça à Québec, quoiqu'à ma connaissance ça va être moins que ça. Mais on doit prendre en considération le coût dans l'environnement de l'institution. Alors, un, le coût, deux, la gradation, qui est dépendante du temps, et l'adaptation à la situation du patient, bien, c'est ce qui fait qu'actuellement on ait des grilles tarifaires qui sont flexibles d'un endroit à l'autre. Le député, notre collègue, lui, met toute son attention sur le maximum. Or, le maximum, ce n'est pas le montant qui s'applique à l'immense majorité des gens, je dirais même, probablement tout le monde.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis.

• (16 h 10) •

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, je vais quand même... Et je rappelle que, pour bien des gens, c'est énorme. Puis je reviens avec des chiffres parce que... D'ailleurs, c'est ceux-là mêmes qu'on s'était présentés, échangés lors des crédits de l'année dernière. Le ministre dit : Après quatre heures, on atteint le maximum. Puis il vient de nous dire : Bien, vous savez, quatre heures, habituellement, on ne passe pas tout ce temps dans un centre hospitalier. Oui, ça peut prendre du temps dans un centre hospitalier, et assurément on sort rarement avant 30 minutes. Alors, la gratuité pour 30 minutes, on s'entend qu'on oublie peut-être ça. Moi, en tout cas... Sinon que d'aller porter ou conduire quelqu'un qui doit avoir un traitement ou un examen, les gens y sont pour plus longtemps.

Puis revenons sur ces chiffres-là. Le ministre dit : Vous savez, c'était quatre heures, le maximum. Prenons l'exemple du CUSM. Après quatre heures, c'est la journée complète à 24 \$. À partir de 1 h 30 min, c'est 22 \$. Bien, je m'excuse, mais, moi, peut-être que j'ai une mauvaise expérience, là, dans les centres hospitaliers, pour bien des gens qui y sont, ça peut facilement durer 1 h 30 min, et, à 1 h 30 min, on est à 22 \$. Pour bien des gens, c'est beaucoup d'argent. Je ne sais pas si, pour tout le monde... Ça semble facile, mais ça ne l'est pas pour tout le monde non plus.

Le ministre, plus tôt, aujourd'hui, au salon bleu, disait : Vous savez, il y a une problématique... D'ailleurs, il l'a redit il y a quelques instants : Si ce n'est pas assez cher, tout le monde va prendre ces stationnements-là. Je peux bien comprendre. Il y a une question de contrôle aussi là-dedans. Vous savez, ici, à Québec, l'Université Laval est collée sur un centre commercial, puis bien sûr que, dans le centre commercial, on n'espère pas que les étudiants de l'université puissent s'y installer parce que c'est gratuit. Sinon, ils ont des frais. Mais ils exercent un contrôle, le centre commercial exerce un contrôle. Il y a peut-être moyen d'avoir un peu d'imagination.

Mais je continue à penser, au nom des usagers et des patients, que ces tarifs-là, ils sont exorbitants et que, des gens, pour certains d'entre eux, ça va mettre une barrière à l'accès à notre réseau de santé pour des besoins obligatoires. Je le rappelle, ce n'est pas un dollar-loisir. Est-ce que le ministre peut considérer, M. le Président, qu'il y a encore des efforts à faire? Manifestement, après 1 h 30 min, 22 \$, moi, ça me semble cher.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je suis tellement content. Je n'y avais pas pensé. Je remercie le député de Lévis de me donner cet exemple-là. C'est vraiment, vraiment le bon exemple, hein? Peut-être pas «le», mais un des très bons exemples. Il fait le parallèle avec l'Université Laval. Bon, on peut comprendre, là, il est à Lévis, il fait le parallèle avec l'Université Laval. Mais moi, je vais lui révéler une chose, à notre collègue de Lévis, qui est le représentant de la CAQ, qui est, dans cette Chambre, le parti de la droite. Donc, c'est le parti qui est censé compter le plus, «compter» comme dans «comptable». D'ailleurs, le chef du parti, c'est un comptable. Alors, normalement, ils sont sensibles à l'argent, hein? D'ailleurs, on peut comprendre que le député de Lévis soit la gauche de la CAQ. Dans ses interventions, c'est la gauche de la CAQ. À chaque fois que le député de Lévis prend la parole, c'est pour que tout soit gratuit. C'est comme ça. Alors, il n'y a rien de gratuit dans la vie, M. le Président.

Alors, quand on fait le parallèle — puis on va le faire — quand on fait le parallèle avec l'Université Laval, bien, le député de Lévis, qui est dans un parti de droite qui est mené par un comptable, sait très bien que le stationnement, le coût de la construction du stationnement, l'entretien du stationnement, ce n'est pas de la magie. À moins qu'à la CAQ, on ait maintenant une baguette magique, hein? Je ne pense pas qu'ils en ont une, parce que je n'en ai pas, moi non plus, ou un stylo magique qui écrit des dollars, qui se matérialisent comme dans un film célèbre.

Alors, M. le Président, le coût, là, hein, il est implicitement dans les frais de scolarité, qui sont en partie payés par les contribuables du Québec. Il n'y a rien de gratuit, M. le Président. Tout le monde paie à quelque part, tout le temps. Et évidemment, dans notre environnement économique, ça devient une question de tolérance. Alors, le député de Lévis, qui nous propose de rendre les stationnements gratuits, bien, je vais l'informer d'une chose : si c'était le cas, O.K., il faudrait dégager, il faudrait dégager au Québec, une somme additionnelle de plus de 45 millions de dollars. Est-ce que le député de Lévis peut nous dire où est-ce qu'il va couper, dans son prochain programme électoral, pour rendre les stationnements gratuits?

Alors, la société est ainsi faite, M. le Président. À la CAQ, comme au PQ, on aime bien présenter la situation sous un angle tellement étroit qu'on pense que c'est l'enjeu total. Mais non. L'enjeu, c'est l'ensemble de la chose. Est-ce qu'on doit mettre l'argent des citoyens, qui vient de la poche de ceux et celles qui nous écoutent, dans les soins, avec un stationnement qui est payant, ou est-ce qu'on doit réduire d'autant l'argent qu'on met dans les soins pour avoir des stationnements gratuits? Où la CAQ nous propose-t-elle de couper pour rendre les stationnements gratuits?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : ...amusant, M. le Président, là, avec... Le ministre de la Santé s'amuse beaucoup : gauche, droite, tournez ici, tournez là, stationnez-vous. On arrive plus vite avec ses raccourcis au centre hospitalier, puis ça coûte toujours aussi cher. Les gens demandent un équilibre, pas nécessairement la gratuité. Le ministre ne l'aura pas compris, mais, en tout cas, on va lui rappeler. Effectivement, il y a moyen de faire mieux que ce que le gouvernement a fait.

Le ministre dit qu'il y a des revenus générés par les établissements, pour l'exploitation de leurs stationnements, et les fondations. C'est 94,7 millions. Je vais demander au ministère, puis je vais demander au gouvernement, puis je vais demander au ministre s'il y a moyen de nous dire combien de ces 95 millions ont servi à autofinancer des stationnements et combien ont été versés aux établissements qui ont payé leurs stationnements. Est-ce que le ministre peut déposer la ventilation de ce montant-là? Est-ce qu'il n'y aurait pas peut-être moyen de faire ce que l'on appelle l'équilibre, permettant aux usagers et aux patients d'avoir des tarifs qui leur ressemblent, n'étant pas un frein et ne fouillant pas dans leurs poches, considérant que leur budget ne permet pas de payer ces frais-là?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, la réponse, je vais la donner très précisément ici. Alors, l'excédent par rapport aux coûts d'opération est de 50 millions. Le 50 millions se stratifie, se divise en deux montants : 28 millions qui vont à l'administration de l'institution, et le différentiel, dans d'autres sujets, mais en général c'est la fondation, et ainsi de suite.

Le Président (M. Merlini) : M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Alors, dans le fond, on pourrait rajouter, M. le Président, qu'on n'a peut-être pas une lecture semblable, mais il y a assurément moyen de faire quelque chose pour permettre aux usagers et aux patients de payer moins cher eu égard aux revenus que permettent les stationnements. Le ministre vient de donner des chiffres. Je comprends que le ministre dira et a dit souvent que ça va aux fondations. Quelqu'un qui va au centre hospitalier peut donner de bon coeur, mais le stationnement ne doit pas être un don dirigé ou un don obligatoire. Je pense qu'il y a de la marge de manoeuvre. Et j'ose espérer que le ministre va faire le même exercice que l'année dernière, se promener sur sa tablette pour se rendre compte qu'il y a bien des gens qui sont... par le biais de ces tarifs-là, qui se questionnent à tous les jours à savoir s'ils vont pouvoir arriver dans un budget déjà serré.

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

M. Barrette : M. le Président, j'invite, moi, j'invite, là... La CAQ demeure un parti de droite et un parti comptable. J'invite notre collègue à ne pas prendre à la légère cet élément-là. Dans son intervention, il a été un peu humoristique

dans son introduction, la gauche, la droite. Bien non, ce n'est pas de l'humour, M. le Président, c'est un fait. À la CAQ, on est un parti du ménage. On est censé être un parti de la rigueur en termes de gestion. On est un parti qui est censé... et qui dit, qui dit tout le temps, tout le temps, tout le temps : On paie trop d'impôts au Québec. Tout le temps, tout le temps : Il ne reste pas assez d'argent dans les poches du monde, tout le temps. C'est ça, le motto de la CAQ.

Alors, je repose la question... Puis je le sais, que je n'aurai pas de réponse, puis c'est normal, ce n'est pas au député de... ce n'est pas lui qui répond aux questions. Mais j'attire l'attention du grand public. Je les préviens du geste, de la conséquence du geste qui est posé. On a devant nous une formation politique qui, pour des raisons politiciennes, prend un sujet et ne le regarde volontairement que sous un seul angle, qui est négatif, mais qui oublie sa propre essence comme parti, son essence qui est celle de la gestion, de la non-dépense, de trop de taxes, des coupures, du ménage. Et ils essaient de faire croire à la population qu'au gouvernement eux rendraient ça gratuit? Bien, j'aimerais bien savoir comment qu'ils vont faire ça.

Et je repose la question, pour laquelle je ne m'attends à aucune réponse : Le 45 millions, là, que ça coûte, ou le 94 qui a été évoqué, ils vont le prendre où, dans quel service à la population? Quel niveau de soins va-t-il diminuer? Quel choix va-t-il faire? Quel hôpital, quel CLSC va-t-il ne pas rénover? Parce qu'au Québec, selon la CAQ, il y a trop de bureaucratie, même si on l'a coupée, puis ça coûte trop cher, même si on gère comme du monde. Mais il n'en reste pas moins, M. le Président, là, si on n'a pas cet excédent-là budgétaire, qui s'en va dans les déficits des hôpitaux, en passant, bien, il faudrait couper.

À un moment donné, là, la CAQ doit être rappelée à l'ordre, doit revenir sur le fuseau horaire d'aujourd'hui et dire à la population : Quand on vous parle de stationnement, là, bien, on n'a pas les moyens, nous autres, si on était au pouvoir, de vous le rendre gratuit, et, si on vous le rend gratuit, voici où nous allons couper.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, malgré la boussole que le ministre tente de nous faire voir, là, je pense que la véritable direction devrait être centrée sur le patient. Ça, probablement que le ministre l'oublie trop souvent. Secundo, je vous dirai qu'il n'a jamais été question de gratuité. Mais ça, le ministre ne semble pas vouloir comprendre, alors ça ne donne rien de continuer parce qu'il se bouche les oreilles à ça. On va aller sur autre chose, en quelques secondes.

Deux ans après l'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le ministre de la Santé n'a pas vérifié combien de médecins ont déployé l'accès adapté. C'est une bonne mesure, l'accès adapté. Mais, quand on a demandé, par le biais de l'accès à l'information, combien de médecins avaient adopté l'accès adapté, combien de consultations supplémentaires ont eu lieu en fonction de ce nouvel outil là, bien, le ministère n'a pas de réponse. On ne le sait pas, on n'a pas vérifié ça. Nous avons déjà réclamé cette mesure d'accès adapté. On est favorables à ça. Par contre, on est un peu surpris que cette mesure ne soit que volontaire et que c'est la fédération elle-même qui nous dit qu'actuellement à peu près 2 500 médecins ont mis en place cet accès adapté là, essentiel pour faire en sorte que l'on puisse avoir des rendez-vous plus rapidement.

Question simple : Pourquoi le ministre n'a-t-il pas exigé des cibles, au moins, des cibles pour le déploiement de l'accès adapté lorsqu'il a signé l'entente avec les médecins de famille en mai 2015? Puis est-ce que le ministre de la Santé va commander un bilan sur le déploiement pour savoir combien de patients ont bénéficié de cette mesure-là? Ce serait de bonne mesure de le faire, histoire de juger de la qualité et de l'avantage d'un service comme celui-là.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

• (16 h 20) •

M. Barrette : M. le Président, on est vraiment dans la convergence. On arrive dans un moment particulier de l'étude des crédits qui est la convergence caquopéquistique ou péquistocaquiste, choisissez l'ordre dans lequel vous voulez le prendre. Ce matin, on a entendu notre collègue de Taillon nous dire qu'elle imposerait aux médecins telle chose, telle chose, telle chose. Je le répète, là, pour... s'il y en a un, médecin... il ne doit pas y en avoir, parce qu'ils travaillent, les médecins, à cette heure-ci, mais, d'un côté, au PQ, on veut imposer des choses, et là à la CAQ, on veut imposer des choses, mais sait-on vraiment de quoi on parle?

Je vais illustrer mon propos, M. le Président. Il y a peu de temps, peu de temps, je pense, qu'ici, en Chambre, le 15 février dernier, le chef de l'opposition officielle disait que, pour lui, là... Il a pris l'exemple de sa région. J'y réfère, je le cite : «Comme, si je prends l'exemple dans ma région, dans Lanaudière, bien, il n'y en a pas, de GMF ouvert sept jours sur sept.» La réalité, M. le Président, c'est que, dans la région du chef, qui est Lanaudière, il y a 19 groupes de médecine de famille. Il y en a 13 qui sont ouverts sept sur sept. Il y en a quatre, parce qu'ils sont débutants, ils sont dans une période intermédiaire et ils vont se diriger vers le sept sur sept. Ils sont à six sur sept. Et il y en a deux qui sont trop petits pour le moment, qui sont à cinq jours sur sept. Alors, on a un parti comptable de droite qui ne connaît pas son propre terrain et dont le chef vient ici, en Chambre, faire des affirmations qui sont inexactes.

Et là on me pose des questions, hein, si je vais imposer un profil de pratique aux gens. Non, on n'en est pas là. Par contre, on est dans une dynamique où on met en place des leviers qui vont avoir le même effet. On a eu une longue commission parlementaire sur la loi n° 20, et j'ai expliqué à mon collègue, à plusieurs reprises, quelle était la finalité du levier de la loi n° 20.

Et là je sens que vous allez me dire que je vais continuer sur le prochain temps.

Le Président (M. Merlini) : Continuez. Il vous reste une vingtaine de secondes.

M. Barrette : Une vingtaine de secondes. Alors, j'ai bien expliqué que la loi n° 20 était en soi un levier qui fait en sorte que, si les médecins n'adoptent pas l'accès adapté, ils ne peuvent pas atteindre les objectifs. C'est juste impossible. Et, comme l'atteinte des objectifs est le déclencheur de l'application de la loi et que l'application, si elle arrive, elle est individuelle, un médecin qui choisit de ne pas aller vers l'accès adapté ou une adaptation de sa pratique en fonction des besoins des citoyens, il fait ou elle fait une erreur d'affaires.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition, le temps additionnel étant pris sur le groupe du gouvernement. Alors, maintenant, on se tourne vers le gouvernement. Mme la députée de Crémazie, pour votre bloc d'échange de 19 minutes, à vous la parole.

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Avant de débiter, je voudrais, bien, tout d'abord, saluer le ministre, mes collègues de la banquette ministérielle aussi, la députée de Verdun, la députée de Chauveau, également les députés de l'opposition, mais également toute l'équipe qui nous accompagne, qui, je le sais, a fait un travail formidable de préparation de ces crédits. Je sais que c'est beaucoup de travail pour répondre notamment aux différentes questions de l'opposition, mais préparer les cahiers. Et j'en profite aussi pour vous remercier pour l'ensemble du travail qui est fait, qui a été accompli au cours des mois. C'est beaucoup de travail, la réorganisation du réseau qui est amorcée, et je sais que vous êtes mis à contribution de façon importante. Donc, nous vous en remercions. Et c'est un beau succès, c'est un beau bilan grâce à tout le travail que vous faites également au quotidien.

J'aimerais rester sur le sujet de l'alimentation, qui a été abordé dans le bloc précédent, l'alimentation en CHSLD. On se rappelle, là... Je vais vous rappeler, j'ai fait une tournée des CHSLD à l'automne dernier pour identifier les meilleures pratiques et pour implanter l'ensemble de ces pratiques-là dans tous les CHSLD du Québec. Et, pour ceux qui le savent, là, au début des années 2000, moi, j'ai eu l'occasion de travailler au centre d'épidémiologie et de santé publique et à l'Institut Lady Davis, de l'Hôpital général juif. J'étais chargée de projet au réseau de collaboration des soins de longue durée. Donc, déjà, à l'époque, j'étais en charge, dans le fond, d'implanter, d'améliorer les pratiques dans des CHSLD. Donc, je revenais à mes anciennes amours, dans le fond, en refaisant cette tournée et en retravaillant sur l'implantation de meilleures pratiques en CHSLD.

Et le premier constat que j'ai fait à l'automne, lors de ma tournée, c'est combien la population, les résidents que l'on retrouve en CHSLD ont changé énormément au cours... depuis 20 ans, dans le fond, hein? L'impact du vieillissement de la population qu'on voit pour l'ensemble de la population, on le voit également en CHSLD. Les gens veulent rester de plus en plus longtemps à domicile, ce qui a évidemment comme conséquence qu'ils arrivent aussi plus tardivement en CHSLD, donc souvent avec des besoins beaucoup plus importants qu'on retrouvait à l'époque.

Donc, les résidents en CHSLD... Comparé, encore là, à il y a une vingtaine d'années, où on avait encore des résidents en CHSLD qui, pour certains, pouvaient arriver en voiture, pouvaient avoir leurs voitures dans le stationnement du CHSLD, aujourd'hui, les résidents en CHSLD, bon, c'est des lourdes pertes d'autonomie, des troubles cognitifs majeurs, hein? C'est 60 % à 80 % des gens qui présentent des troubles de démence, des troubles de comportement sévères, des troubles de santé mentale également, mais aussi, pour en revenir au sujet de l'alimentation, beaucoup de maladies qui affectent la prise d'aliments, donc, notamment, là, 30 % à 60 % des résidents qui font de la dysphagie. Puis, pour le bénéfice des gens qui nous écoutent, la dysphagie, évidemment, c'est la difficulté à déglutir, la difficulté à avaler les aliments. Donc, ce qui amène beaucoup de défis, de façon globale, au niveau des CHSLD, puis on pourra y revenir un petit peu plus tard, mais qui demande aussi d'ajuster beaucoup l'offre alimentaire qui est faite en CHSLD pour répondre aux besoins des différents patients qui sont là. Et donc ces défis-là sont de plus en plus importants.

Mais, pour beaucoup de résidents, il ne faut pas perdre de vue non plus que les repas dans la journée sont le moment souvent le plus important de leur journée, parce que c'est le moment aussi qui rythme leur journée. Quand on est dans une installation, dans un CHSLD, le déjeuner, le dîner, le souper, c'est le moment, dans le fond, où ils se retrouvent en collégialité, où ils vont se retrouver entre eux. Donc, c'est un moment qui est important, de la façon qu'il est encadré, mais de la façon qu'il est donné également. Donc, c'est important que ce soit un moment qui demeure très agréable.

Et l'alimentation, les soins naturels, juste pour faire un peu... recadrer, là, au bénéfice des gens qui nous écoutent encore, font partie des points d'évaluation de la qualité en CHSLD lors des visites du ministère. Donc, il y a différents critères qui sont évalués, notamment la qualité de la nourriture; la diversité des repas; le choix d'un deuxième menu; les collations qui sont offertes; l'horaire des repas également — est-ce que les horaires peuvent être ajustés, dépendamment si les gens veulent déjeuner plus tôt ou plus tard? — le fait que l'alimentation soit adaptée notamment aux différents besoins des résidents aussi; mais le lieu où se déroulent ces repas; et l'assistance aussi, hein, qui est de plus en plus nécessaire. Quand on parle justement... J'en reviens aux troubles de démence, aux troubles cognitifs, aux troubles de dysphagie. Ça demande de plus en plus de personnel pour accompagner les gens durant l'heure des repas.

Donc, lors de ma tournée, moi, j'ai pu constater, dans les CHSLD que j'ai visités, des CHSLD qui ont mis des initiatives vraiment, vraiment très intéressantes au niveau alimentaire. Et, suite au forum qu'on a eu à l'automne dernier, on a constaté aussi — moi, là, je le vois, là — un important virage alimentaire en CHSLD. Puis, à ce titre-là, j'aimerais ça faire mention... le Journaldesvoisins, qui est un journal de ma circonscription, qui publiait, il y a quelques semaines déjà, un article sur Robert Tremblay, qui est un résident en CHSLD, qui a parlé beaucoup au cours des derniers mois de l'alimentation en CHSLD. Et c'est un résident du CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci, qui fait partie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, donc, qui couvre ma circonscription. Et, bon, le P.D.G. du CIUSSS, suite au forum, a mis en place un comité-menu, là, qui regroupe des résidents, des diététiciens, des médecins, des familles aussi et soeur Angèle, notamment, pour élaborer des menus pour les CHSLD, les 12 CHSLD de la circonscription. Et M. Tremblay disait, bon, dans cet article-là, dans l'entrevue, il disait : «Je reconnais que nous avons de bons repas [maintenant].» Donc, il était très

confiant des résultats tangibles qui allaient être vus... qui se voyaient déjà et qui allaient être vus également au cours des prochains mois, des prochaines semaines.

On a entendu parler plus tôt de l'offre alimentaire en CHSLD pour la Capitale-Nationale et pour Chaudière-Appalaches. Puis j'en profite aussi pour transmettre mes félicitations aux personnes qui ont été impliquées dans l'ensemble du projet. C'était un projet ambitieux de revoir l'offre alimentaire, et ça a été une réussite, pour avoir participé justement à l'exercice où on nous présentait l'ensemble de ces menus, une grande réussite. Donc, félicitations à toutes les personnes qui ont été impliquées, là, de près, de loin, directement dans ce projet.

Et, à ce titre aussi, justement, pour revenir à ce dîner qui avait été organisé, là, dont ma collègue la députée de Chauveau mentionnait, il y avait la nutritionniste Isabelle Huot, d'ailleurs, qui était présente au dîner où l'offre était présentée. Et je cite l'article... En fait, je la cite dans un des articles qui a été publié suite à ce dîner, puis elle disait, bon : «Les plats servis devaient atteindre des objectifs précis, soit contrer la dénutrition des aînés, offrir des plats santé [et] contrôlés en mauvais gras, en sucres [...] en sel, et répondre aux besoins de la clientèle qui souffre de dysphagie. Tout un mandat qui a assurément demandé beaucoup de recherche. Considérant le budget [...] alloué aux repas [...], le défi était encore plus grand.»

Et elle disait : «Vraiment, j'aimerais souligner le travail des nutritionnistes derrière les 72 recettes qui ont été revues et corrigées maintes fois jusqu'à ce qu'elles passent le panel de goût qui incluait aussi [les] résidents. Même les purées passaient haut la main.»

«Mon constat : le repas était vraiment [très] bien, compte tenu de [l'ensemble des] considérations [à respecter].»

Bien, c'est ça, on a eu l'occasion d'entendre parler particulièrement de l'offre alimentaire dans la Capitale-Nationale et Chaudière-Appalaches, et j'aimerais que le ministre puisse nous parler de comment, justement, cette offre alimentaire va être déployée dans l'ensemble des CHSLD du Québec, tout avec les défis qu'il peut y avoir pour certaines régions, dont la région de Montréal qui présente notamment beaucoup de communautés culturelles dans les CHSLD, donc différents défis. Mais quels sont les échéanciers? De quelle façon ça va être déployé dans l'ensemble des CHSLD? Merci.

• (16 h 30) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Crémazie. M. le ministre.

M. Barrette : Oui. Merci, M. le Président. Bien, je remercie notre collègue, évidemment, la députée de Maurice-Richard... pardon, de «Maurice-Richard», pas tout à fait, mais de Crémazie—Maurice-Richard, de s'adresser à cette... de nous permettre de nous adresser ensemble à cette situation-là.

Alors, la question qui est posée ici est une question qui est évidemment très pertinente : Comment ça va se passer sur le terrain? Alors, comme ma collègue l'a dit il y a quelques instants, et moi aussi, j'en profite pour féliciter évidemment les équipes du CHU de Québec qui ont réussi à mettre en place tout ce programme-là, la volonté de notre gouvernement est de faire en sorte que nous déployions sur tout le territoire ce qui a été réussi ici, à Québec.

Vous me permettez, M. le Président, de revenir un peu sur la démarche que nous faisons. Quand nous sommes arrivés en poste, quand nous sommes arrivés au gouvernement, le Parti libéral, nous avons un certain nombre d'engagements électoraux bien clairement énoncés, nous sommes en train de les réaliser un à un, et on ira au bout de ça, évidemment. Et, en santé, il y avait des gestes à poser, et un des gestes qu'il y avait à poser, évidemment, était celui de nous adresser à la problématique alimentaire en CHSLD, et à la qualité des soins, et à l'organisation en général dans les CHSLD. C'est la raison pour laquelle on a fait l'année dernière un forum sur les soins en CHSLD, un forum qui nous a permis de déterminer, dégager, à force d'expériences sur le terrain et d'expertises, ce qui sont considérées aujourd'hui comme étant les meilleures pratiques. Mais il avait été quand même largement indiqué précédemment, dans la période précédant le forum, que la problématique alimentaire était un enjeu en soi. C'est de là que viennent toutes ces décisions-là et c'est à cause de ça que tous ces gestes-là ont été posés.

Où je veux en venir, M. le Président, à cette étape-ci? C'est de simplement rappeler aux gens que ce que nous avons fait, ce n'est pas cosmétique, c'est parce que l'alimentation des personnes en perte d'autonomie qui sont là, dans leur vie, en CHSLD, ça a un impact, un impact physique, un impact certainement psychologique ou cognitif. Il est bien connu, M. le Président, que la dénutrition — une dénutrition, peu importe l'intensité, mais évidemment plus elle est intense, et plus les conséquences sont sérieuses — peut avoir des conséquences qui sont importantes, parfois graves.

Peu de gens savent qu'une dénutrition importante peut entraîner une détérioration encore plus grande des fonctions cognitives. Dans certains cas, même, M. le Président, on peut voir survenir des problèmes de delirium. Hein, les gens pensent que le delirium, c'est lié uniquement à une forme quelconque de toxicomanie ou de sevrage. Non, ça peut être induit par une combinaison de dénutrition-médication, par exemple. Et ça, c'est connu, là, que l'état clinique... il y a des patients aux soins intensifs, ils ne sont pas du tout dans des situations de toxicomanie, là, mais le delirium, croyez-le ou non, c'est une complication fréquente, aux soins intensifs, due à l'état physique qui, lui, a un impact sur les fonctions cognitives. Bien, c'est surprenant peut-être, mais la nutrition peut amener une personne qui est dans une situation plus précaire jusque-là.

Évidemment, on ne sera pas surpris si je vous dis que la nutrition, l'état nutritif peut avoir un impact sur le système immunitaire d'une personne qui, en partant, de par son âge, est déjà affectée. Conséquemment, on ne sera pas surpris si je vous dis qu'un état de dénutrition peut avoir un impact sur la résistance aux infections, conséquemment sur la guérison de plaies de pression, qu'on voit fréquemment chez cette clientèle-là, ainsi de suite. Puis ça va aussi loin qu'évidemment... Si une personne est dénutrie, elle a une masse musculaire qui est moins forte, moins grande, bien, ça peut entraîner des chutes, avec tout ce que ça a comme conséquences. Et là on tombe dans un cercle qui n'est pas du tout vertueux, c'est-à-dire que, d'une chose à l'autre, la personne se détériore.

Alors, l'idée, ici, là, d'avoir fait cet exercice-là au CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'idée était évidemment de prendre tout ça en considération. Ce n'était pas cosmétique. Bien sûr que le confort du patient est là, tout aussi haut dans

les priorités que ce dont je viens de vous parler, mais, ce volet-là, on a tendance à l'oublier ou à ne pas le considérer. C'est peut-être pour ça que les collègues de l'Assemblée nationale ne sont pas venus les goûter, les repas. Mais les goûter, c'était pour vous montrer que, hein, on peut préparer des repas nutritifs adaptés aux personnes âgées, qui sont pas mal mieux qu'une petite bouteille de suppléments alimentaires que bien des personnes âgées s'achètent à la maison, par exemple. Je ne vous nommerai pas de compagnie, là, mais tout le monde voit à quoi je fais référence. C'est tout aussi nutritif, là, la petite bouteille en question, mais c'est moins agréable à consommer, et certainement moins beau, pour l'avoir vu, là, et goûté aussi. Et donc il y a un moyen de faire les deux, et c'est ça qu'ils ont fait à Québec.

Alors, on a dit : Voici, à Québec, vous avez réussi ce que bien des gens pensaient impossible : texture, chaleur, qualité nutritive, ainsi de suite. Alors, on a dit au reste du Québec : Bien, voilà, vous avez maintenant la mission, dans la prochaine année — on était l'année passée, là, il faut que ça se passe en 2017 — de progressivement déployer cette offre alimentaire sur tout le territoire du Québec.

Maintenant, il y a un défi, évidemment, sur la grande région métropolitaine, région qui... bien, tout le monde en conviendra, il y a des gens qui vieillissent là aussi, mais ce sont des gens qui souvent vont provenir de différentes communautés culturelles. C'est bien correct comme ça. C'est normal. C'est la société dans laquelle on vit, et ces gens-là qui sont souvent des immigrants, des personnes âgées de première génération, bien, elles se sont adaptées au Québec. Ils ont aidé à construire le Québec, eux autres aussi. Mais, sur le plan alimentaire, ils ont gardé leurs coutumes. Alors, l'alimentation étant pour nous une chose apolitique, je le dis puis je vais le redire encore aujourd'hui, les réformes que l'on fait, ce sont toutes des réformes qui sont adaptées le plus possible aux besoins des patients, et ça, c'est un besoin.

• (16 h 40) •

Je vais vous donner un exemple que tout le monde va comprendre, puis évidemment ma collègue de Crémazie— Maurice-Richard... — j'aime ça, dire ça comme ça — ma collègue de Crémazie, bientôt Maurice-Richard va bien comprendre. Elle est dans une circonscription qui a plusieurs communautés culturelles. Moi aussi, dans la mienne, le comté de La Pinière, M. le Président, près de la moitié de la population est d'origine autre que canadienne de souche, anglaise ou française, et j'ai une grande communauté asiatique. Bien, quand on va à L'Hôpital chinois, qui est essentiellement un centre d'hébergement, un CHSLD, ce n'en est pas un formellement... On l'appelle L'Hôpital chinois, mais, la clientèle, principalement, c'est de l'hébergement, mais, quand on va là, et qu'on va y rencontrer, M. le Président, des personnes âgées en perte cognitive relativement pas mal avancée, physiquement encore capables de poser un certain nombre de gestes, l'activité qui est la plus populaire et qui... Vous savez, quand on est en perte cognitive, les activités qui sont les plus appréciées de ces gens-là, c'est des activités anciennes, ce qu'on a, là, dans notre mémoire, depuis la jeunesse. Puis qu'est-ce qu'on a depuis la jeunesse? Bien, l'alimentation. Bien, à L'Hôpital chinois, là, un des beaux moments, quand on va là, c'est que les personnes qui sont en perte cognitive ont un grand plaisir — et ça se voit, là, ils font des blagues, là — à préparer la cuisine chinoise, les mets chinois. Pas les mets qu'on connaît, là, les leurs. Parce que ce qu'on mange, nous autres, ce n'est pas exactement traditionnel, on va dire.

Mais ça montre à quel point, dans notre réseau, surtout dans la grande région de Montréal, on a besoin de s'adapter à ces gens-là. Il y en a quoi, là? Moi, j'en ai dans mon comté à peu près... J'en avais compté la dernière fois... Je pense qu'on a 65 communautés culturelles. Il y en a qui se chevauchent, là, puis ça se ressemble, là, mais on peut certainement dire qu'il y a cinq, six, certainement une dizaine, là, d'offres alimentaires séparées qu'on doit développer pour faire ce qu'on a fait à Québec, mais adapté à ailleurs.

Le mérite de tout ça, M. le Président, revient aux gens de la Capitale-Nationale. C'est eux qui ont réussi à faire ça. On doit le reproduire, et notre intention est de le reproduire. Au moment où on se parle, toutes les régions du Québec sont en mouvement, en démarche réelle pour faire deux choses : un, mettre en place les équipes pour faire en sorte que les recettes soient faites localement et adaptées à la population locale, mais aussi pour acheter les équipements nécessaires pour pouvoir amener ça à terme. Parce que, là, on parle d'éléments dans les cuisines, mais on parle aussi des fameux chariots qui amènent la nourriture à la température appropriée. C'est des chariots spéciaux avec un côté froid, un côté chaud. Ce n'est pas le chariot que moi, j'ai connu quand j'étais, mettons, à 17 ans, dans les hôpitaux, là.

Alors, il y a une démarche qui doit être faite de ce côté-là, pour laquelle il y a des investissements qui ont été prévus et qui sont en train d'être exercés. Ça, c'est une bonne décision qui, encore une fois, est possible par l'initiative des professionnels et le fait qu'on ait l'équilibre budgétaire qui nous permet d'avoir les marges de manoeuvre pour mettre ça en place.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Maintenant, nous allons avec le député de Mercier pour un bloc d'échange de 20 minutes. M. le député de Mercier, la parole est à vous.

M. Khadir : Très bien, M. le Président. Je veux saluer l'équipe ministérielle, mais également la très forte équipe de tout le ministère qui est avec nous ici. Je comprends que c'est un grand ministère. Il y a des milliards de dollars de dépenses budgétaires prévues au programme, et justement notre questionnement, c'est sur ces milliards de dollars, j'y reviendrai, parce qu'il y a une implacable, implacable étude qui montre que, malgré toutes les dénégations, il y a plus de 1 milliard de dollars de compressions budgétaires qu'a dû absorber, entre 2010 et 2014, le réseau de la santé, lorsqu'on parle du public, c'est-à-dire des établissements publics. Contre, évidemment, il y a eu dans le sens contraire une importante augmentation de la rémunération des médecins et une augmentation aussi de la... en fait, du coût des médicaments pour le réseau public.

Mais je voudrais d'abord parler du problème... Et c'est bien qu'une bonne partie de l'équipe des gens les plus compétents du ministère soient ici présents, parce que, la méthode «lean», comme Québec solidaire le critique depuis

des années maintenant, les faits sont assez établis, non seulement par un autre gouvernement provincial où une vérificatrice générale s'est penchée sur le dossier pour démontrer l'arnaque que ça avait représenté, d'abord, et les coûts exorbitants pour le réseau public, mais également les résultats d'études... de nombreuses études, et j'ai oublié, là, le terme, excusez-moi... une revue systématique des études existantes qui a été publiée récemment.

Mais je reviens sur cette question-là. On se rappelle que la méthode est connue sous le pseudonyme «méthode Toyota». Il s'agit d'une méthode qui était supposée entraîner une meilleure gestion dans le réseau de la santé et améliorer la performance du système, tout en améliorant le service rendu aux patients. Or, nous savons qu'un jugement a été rendu en Cour supérieure qui donne raison aux syndicats, qui donne raison à Québec solidaire, qui a questionné l'application de cette méthode-là dans le réseau de la santé depuis déjà cinq ou six ans, où je m'étais même déplacé pour participer à un conseil d'administration de ce même centre de soins pour mettre en garde les responsables, pour dire : Il n'y a rien de plus dangereux que d'appliquer des méthodes qu'on applique dans l'entreprise privée à un réseau public d'établissements qui a d'autres fonctions que de faire des profits, qui a la fonction de répondre à des besoins de la population.

Or, le jugement en Cour supérieure vient, en fait, confirmer un jugement rendu dans une cour inférieure, qui donnait raison aux employés qui disaient que l'implantation de cette méthode avait provoqué chez les employés détresse psychologique et qui les plaçait en contradiction avec leur code de déontologie, qui est un code fondé sur le service aux patients. Donc, un juge a tranché pour une deuxième fois en faveur de ça, et j'espère qu'on va enfin être capable, à partir de cette décision, de prendre une décision plus éclairée pour le système de santé, et de ne pas nier encore, puis là, basé sur cette décision, encourager d'autres syndicats à poursuivre le gouvernement, générer des coûts pour arriver encore au même constat.

Je vous rappelle qu'avec cette méthode on nous promettait un avenir radieux, on nous promettait des baisses substantielles dans les coûts et une amélioration des services. Alors, permettez-moi de vous parler des trouvailles de la Vérificatrice générale du Saskatchewan. Les réformes de gestion n'ont pas permis d'économiser l'argent des contribuables. Chaque dollar épargné par la Saskatchewan avec la mise en oeuvre de la méthode «lean» dans le système de santé coûte, je vous suggère de bien être attentif, chaque dollar épargné par la Saskatchewan coûte 1 511 \$ à la province, 1 511 \$. 35 millions en frais de consultants, 50 millions en campagnes de promotion. Qu'est-ce que la Saskatchewan a épargné? 56 934 \$, raison qui explique pourquoi la Saskatchewan a résilié ses contrats.

Mais ce n'est pas... je veux dire, ces données-là existent déjà dans la littérature. Quelle est l'idéologie, quelle est l'espèce d'aveuglement qui a poussé notre réseau de la santé, si ce n'est une volonté politique? Parce que je ne crois pas que des gens compétents, comme il y en a ici, ont décidé de plein gré à s'aventurer là-dedans, alors que des données scientifiques existent depuis des années. Or, un chercheur très bien connu, John Moraros, a déjà publié... vient de publier, en fait, un article : *Lean interventions in healthcare : Do they actually work? A systematic literature review*, 22 études empiriques sur la méthode «lean». Voici les trois conclusions: «No statistically significant association with patient satisfaction and health outcomes», donc aucun résultat statistique probant sur une influence quelconque sur les résultats pour les patients, l'incidence sur «outcomes», les résultats du système en termes de satisfaction des patients et services; une association négative avec les coûts financiers rattachés au système; puis une association négative avec la satisfaction des employés. Exactement le problème qu'on vit au Québec. Il n'y a pas de... Il n'y a rien. Il n'y a pas un hasard.

Il y a une reproduction d'une observation qu'on a faite ailleurs puis qui se matérialise au Québec également : «Potential yet inconsistent benefits on process outcomes like patient flow and safety», seulement le potentiel.

Alors, ma question : Est-ce que le ministre est prêt à accepter, et à remettre en question, puis à changer cet aveuglement ou a-t-il des chiffres que ni nous ni la littérature scientifique ne connaît, des chiffres à l'appui que la méthode «lean» marche?

Le Président (M. Merlini) : M. le député de Mercier. S'il vous plaît, je vous invite à faire attention à vos propos. Le terme «aveuglement» est dans notre lexique de propos non parlementaires. Alors, je vous demanderai d'utiliser un autre terme pour exprimer votre idée, qui jusqu'à date a été très bien et très clairement exprimée.

M. Khadir : Alors, j'aimerais savoir si on peut, comme système de santé, tenir compte des meilleurs faits probants, des données probantes de la littérature pour agir plutôt que d'agir en vertu d'un certain nombre d'a priori idéologiques?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Mercier. M. le ministre, la parole est à vous.

M. Barrette : Bon, écoutez, M. le Président, je ne suis pas sûr que c'est une question qui s'applique aux crédits, mais je vais tenter de répondre à la question qui était évidemment...

M. Khadir : Je parlais des budgets en...

Le Président (M. Merlini) : S'il vous plaît, la parole est au ministre.

M. Khadir : ...et des contrats qui sont donnés...

Le Président (M. Merlini) : S'il vous plaît! M. le député, la parole est au ministre.

• (16 h 50) •

M. Barrette : Bien, je vous remercie, M. le Président. Je pense, vous allez être d'accord avec moi, que, lorsque le député qui n'a pas la parole veut l'avoir, il ne peut l'avoir que s'il fait un appel au règlement. Mais on sait que les...

Le Président (M. Merlini) : J'ai déjà indiqué que vous avez la parole, alors veuillez poursuivre, M. le ministre.

M. Barrette : Vous avez bien raison. Je voulais simplement souligner qu'à Québec solidaire les règles de fonctionnement de la société ne sont manifestement pas dans le même fuseau horaire que le Québec. Mais ça, on est habitués.

Alors, M. le Président, donc, la question était une question qui était plus un éditorial. Je vais tenter de répondre à la question quand même. Quand le député de Mercier fait référence à des jugements, je peux commenter le jugement d'une Cour du Québec, je ne peux pas vraiment commenter le jugement de ce qui s'est passé en Saskatchewan pour une raison qui est simple... Bien, je vois que mon collègue fronce les sourcils. Je pense que le mot «Saskatchewan» a été prononcé à plusieurs reprises, là, dans sa bouche. Au Québec, la réalité, elle est ce qu'elle est, on n'a pas démonsé et interdit la méthode «lean», on a simplement dit dans un jugement que la méthode «lean» n'avait manifestement pas été utilisée dans des balises que la Cour a jugées comme ayant été appropriées.

Le reproche, c'est un reproche d'intensité, c'est un reproche d'étendue, c'est un reproche de balises, mais ce n'est pas un reproche de fond sur la méthode «lean». Le jugement ne dit pas : Voici, quand on regarde la situation, il est clair pour nous, la Cour, que la méthode «lean» ne devrait jamais être utilisée. Ce n'est pas ça que ça dit. Ça dit : Selon l'appréciation que la Cour en a faite — c'est ma compréhension du jugement — bien, selon l'appréciation, peut-être que le «lean» a été utilisé d'une façon imparfaite, et cette imperfection a généré une compensation pour... en fonction ou eu égard aux griefs syndicaux qui ont été exprimés.

On est habitués, dans cette Chambre, à voir notre collègue étendre la portée de telle ou telle situation à ailleurs, et là je pense que c'est ce qu'il fait à nouveau, et moi, je me trouve essentiellement dans une situation où je ne peux pas tirer les conclusions. Notre collègue faisait référence lui-même à la méthode «lean», Toyota, référence à ce genre... ce n'est même pas dans le jugement, M. le Président. On ne parle pas de ça dans le jugement.

Alors, maintenant, les références qui sont faites à la Saskatchewan ou à d'autres analyses que lui qualifie de scientifiques, bien, moi, dans mon expérience... Et peut-être que la mienne n'est pas suffisamment grande, manifestement la sienne est soit beaucoup plus grande soit plus ponctuelle et choisie, mais, d'affirmer que, pour chaque dollar investi, il y avait un coût de 1 500 \$, bien là, je vais vous faire, M. le Président, une espèce de parallèle qui va être assez spectaculaire, merci : dans le CHU, le nouveau centre hospitalier à Québec, là, hein, le coût initial, là, qui avait été projeté, là, à un moment donné, dépassait les 3 milliards de dollars, et — et je trouve que le travail qui a été fait par l'équipe de direction du CHU de Québec a été remarquable et, je vous le dis, remarquable — on a réussi, par la méthode «lean», à prendre des décisions qui maintenaient la portée du projet. La portée du projet, là, c'est la quantité et la qualité de soins offerts à la population : le nombre de salles d'opération, le nombre de traitements, le nombre de traitements de radiothérapie par exemple, et ainsi de suite. La portée du projet a été maintenue, et on a fait passer le coût estimé initial de plus de... selon certaines évaluations, de 3 milliards de dollars à 2 milliards, grosso modo.

Selon le raisonnement de notre collègue, ça veut dire que cet exercice-là a coûté 1,5 milliard de dollars. Allo, la terre! Je veux bien, là, que «lean», ce ne soit peut-être pas parfait, là, mais d'affirmer qu'un exercice «lean» génère un coût de 1 milliard de dollars, bien, écoutez, à un moment donné, là, il y a des limites à tout, il me semble, dans la vie, là. Alors, moi, là, je ne vois pas ça dans l'expérience.

Et là j'ai pris l'exemple de Québec, là. Je peux prendre d'autres exemples que j'ai même, moi-même, personnellement vécus. Moi-même, initialement, là, il y a des années, vous pourriez trouver des citations de moi qui critiquais le «lean». Puis je vais vous avouer une chose aujourd'hui, je pense qu'à l'époque je n'avais pas suffisamment approfondi la chose. Alors, le «lean», ça marche quand c'est bien fait, mais ça ne peut pas se faire de la même manière que sur une chaîne de montage d'automobiles. Ça doit être adapté à la situation clinique qui est celle d'un hôpital, ou d'un département, ou d'une urgence, et ainsi de suite. Et c'est ça qu'on fait dans le réseau. Et c'est ça qui a permis d'avoir de meilleures organisations ou du développement de projets qui se sont faits à des coûts qui étaient plus bas.

Alors, aujourd'hui, là, je termine là-dessus, M. le Président, je ne vois rien dans le jugement du Québec qui dit qu'il faut abandonner le «lean» et je n'ai pas la connaissance, je l'admets, suffisamment précise de que qui s'est passé en Saskatchewan. Et, pour ce qui est de la littérature scientifique qui permet à notre collègue d'affirmer ce qu'il affirme, permettez-moi, M. le Président, d'émettre des doutes.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Mercier, en vous rappelant qu'il vous reste six minutes à votre bloc.

M. Khadir : Il y a eu peut-être un manque d'attention, ou je me suis mal exprimé. C'est la Vérificatrice générale de la Saskatchewan, et non une cour de la Saskatchewan, qui a évalué le coût de l'implantation puis les économies calculées. J'imagine que la Vérificatrice générale de la Saskatchewan a au moins autant de compétence à calculer les choses que le ministre à qui je m'adresse aujourd'hui.

Ensuite, je rappelle au ministre que les employés du syndicat du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal se sont plaints à la cour en raison du fait que c'est l'implantation de cette méthode qui a entraîné des conséquences néfastes sur leurs conditions de travail et sur leur capacité à appliquer... En fait, ils étaient déchirés entre leur code de déontologie qui exigeait un service adéquat aux patients et la méthode «lean» qui leur demandait, pour fonctionner et se soumettre, disons, à la, je dirais, bureaucratie kafkaïenne qu'impose cette méthode, par exemple aux travailleurs sociaux... — et moi-même, dans mon propre hôpital, j'en suis témoin — bien, étaient tirillés entre les deux, puis causait du tort, je dirais, à la qualité de leur travail.

Parlons des conditions de travail dans le réseau de santé. Reportage tout récent de Radio-Canada, plus de 700 incidents par année. Le nombre de réclamations d'employés victimes de violence dans le secteur de santé a grimpé de

16 %. Suivant plusieurs spécialistes du réseau, il y a une corrélation entre les nombreuses réformes depuis 10 ans, depuis 12 ans, emmenées par ce gouvernement, et celui qui l'a précédé dans la même lignée, et l'augmentation des risques pour la sécurité et la santé des professionnels. Je voudrais juste savoir s'il a... le ministre est préoccupé par la situation.

Deuxième question, je vais les poser en même temps, je disais tout à l'heure qu'il y avait bel et bien austérité dans le réseau des établissements de santé et des services sociaux. L'augmentation des dépenses en santé des dernières années, là, qu'on nous invoque pour dire : Bien non, on a continué à investir, puis il n'y a pas d'austérité, c'est vraiment le prix des médicaments, en partie, et surtout la rémunération des médecins qui l'ont absorbée. Les sommes investies dans le réseau public à proprement parler, c'est-à-dire les établissements, les hôpitaux, les CLSC ou tout ce qui est équivalent du réseau, entre 2010 et 2014, si on tient compte de ceux-là, c'est 1 milliard de manque à gagner, suivant une étude qui vient d'être publiée, une analyse budgétaire publiée le 15 février. Les hôpitaux sont passés de 37,5 % à 35,2 % du budget de la santé, moins 2,3 %, les autres établissements, de 16,1 % à 13,6 %, moins 2,5 %. Et la rémunération des médecins, pendant ce temps-là, alors qu'il y a 4,8 % de diminution pour ces établissements, c'est 3,2 % d'augmentation de part du budget global du réseau de la santé.

Donc, on comprend que, si on isole le prix des médicaments et la rémunération des médecins du reste du budget octroyé au cours des quatre, cinq années à l'étude, il y a un véritable problème, il y a une compression. Pour la seule année 2016-2017, là, dans le Grand Montréal, 227 millions de dollars en coupures.

Alors, deuxième question : Comment le ministre peut-il prétendre qu'il défend le réseau public de santé quand on voit ça puis toute l'énergie qu'il met à financer des établissements privés, là, des centres spécialisés, des centres médicaux spécialisés, là, qu'il finance à grands frais publics?

• (17 heures) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Mercier. M. le ministre. Et il reste deux minutes à ce bloc d'échange.

M. Barrette : Bien, M. le Président, il y a ici une contradiction probablement... bien, possiblement intentionnelle dans les propos de notre collègue. C'est une chose qu'on entend souvent dans la bouche du Parti québécois et évidemment, à chaque fois, là, dans la bouche de Québec solidaire, les cliniques. Ce que mes collègues appellent des cliniques privées n'ont de privé que leur adresse, à toutes fins utiles, parce que ces cliniques sont opérées dans un environnement public. Le financement de ces cliniques est public. Avec l'abolition des frais accessoires, elle est totalement publique. Ce que nos collègues reprochent à ces cliniques-là, c'est probablement de ne pas être syndiquées. J'imagine que c'est ça. On sait qu'à la gauche, au gouvernement du Québec... pas au gouvernement du Québec, mais au Parlement du Québec, notre l'Assemblée nationale, on ne sait pas si le PQ est à gauche, au centre ou à droite. Ça dépend des jours. Québec solidaire, ça, c'est clair que c'est à gauche. Alors, c'est sûr que, là, il y a un enjeu syndical de cotisation, de revenus. On veut des syndicats. Ça doit être ça qu'ils reprochent aux cliniques, qui sont publiques, qui ont une adresse privée et qui sont gérées par quelqu'un d'autre que le gouvernement. Mais elles sont financées publiquement. C'est de l'argent public et c'est les mêmes tarifs que ceux qui sont utilisés au public.

M. le Président, il me reste seulement à peu près 30 secondes, là?

Le Président (M. Merlini) : Un petit peu moins que 30 secondes.

M. Barrette : Alors, je veux juste faire amende honorable, M. le Président. On m'a noté quelque chose : il faudrait que je retire un propos pour le remplacer. J'ai induit... Je me suis trompé à un moment donné, tout à l'heure, lorsque j'ai dit que le chef de l'opposition officielle avait fait la citation que j'ai faite. Ce n'était pas le chef de l'opposition. Je voulais dire la deuxième opposition. Et ce n'était pas en février, mais bien... parce que j'avais un «2» devant moi, mais c'est le 12 avril. Donc, je veux simplement faire amende honorable et attacher ces propos-là à la bonne personne.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le député de Mercier. Maintenant, on se tourne vers le gouvernement et Mme la députée de Crémazie pour un bloc de 20 minutes. À vous la parole.

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Je vais rester dans le thème des CHSLD. Je sais que c'est un sujet qui nous intéresse tous puis qui intéresse beaucoup les gens aussi qui nous écoutent. C'est un sujet qui a fait énormément l'actualité aussi au cours des derniers mois. Donc, je veux qu'on prenne le temps d'en parler aussi.

Je faisais référence un petit peu plus tôt à la tournée des CHSLD que j'ai faite à l'automne dernier, puis un des sujets qui, à ce moment-là, était très présent, très omniprésent dans les médias, c'était la question des quotas de culottes d'incontinence dans les CHSLD du Québec. Il y a eu plusieurs questions qui ont été posées, notamment par l'opposition, à ce sujet. Et, pendant ma tournée, moi, j'ai eu l'occasion de rencontrer dans chaque CHSLD l'ensemble du personnel qui y travaille, donc tant de nuit, de soir, de jour, les préposés aux bénéficiaires, les infirmières, les infirmières auxiliaires, également. Puis j'ai eu l'occasion de poser aussi directement cette question-là aux gens que je rencontrais dans les CHSLD, à savoir : Est-ce qu'il y avait quota? Pas quota. Est-ce qu'il y avait quelque directive que ce soit en ce sens? Et, moi, à ce moment-là, la réponse que j'ai eue du personnel qui était directement sur le terrain, c'est qu'ils étaient unanimes, à savoir qu'il n'y avait aucun quota, aucune directive qui n'était donnée en ce sens, que la directive qui est donnée et qui est bien claire, c'est le respect des besoins du patient, notamment ses besoins au niveau de l'hygiène aussi.

Alors, suite à toute cette présence dans les médias, je sais que le ministère de la Santé et des Services sociaux avait procédé aussi, très rapidement, à une vérification du fonctionnement au niveau de l'utilisation des culottes d'incontinence,

de protection, pour les résidents de l'ensemble des installations des centres intégrés de santé et services sociaux. Le ministère avait rappelé, à l'époque, bon, à l'ensemble du personnel oeuvrant en CHSLD que la pratique, s'il y avait pratique de quota, s'il y avait directive de quota, ça allait à l'encontre de l'orientation qui était valorisée puis qui était prise par le ministère. L'orientation, c'est ça. Pour la rappeler, c'est vraiment d'offrir des soins personnalisés qui répondent à l'ensemble des besoins des résidents, selon les meilleures pratiques de soins et d'hygiène également, le respect de la dignité en tout temps qui doit guider les décisions des équipes auprès des résidents.

Il y a une enquête, parallèlement à ça, qui a été faite, bon, par le ministère, donc, pour savoir exactement ce qui en était. Et, parallèlement à cette démarche du ministère, il y a le Protecteur du citoyen aussi qui a été sommé par le député de Lévis, qui a exigé une enquête indépendante. Et le rapport du vérificateur a été rendu public le 1er mars dernier. Les conclusions de ce rapport-là d'intervention du Protecteur du citoyen, bien, ne permettent pas de conclure à l'existence de consignes portant sur une utilisation restrictive des culottes d'incontinence. Donc, ça venait corroborer ce que moi, j'ai pu constater dans l'ensemble des visites que j'ai faites et avec l'ensemble du personnel avec qui j'ai discuté. Mais j'aimerais quand même qu'on ait le temps justement d'en discuter.

Comme ça a été beaucoup, beaucoup, beaucoup mis de l'avant comme question, j'aimerais donner l'opportunité au ministre de la Santé de nous parler de cette question-là aussi et de remettre les pendules à l'heure, à savoir : Est-ce qu'il y a eu de la désinformation, donc, sur le sujet? Mais aussi, suite aux recommandations du Protecteur du citoyen qui demandait de s'assurer que tous les établissements retirent quelque terme que ce soit qui pouvait faire référence à un quota ou en tout cas à quelque chose qui pourrait être mal interprété à ce niveau-là, quelles sont les communications qui ont été faites? Comment, dans le fond, là, les directives ont été remises à l'ordre du jour suite à ces questions-là?

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Crémazie. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je saisis l'occasion pour faire le lien, puis je pense que c'est important de faire le lien à ce moment-ci de l'étude des critiques... des crédits, pardon, faire le lien entre l'étude des crédits que nous faisons ici, qui est très pertinente pour la population, parce qu'on parle de choses réelles, et l'ambiance politique qui existe aujourd'hui dans l'espace public. Je me suis exprimé à plusieurs reprises, M. le Président, sur les médias sociaux quant à la déformation de la réalité. Il y a des mots que je ne peux pas utiliser ici, en Chambre, parce que notre code est tel qu'il y a des mots qui sont vrais et appropriés, mais on ne peut pas les utiliser. C'est comme ça, mais c'est dommage. Alors, c'est vraiment dommage, mais c'est comme ça. Comme je dis souvent : C'est de même.

Mais il n'en reste pas moins, M. le Président, qu'il y a des actions politiques de divers individus qui font en sorte qu'on essaie de créer un climat politique, dans l'espace public, qui ne correspond pas à la réalité et qui, évidemment, ciblent nos actions, même si nos actions sont à propos, même si ce sont les gestes appropriés. D'ailleurs, depuis la première minute de l'étude de nos crédits, je l'ai mis en évidence à chaque fois. Et il n'y a pas une fois où les oppositions ont pu mettre en évidence un angle, un fait, une circonstance où les décisions que nous avons évoquées, lorsqu'elles ont été prises, n'étaient pas les bonnes. On passe ailleurs.

Je vais vous donner un exemple, M. le Président. Ça ne peut pas être plus spectaculaire que ça. Notre collègue critique en matière de santé au Parti québécois a tweeté il y a une demi-heure : «Hôpitaux, CHSLD, etc., gouvernement libéral a diminué de 50 millions les sommes allouées pour combler les déficits d'entretien pelletés par en avant.» Or, j'ai fait la démonstration archilimpide, chiffres à l'appui, vérifiés, que le 50 millions auquel elle faisait référence n'était pas le chiffre approprié, c'est un constat, alors que, dans les faits, j'ai fait la démonstration limpide, preuve à l'appui, chiffrée, que nos investissements dans ce secteur sont passés de 117 millions à 200 millions. C'est ça, le problème, aujourd'hui, M. le Président, qu'on vit.

Et, pour le sujet que ma collègue de Crémazie—Maurice-Richard aborde, bien, c'est la même chose, M. le Président, c'est juste que c'est un autre parti.

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, je comprends votre enthousiasme dans la nouvelle carte...

M. Barrette : Je ne peux pas dire «Maurice-Richard»?

Le Président (M. Merlini) : ...dans la nouvelle carte électorale, mais malheureusement il faut appeler la députée par son titre. Et c'est bel et bien «la députée de Crémazie».

M. Barrette : Bien, je m'excuse.

Le Président (M. Merlini) : Le 2 octobre 2018, vous pourriez le dire, probablement.

M. Barrette : Je m'excuse, M. le Président. Alors, c'est comme...

Le Président (M. Merlini) : Je comprends votre enthousiasme, mais veuillez...

• (17 h 10) •

M. Barrette : Alors, ma collègue qui a été aux premières loges pour que la dénomination future soit Maurice-Richard, et je l'en félicite, parce que c'est quand même un hommage à quelqu'un du comté. Alors, ce n'est pas encore en place, mais on l'appellera maintenant la députée de Crémazie à être, dans le futur, nommée Maurice-Richard. Ça doit être permis, ça, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Non, M. le ministre, ce n'est pas permis, malheureusement.

M. Barrette : Non? Bon d'accord.

Le Président (M. Merlini) : Alors, à la réponse à la question.

M. Barrette : Alors, je reviens au coeur du sujet, bien, à la déformation de la réalité. Bien, on a aussi la même tactique, c'est la convergence entre les deux partis, là aussi. À la CAQ, bien, on a vécu la même chose récemment. Et je cite ici... C'est une citation, M. le Président, publiée le 10 novembre 2016 dans *Le Soleil*. M. Paradis... M. le député de Lévis est cité ainsi : «Le caquiste a également déploré que plusieurs résidents restent dans leur urine et dans leurs selles pendant des heures, parfois même toute la nuit, que la consigne est de changer la culotte lorsqu'elle est pleine à 80 %, que les préposés sont contraints d'utiliser une culotte hyperabsorbante pour ne pas avoir à la changer durant leur quart de travail, et que, dans certains départements, les préposés sont chronométrés pour changer les couches.» Alors, M. le Président, le député de Lévis a choisi d'aller, évidemment, sur la place publique noircir un tableau.

La CAQ, dans un autre... dans le fil d'information du gouvernement du Québec — je n'ai pas la date... Oui, le 10 novembre 2016 : *La CAQ réclame une enquête du Protecteur du citoyen*. Et sont rapportés à nouveau les mêmes propos.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, question de règlement.

Le Président (M. Merlini) : Oui, vous avez une question de règlement, M. le député de Lévis? Oui.

M. Paradis (Lévis) : Oui, question de règlement, M. le Président. Le 212, propos déformés, mal compris par le ministre. Et en titre de ces textes : *La CAQ réclame une enquête sur un potentiel scandale de quotas de couches*. Alors, il n'y a pas eu d'affirmation relativement à ça. Au surplus, l'enquête du Protecteur du citoyen a été décidée suite à de nombreux témoignages faisant état d'une situation qui devait être analysée, ce qui a été fait. Alors, j'aimerais que le ministre ne déforme pas les propos et ne fasse pas miennes des déclarations qui n'ont pas été dites.

Le Président (M. Merlini) : C'est noté, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Barrette : Je pense que notre collègue de Lévis n'avait pas saisi que j'étais passé à un deuxième document que je citais, qui est son communiqué. Et son communiqué dit : *La CAQ réclame une enquête du Protecteur du citoyen*, c'est ça que je citais, hein, je citais son communiqué à lui. Bon.

M. Paradis (Lévis) : Le 212, encore une fois. Là, je veux dire, on peut jouer à ça, là. Là, il manque un bout, il lit trois mots. Sur un potentiel scandale, il était normal que le Protecteur du citoyen fasse une vérification, ce qui a été fait. Alors, le ministre peut s'amuser à prendre trois mots, à les replacer à une autre place, mais, je veux dire, j' imagine qu'il aurait au moins la décence de citer correctement.

Le Président (M. Merlini) : C'est noté, M. le député de Lévis. Alors, si vous citez le document en question...

M. Barrette : ...on ne prête pas d'intentions à notre collègue, là.

Le Président (M. Merlini) : Non, non. Ce n'est pas une question de... C'est de prendre des propos que vous citez comme il faut sur le communiqué, tels qu'ils sont écrits, effectivement.

M. Barrette : Bien, je lis le communiqué de presse, M. le Président. Je peux le déposer, là, si c'est approprié, là. Je continue à lire le communiqué de presse : «...témoignages qui donnent froid dans le dos, par exemple : plusieurs résidents restent dans leur urine et leurs selles pendant des heures, parfois même toute la nuit; la consigne est de changer la culotte lorsqu'elle est pleine à 80 %; les préposés sont contraints d'utiliser une culotte hyperabsorbante pour ne pas avoir à la changer durant...»

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, 212, s'il vous plaît. Je m'excuse, M. le Président, mais je suis obligé encore une fois. Ce que le ministre cite, c'est des extraits des courriels faits par des gens qui signalaient une problématique. Le ministre s'amuse à jouer à ça, M. le Président. Je pense qu'il y a peut-être d'autre temps à passer, dans ces crédits-là, pour faire en sorte qu'on puisse avancer sur autre chose. Il dépeint et il fait siens des propos en les déformant — c'est le 212, M. le Président, le premier paragraphe — pour s'amuser, M. le Président.

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Un instant. Un instant.

M. Paradis (Lévis) : «Le député de la Coalition avenir Québec [...] a dévoilé jeudi des histoires accablantes d'employés du réseau et de familles de résident, qui confirment — et je dis bien, là, "des histoires accablantes d'employés du réseau" — l'existence probable de quotas...» Alors, ça, ce n'est rien que de la droiture.

Le Président (M. Merlini) : ...un document qu'il a offert de déposer et que j'en accepterais le dépôt pour les membres de la commission. Vous pouvez constater à ce moment-là vous-même les propos que le ministre cite présentement.

M. Barrette : M. le Président, je vais le déposer mais après en avoir terminé la lecture.

Le Président (M. Merlini) : Oui, terminez votre lecture, et ensuite le dépôt de document sera fait.

M. Barrette : Alors : «Dans certains départements, les préposés sont chronométrés pour changer les couches». Je dépose le document, M. le Président. Alors, la CAQ...

Document déposé

Le Président (M. Merlini) : Alors, le document est donc déposé. Merci, M. le ministre.

M. Barrette : Et je vais continuer. La CAQ a choisi de noircir un tableau sur la base...

M. Paradis (Lévis) : 212, M. le Président.

M. Barrette : Bien là!

M. Paradis (Lévis) : ...des intentions de ne pas les...

M. Barrette : Bien là.

M. Paradis (Lévis) : Non, je m'excuse, là, on ne peut pas dire que la CAQ noircit un portrait quand on fait mention... C'est une évidence, là. Je m'excuse, là. Même si on se choque, là, c'est l'évidence.

Le Président (M. Merlini) : Ce n'est pas... Ce n'est pas le... Voyons, m'as-tu le dire comme il faut? Ce n'est pas une question de règlement en vertu de l'article 212. Si vous pensez que les propos sont mal interprétés ou les propos sont blessants, vous pouvez appeler un autre article du règlement. Mais ce n'est pas un appel au règlement en vertu de l'article 212. Le ministre commence son intervention. Alors, si vous devez interrompre le ministre, vous le faites en vertu de l'article 39. Et vous pouvez appeler un appel au règlement à un autre article, mais ce n'est pas en vertu de 212. M. le ministre, vous avez la parole.

M. Barrette : Je comprends l'inconfort de notre collègue, M. le Président, parce que tout ce tableau-là qui a été l'objet de multiples interventions en Chambre et sur la place publique, dans un certain nombre de médias avec lesquels le député de Lévis est très familier, toutes ces interventions-là ont été l'objet d'une enquête du Protecteur du citoyen, qui a rendu son rapport le 21 février dernier.

Alors, je pense qu'il est utile et pertinent de citer quelques extraits du rapport. Je vais citer quelques extraits du rapport. Je pense que ça serait un peu ridicule de déposer le rapport, il est public. Mais, si vous voulez absolument le déposer, là, c'est comme quand la CAQ a déposé... Je pense que c'est la CAQ qui a déposé le budget dans une séance de période de questions précédente.

Alors, premier extrait : «On note plutôt — sur la question de l'approvisionnement — dans certains cas, des augmentations de budget global et de fréquence de changements de culottes par rapport à l'an dernier.» Alors, la CAQ évoquait des quotas, évoquait des situations où on ne changeait pas les couches. Le Protecteur du citoyen a fait son enquête et conclut le contraire. Je le répète : «On note plutôt, dans certains cas, des augmentations de budget global et de fréquence de changements de culottes par rapport à l'an dernier.» Page 3, M. le Président, du rapport du Protecteur du citoyen.

M. le Président, un peu plus loin dans le rapport, à propos des consignes, le protecteur dit ceci : «L'enquête — l'enquête qui a été faite à la demande des interventions faites par le député de Lévis au nom de sa formation politique, la CAQ — confirme l'utilisation de produits spécialement conçus pour répondre aux besoins des résidents...» Je vais répéter cette phrase-là... pas cette phrase-là, mais ce passage-là : «Spécialement conçus pour répondre aux besoins des résidents souffrant d'incontinence». À un moment donné, M. le Président, comme politicien, là, on ne peut pas nier le fait que, cliniquement, des patients soient dans une situation clinique, qu'on ne veut pas, là, personne, mais ça arrive que la situation clinique se rende à un moment donné où la personne est incontinente. Et ce sont des produits spécialement conçus pour répondre aux besoins de ces résidents-là souffrant d'incontinence.

• (17 h 20) •

Je continue : «Selon l'information qui nous a été fournie, ces produits ont fait leurs preuves — ils ne sont pas juste spécialement adaptés, ils ont fait leurs preuves — quant à leur efficacité, ne provoquent ni rougeur ni plaie et demeurent confortables même mouillés.» Et le protecteur de continuer : «Ils sont munis d'un indicateur d'absorption, soit un code de couleur, qui permet d'évaluer facilement le degré d'absorption atteint sans avoir à déranger inutilement l'utilisateur.»

Je reviens au début du paragraphe, M. le Président : «De produits spécialement conçus pour répondre aux besoins des résidents souffrant d'incontinence», spécialement adaptés, ne provoquent pas de plaie — c'est majeur, les plaies chez les personnes en CHSLD, plaie égale infection, égale complication, égale tout le reste — sont confortables, pas de rougeur,

pas de plaie, demeurent confortables. Au forum des CHSLD, là, on en a ri. On en a ri ici. Mais il y a des gens qui ont dit et des experts sont venus dire qu'il y a des gens, lorsqu'ils sont conscients, préfèrent passer la nuit complète à ne pas se faire réveiller, parce qu'à cet âge-là, quand on se fait réveiller, on ne se rendort plus. Ils étaient mieux dans cette situation-là. Ici, littéralement, on s'en moque. Et je trouve ça déplorable.

Je continue dans le rapport du Protecteur du citoyen : «Il est également ressorti de ces vérifications — ce n'est pas les miennes, là, c'est le protecteur — que le fait de changer la culotte d'incontinence demeure un stress important pour plusieurs résidents — je répète, un stress important pour plusieurs résidents — notamment ceux qui souffrent de troubles cognitifs ou ceux nécessitant des transferts au levier.» Ce n'est pas rien, cette phrase-là, là. Ça, c'est une phrase de quelqu'un d'indépendant, qui fait une réflexion axée sur l'utilisateur, le résident en CHSLD, et qui fait abstraction de la politique partisane politicienne.

Je continue : «D'où la priorité mise sur l'évaluation adéquate du besoin de chaque résident et du meilleur produit d'incontinence pour y répondre.» En français, là, les deux extraits que je viens de vous lire, c'est : On s'adapte aux citoyens, et on a ce qu'il faut pour s'adapter aux citoyens, et on le fait. Ça, c'est critiqué par la deuxième opposition.

«De même, aucun problème majeur n'est ressorti des enquêtes antérieures du Protecteur du citoyen pouvant laisser croire à une utilisation restrictive des produits d'incontinence au détriment du bien-être des résidents.» Je vais le répéter : «Aucun problème majeur n'est ressorti des enquêtes antérieures [...] pouvant laisser croire à une utilisation restrictive — donc, il n'y a pas de restriction — des produits d'incontinence — c'est-à-dire les fameuses couches — au détriment du bien-être des résidents.» C'est une négation, ça. Ça veut dire qu'on s'occupe du bien-être, et on n'a pas posé de gestes qui allaient à l'encontre du bien-être des résidents.

En conclusion, M. le Président, le Protecteur du citoyen dit la chose suivante : «Les informations recueillies au cours de notre enquête, incluant une revue systématique de tous les cas soumis au Protecteur du citoyen au cours des 18 derniers mois — et on fait référence aux autres avant — ne permettent pas de conclure à l'existence de consignes portant sur une utilisation restrictive des produits d'incontinence, au détriment des besoins des résidents.» N'est-ce pas contradictoire à la citation qui est dans le communiqué de la CAQ voulant que le ministre a reçu un courriel détaillant toutes ces pratiques. Il sait donc comment ça se passe sur le terrain, il n'a pas d'excuse.

La seule personne qui n'a pas d'excuse ici, M. le Président, c'est le député de la CAQ, de Lévis, lorsqu'il prend des faits qui sont non vérifiés, qu'il ne vérifie pas, et sur lesquels il se base pour faire des affirmations tonitruantes qui, elles, apeurent la population. Combien de gens aujourd'hui, dans la société, ont peur qu'un de leurs proches ou eux-mêmes aillent en CHSLD parce que le climat de méfiance qui est induit et maintenu par le discours politique ambiant de cette Chambre est inapproprié et est contraire à ce que le Protecteur du citoyen a vérifié?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous allons maintenant du côté de l'opposition officielle pour un bloc de 12 minutes. À vous la parole, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Oui, M. le Président. J'aurais pu évoquer l'article 35 tantôt, quand le ministre m'a prêté des paroles. Ce que j'ai dit tantôt par rapport au déficit d'entretien, ce sont les chiffres, ce sont les chiffres. Alors, entre les annonces que le ministre fait... Il peut bien annoncer qu'il va investir 110 millions, 120 millions pour réparer les CHSLD, les hôpitaux qui sont en besoin, mais les chiffres... Et je l'invite à regarder les chiffres, et c'est sur ça que je m'exprime et que j'affirme les choses, et je pense que, là, on est dans le déboursé — ça, c'est ce qui a été vraiment payé — qui ne pourra pas être changé, pour lequel le ministre ne pourra pas changer d'idée, alors c'est la page 131 de l'année passée et la page 150 de cette année, qui démontrent l'écart de 50 millions, qui est bel et bien véridique, sur les déboursés, sur les factures payées. Alors, ça, on en est sûrs.

Parce que, dans la catégorie annonces, je vous dirais que le ministre a une bonne capacité d'en faire et qu'il faut les creuser comme il faut, ces annonces-là. Je vous donne l'exemple : les infirmières praticiennes spécialisées. On se rappelle que c'était...

M. Barrette : M. le Président, l'article 36.

Une voix : 35.

M. Barrette : 36. On ne peut pas mettre en doute la parole d'un député.

Le Président (M. Merlini) : Vous voulez dire l'article 35, paragraphe 6°.

M. Barrette : Oui, c'est ça que je voulais dire, 35, paragraphe 6°. Mais on ne peut pas mettre en doute la parole d'un député. Je peux mettre en doute une affirmation sur Twitter. Et je constate que la collègue, M. le Président, vient encore une fois, encore une fois — et là je vais peser mon mot — d'induire cette Assemblée en erreur. Pour une raison simple...

Le Président (M. Merlini) : Vous ne pouvez pas affirmer ce que vous venez de faire, M. le ministre. Vous ne pouvez pas faire indirectement ce que vous ne pouvez pas faire directement. Votre appel au règlement, il est juste, autant que l'appel de Mme la députée de Taillon. Alors, de part et d'autre...

M. Barrette : ...réponse avec énergie.

Le Président (M. Merlini) : De part et d'autre, soyons calmes, restons zen. Il nous reste une trentaine de minutes avant notre bloc... une quarantaine de minutes, notre bloc de souper. Alors, les interventions se sont bien déroulées jusqu'à présent, et je souhaite qu'elles continuent de cette façon-là. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Tout à fait, M. le Président. Alors, je comprends que le ministre, le 28 mars 2017, a fait une annonce par rapport aux infirmières praticiennes spécialisées. On se souvient que c'était un de ses deux engagements en campagne électorale, d'assurer que le Québec aurait 2 000 IPS d'ici 10 ans. Et on sait que, déjà en Ontario, depuis 2009, ils ont déjà plus de 2 300 IPS, alors que nous, on en a malheureusement très peu, seulement environ 400. Donc, on est déjà en retard de presque 10 ans.

Et le ministre annonce 1,4 milliard sur 10 ans. Alors, 1,4 milliard, si je le divise par 10 ans, ça pourrait faire 140 millions. Je dis bien : Ça pourrait faire. On sait que, la première année, des fois, on en met un peu moins. Mais, mettons qu'on veut vraiment donner un élan dans cette direction-là, on parlerait de quelque chose... de 140 millions par année sur 10 ans. Et là on pourrait penser qu'on est à peu près correct. Ça, c'est le dimanche soir. Et, le mardi au budget, le ministre des Finances annonce que ce ne sera pas 140 millions. Ça va être 10 millions de dollars, 10 millions de dollars pour augmenter des cohortes d'infirmières praticiennes spécialisées.

Et, je vous dirais, j'essaie de rendre service au ministre, parce que le ministre est pris avec ses statistiques d'urgence. Ça ne va pas bien, son affaire. Ça ne marche pas. Ça fait trois ans qu'on lui dit : Vous tapez juste sur un clou, M. le ministre. Il faudrait taper sur d'autres leviers, il faudrait faire fonctionner d'autres leviers, entre autres la première ligne et entre autres le soutien à domicile. Or, le ministre investit vraiment du bout des doigts dans ces deux enjeux-là. Et c'est pour ça que ça donne les résultats qu'il a au niveau de l'urgence, entre autres.

Alors, sur les IPS, donc, le ministre nous annonce 10 millions, ce qui va donner une augmentation de la cohorte pour l'année prochaine de 50 IPS. On sait que, nos promotions actuellement, on diplôme au Québec 50 IPS par année. Alors, vous vous rendez compte? Pour vous rendre à 2 000, à 50 par année, ça va prendre 40 ans. Et là on en ajoute un autre 50, ça fait 100 par année. Alors, 100 par année, à 2 000, on a encore beaucoup, beaucoup d'années à attendre. Alors, donnons un coup et soutenons l'investissement. On est d'accord, ça prend de l'argent. L'argent ne pousse pas dans les arbres. Donc, on va vraiment essayer d'en trouver, de l'argent. Bien il y en a, de l'argent, à des endroits très particuliers.

• (17 h 30) •

On a reçu il n'y a pas longtemps — j'étais avec mes collègues députés — une délégation de San Francisco qui voulait voir comment fonctionnait notre système de santé et on a parlé de «nurse practitioners». Les «nurse practitioners», c'est l'équivalent de nos IPS, nos infirmières praticiennes spécialisées. Partout ailleurs, dans le monde, M. le Président, les IPS travaillent de façon autonome, aux États-Unis, dans tous les États américains, dans toutes les autres provinces. Au Québec? Non. Elles doivent travailler sous la supervision d'un médecin. Non seulement ça, mais on donne de l'argent aux médecins pour les superviser. Alors, moi, je pense qu'il y a du donnant, donnant, parce que, quand on a une IPS dans un GMF ou dans un établissement, le travail qu'elle fait, ça permet aux médecins de voir un peu plus de patients. Donc, comme on sait que les médecins sont payés à l'acte, il y a une rémunération qui peut être bonifiée, parce qu'on le souhaite, le médecin voit plus de patients à ce moment-là.

Mais donc reconnaissons qu'actuellement il y a un 60 000 \$ par année, par IPS, qui est donné au médecin qui supervise une IPS au Québec. Un 30 000 \$ pour le local, des fournitures, on peut encore considérer, mais le 30 000 \$ de supervision... Quand on a des IPS qui sont diplômées depuis cinq ans, ce sont des femmes principalement qui ont cinq années d'université. Il y a-tu un jour où on va pouvoir penser qu'on va arrêter de les superviser comme on le fait partout ailleurs au monde? Et, si on coupait ce montant-là, bien, on pourrait récupérer plusieurs dizaines de millions de dollars.

Alors, c'est une proposition qui est très réaliste. On parle de 20 millions de dollars qu'on pourrait récupérer sur le nombre d'IPS qu'on a actuellement si on arrêta de payer cet argent de supervision. Ça, là, on peut appliquer ça, on peut convenir qu'on a un échange... Parce que, quand on parle d'équipes interdisciplinaires au Québec, bien, il faut penser que c'est gagnant-gagnant pour tous les professionnels qui travaillent ensemble. Il y a du temps gagné quelque part, et il y a des consultations gagnées, et on espère que le grand gagnant, ça va être le patient, ça va être le citoyen partout au Québec.

Alors donc, on a une possibilité de gagner 20 millions de dollars. Et, avec ce 20 millions de dollars là... Puisqu'avec un petit 10 millions le ministre a été capable de garantir 50 IPS de plus, si j'en rajoute un 20 millions, d'un coup on en rajoute 100 de plus. Alors, on arrive à 200, ce qui est l'objectif que le ministre s'est fixé, mais pour dans deux ans seulement, en 2018.

Alors, moi, je propose au ministre... Et je voudrais comprendre pourquoi il a choisi de ne donner que 10 millions de dollars pour les IPS, alors que c'est une de ses promesses et que c'est surtout un des éléments clés qui va aider à améliorer l'accès à la première ligne.

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, vous savez, vous allez peut-être être surpris, peut-être que nos auditeurs vont être surpris, mais ça arrive qu'on soit d'accord sur certains points, moi et notre collègue du Parti québécois. Et on est d'accord sur ce point-là. On est d'accord. On en veut, des infirmières praticiennes spécialisées, et on en veut le plus vite possible. On est d'accord là-dessus.

Je vais y revenir, par exemple, M. le Président, parce qu'avant d'aller là je vais quand même me permettre de corriger l'introduction que notre collègue a faite. Je vais le répéter, là, parce que manifestement ça ne semble pas avoir été bien compris, le tweet de ma collègue : «Pendant ses crédits, le gouvernement libéral a diminué de 50 millions de dollars les sommes allouées pour combler les déficits d'entretien dans le réseau.» «A diminué», c'est une coupure. Lorsqu'elle a fait

initialement son intervention, elle n'avait pas réalisé que c'était le déboursé. Là, elle s'est reprise. Elle a dit que c'était, oui, un déboursé. Mais là c'est là où il y a une induction, involontaire, évidemment, une incompréhension — l'induction vient de l'incompréhension. Notre collègue... Et je l'informe : Quand on regarde dans le budget, qu'on fait passer le financement du déficit de maintien d'actif de 117 à 200 millions dans notre mandat, quand on fait ça, ce sont des montants d'argent qui sont étiquetés et dédiés à ça. L'argent reste là pour cette fonction-là. Et je l'expliquais précédemment, et je l'ai expliqué la première fois, il y a plein de gens qui ont à faire des plans, il y a des gens qui ont à faire de la planification, des plans et devis, des appels d'offres. Le fait de constater que tout l'argent n'a pas été dépensé ne signifie pas que ce qui n'est pas dépensé disparaît ou va ailleurs. Cet argent-là qui est identifié «maintien d'actif» demeure de l'argent à être utilisé...

Une voix : ...

M. Barrette : Bien oui, mais, regardez, ça, c'est le problème de notre Assemblée, M. le Président, quand on fait une mesure, là, c'est comme... Il y avait juste des émissions comme *Perdus dans l'espace* où tout arrivait, quand j'étais plus jeune, là, où tout arrivait d'un coup. Ça ne marche pas de même, là. La téléportation dans *Star Trek*, là, c'est juste dans le film. On n'est pas capables dans la vraie vie de tout faire d'un coup.

Alors, ça va être utilisé. Et il est inapproprié de dire que ça a diminué. L'argent reste étiqueté à ce secteur-là, il sera dépensé, et la vérification sera faite que l'argent va être dépensé à cet effet. Et, si notre collègue en sent l'envie, la pulsion, elle peut tweeter et dire : Bien, je me suis trompée, puis ce n'est pas vrai, il n'y a pas de 50 millions qui a diminué.

Mme Lamarre : ...là, on m'impute des intentions. Je ne me suis pas trompée. Je n'ai pas mal compris. Alors, je pense que le ministre n'a pas le monopole des bonnes pensées dans cette Assemblée. Et les commentaires que j'ai émis sont là, et ce sont des sommes à être dépensées dont il parle. Alors, moi, je parle des sommes dont les factures ont été payées et qui nous ont été déposées telles quelles dans nos cahiers. Alors, si, la prochaine fois, l'année prochaine, il veut qu'on examine le reste, qu'il mette ses chiffres dans cette même page, et on pourra réagir. Ce qu'on a cette année, c'est clair. J'ai évoqué les deux pages et j'aimerais qu'on tourne la page, M. le Président. J'aimerais que vous l'informiez de passer à autre chose, parce qu'il est vraiment à 212. Il n'a que ça à faire dans ses interventions depuis cinq minutes.

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

M. Barrette : Ce que j'ai dit, M. le Président, c'est que ce n'est pas vrai qu'on a diminué. Elle vient elle-même de dire que, oui, elle accepte le fait qu'on va le dépenser. Si elle accepte le fait qu'on va le dépenser, c'est parce que ce n'est pas une diminution.

Mme Lamarre : ...

Le Président (M. Merlini) : À l'ordre, s'il vous plaît! L'article de règlement qui a été appelé fait rapport à des propos qui lui semblent être déformés par rapport au message que vous avez lu. Mme la députée a donné son explication. Alors, M. le ministre, je vous demande d'être prudent dans l'interprétation des propos qui ont été lus, mais je vous invite à continuer à répondre à la question qui a été demandée par rapport... Vous avez très bien commencé à y répondre.

M. Barrette : Je vais continuer. On ne peut pas dire que nous avons diminué un montant pour dire qu'on l'a diminué. Par exemple, le montant de 117 millions, s'il est diminué de 50, il faudrait que l'année d'après ce soit marqué 117 moins 50, ce qui fait 67. Ce n'est pas ça qui est marqué. L'année d'après, le montant augmente jusqu'à 200. Je veux dire, là, il n'y a rien à dire sur ma phrase, là. Une diminution année sur année, ça veut dire que l'année d'après, si c'est une diminution de 50, c'est 50 de moins que l'année d'avant. Or, ce qui est écrit, c'est beaucoup plus, et ce n'est simplement pas encore actualisé pour des raisons purement circonstancielles. Voilà. Mais je comprends qu'il n'y aura pas de correction tweetienne. Je la ferai, moi. Je suis capable.

Alors, maintenant, M. le Président, oui, on s'entend sur un point, on s'entend sur un point qui est celui de l'importance de former des infirmières praticiennes spécialisées au Québec. On s'entend là-dessus. On est tout à fait d'accord là-dessus. Maintenant, il faudrait aussi vérifier les faits. Cette année, on n'annonce pas un 10 millions pour former 2 000 infirmières, on annonce 10 millions dans le budget de 2017-2018 pour former des infirmières, mais pas 2 000. Il va y avoir plus d'argent que ça. Évidemment, cette année, là, le budget qui est alloué, de chez nous, là, c'est 19 millions, auquel on ajoute 10 millions. Ces sommes-là sont récurrentes et à être augmentées parce que, comme notre collègue l'a bien noté, ça a un coût, former des infirmières praticiennes spécialisées, et le coût de formation de ces infirmières praticiennes spécialisées là, si on est rigoureusement... Si on est rigoureux de façon comptable, bien, il faut prendre en compte tous les coûts. Et tous les coûts, il y a tous les coûts afférents. Alors, c'est pour ça que, quand on fait le calcul de formation de 2 000 infirmières praticiennes spécialisées dans le temps, ça monte à plus de 1 milliard de dollars, mais ce n'est pas le coût exact du ministère ni de l'Éducation ni de la Santé.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle.

M. Barrette : Ah oui? Ah bon!

Le Président (M. Merlini) : Effectivement, nous avons maintenant un groupe d'échange avec le gouvernement. Mme la députée de Crémazie, la parole est à vous pour un bloc de 18 minutes. Oui?

Mme Lamarre : ...du ministre ont compté dans nos minutes?

Le Président (M. Merlini) : Non. Lorsqu'il y a un appel au règlement, le temps est arrêté et le temps est pris sur le temps de la présidence.

Mme Lamarre : Oui, mais le ministre a commenté pendant cinq minutes son appel au règlement.

Le Président (M. Merlini) : Non, son commentaire est bien sur le temps de la présidence, et non sur le temps qui est imparti à l'opposition officielle. Alors, pour un bloc de 18 minutes, Mme la députée de Crémazie, la parole est à vous.
• (17 h 40) •

Mme Montpetit : Je vous remercie, M. le Président. Bien, je vais continuer sur la discussion qu'on avait précédemment sur les CHSLD puis je voudrais quand même revenir sur ce que le ministre soulignait quant à la désinformation qui est extrêmement présente sur l'ensemble des dossiers. Bon, on parlait de la question des quotas par rapport aux culottes d'incontinence, finalement il n'y a pas quota. Il y a des demandes de recherche. Tu sais, il y a beaucoup d'information qui a été mise de l'avant, notamment par les oppositions, dans les derniers mois, et je veux souligner à quel point c'est vraiment extrêmement malheureux, parce que le ministre soulignait le fait qu'effectivement... Avec toute cette campagne de salissage là qui est faite, oui, il y a des aînés qui me disent : Moi, j'ai peur d'aller en CHSLD. Parce que ce que vous dépeignez, ce que les oppositions dépeignent, est-ce que c'est vraiment ça, la réalité? Puis c'est ça, la conséquence, au jour le jour. Ça, c'est une des conséquences.

Puis l'autre conséquence. Quand je vous parlais de ma tournée, précédemment, moi, j'ai eu l'occasion de rencontrer non seulement des résidents qui étaient dans les CHSLD, mais également leurs familles. J'ai rencontré des comités d'usagers, j'ai rencontré des bénévoles, j'ai rencontré aussi les membres du personnel, préposés aux bénéficiaires, infirmières, infirmières auxiliaires, des ergothérapeutes, des cuisiniers, les gens qui sont préposés à l'alimentation également, et c'est des gens qui ont à coeur, mais vraiment à coeur la qualité de vie des résidents en CHSLD. Puis je trouve ça extrêmement malheureux parce que, ces gens-là me l'ont dit, me l'ont témoigné, ils sont très affectés par les campagnes de salissage constantes de l'opposition sur les CHSLD. Et on a déjà un problème d'attraction et de rétention du personnel en CHSLD. Puis c'est difficile pour ces gens-là qui se dédient tous les jours pour nos aînés en CHSLD, qui travaillent dans des conditions qui ne sont d'ailleurs pas toujours faciles, on l'a mentionné : les troubles cognitifs importants chez les résidents en CHSLD, les troubles de comportement également, beaucoup de démence présente, donc c'est des conditions de travail qui ne sont pas toujours faciles. Et un des enjeux qu'on a, c'est toute la question de la valorisation du personnel, et ce n'est certainement pas en désinformant la population puis en laissant véhiculer toutes sortes de choses qui sont erronées qu'on va dans cette direction-là.

Donc, cela dit, je voudrais en revenir, pour rester sur le thème des CHSLD, sur le Forum sur les meilleures pratiques, qui a eu lieu au mois de novembre dernier, qui faisait suite justement à cette tournée que j'ai faite. Et, la tournée, ce que j'ai pu constater, c'est que, oui, il y a place à l'amélioration, mais il y a aussi énormément de bonnes choses qui se font dans les CHSLD. Moi, j'ai vu des milieux où non seulement les résidents, mais leurs familles ont pu témoigner à quel point elles étaient heureuses pour leurs proches qui se retrouvent dans ce milieu-là, combien les services étaient bons, comment la qualité des soins était très bonne aussi, comment il y avait une bonne relation avec le personnel, comment la nourriture était bonne. Et c'est, dans le fond, ces milieux-là qu'on a voulu reproduire, ces pratiques-là qu'on a voulu reproduire dans l'ensemble des CHSLD.

Et, lors du forum, donc, qui a eu lieu au mois de novembre, là, qui regroupait l'ensemble des partenaires du réseau, il y a différents thèmes qui ont été abordés, tant les thèmes d'organisation des soins et des services, hein, on a couvert tout ce qui peut toucher de près ou de loin la pratique en CHSLD, donc les équipes de soins, toute la question de l'interdisciplinarité entre les différents corps professionnels, la valorisation des intervenants, ce dont je parlais un petit peu plus tôt, mais toutes les questions également d'hygiène, d'alimentation, d'adaptation des milieux aux nouveaux besoins des résidents qui sont présents, mais la collaboration aussi avec la communauté, parce qu'on voit bien que les milieux qui ont encore un petit plus, c'est les milieux où il y a des bénévoles qui sont impliqués, qui ont une communauté qui est bien ancrée sur place.

Et, dans le cadre de ce forum-là, les P.D.G. se sont engagés à plusieurs choses, puis c'est un peu ce dont je souhaiterais discuter avec le ministre, pour qu'il ait l'occasion aussi de redonner l'heure juste, comme je disais, à travers toute la désinformation qu'il y a eu sur ce dossier-là. Moi, c'est un dossier... Puis je suis très contente, comme adjointe du ministre, d'avoir eu le mandat particulier sur les CHSLD parce que c'est un sujet qui m'a toujours beaucoup interpellée, beaucoup intéressée, dans lequel j'ai travaillé professionnellement aussi, avant d'être élue. C'est des gens qui sont très vulnérables qu'on retrouve en CHSLD, c'est des gens dont on doit porter une attention particulière. Et faire un forum sur les meilleures pratiques en CHSLD nous permettait justement d'optimiser l'ensemble des soins dans les différents réseaux.

Et, sans passer à travers, bon, nécessairement, l'ensemble des engagements qui ont été pris, puis on pourra y revenir, si d'aventure... un petit peu plus loin, je pourrai revenir aux différents engagements qui ont été pris par les P.D.G. des établissements du réseau, mais j'aimerais donner l'occasion aussi au ministre de nous parler, d'expliquer, de prendre le temps de nous expliquer comment l'ensemble de la démarche qui a été faite, donc tant la tournée des CHSLD, mais le forum comme tel, les engagements qui ont été pris par lui, comme ministre, mais également par les P.D.G. du réseau, comment, concrètement, ça va améliorer les conditions dans les CHSLD, mais aussi, cinq mois après ce fameux forum, quels sont les exemples d'exemples d'améliorations tangibles, de quelle nature sont ces améliorations-là aussi, en lien avec les orientations qui ont été données dans le cadre du forum.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Crémazie, tout en vous rappelant que, lors de votre intervention, vous avez utilisé quelques termes non parlementaires. Alors, faites attention aux propos utilisés. Même si vous n'avez pas référé directement à aucun membre ici présent, dans cette Chambre, c'est quand même des mots qui ne sont pas permis dans notre lexique. Alors, faites attention à vos propos.

M. le ministre, à la question de la députée de Crémazie.

M. Barrette : Je reprends votre propos simplement pour souligner que, parfois, des propos, même s'ils sont non parlementaires, peuvent être à propos, mais malheureusement ce sont des propos qu'on ne peut pas proposer. Et c'est bien dommage, mais c'est comme ça.

Bien, vous me permettez d'abord de remercier ma collègue la députée de Crémazie — et vous savez quoi qui vient après, on parle d'un joueur de hockey célèbre — vous me permettez de souligner le travail qu'elle a fait lorsque nous avons eu notre commission, qui est allée avec les collègues faire le tour de certains CHSLD choisis, des plus performants, des moins performants, et d'avoir fait une analyse très pertinente de la situation. Et c'est vrai, et je le souligne, notre collègue a un intérêt très marqué pour cette chose-là, et ça lui tient très, très à coeur, et ce n'est pas un hasard qu'aujourd'hui elle prenne la parole sur ce sujet-là.

Alors, comme notre collègue l'a dit, M. le Président, et la question est de voir où est-ce qu'on en est rendus avec ça, c'est vrai que le forum avait pour objet de dégager, d'identifier, de pointer les meilleures pratiques telles qu'évaluées et proposées à la fois par les experts ou encore des gens sur le terrain. Il y a des gens sur le terrain qui ont été choisis pour leurs succès... Puis je vais être bien franc avec vous, il n'y a pas personne de parfait mur à mur, là. Ça vaut pour moi, ça vaut, je pense, pour tout le monde ici. On est tous des êtres humains imparfaits. Et, en pratique, dans une organisation, bien, il y a un CHSLD qui sera vraiment excellent, au-dessus de tout le monde dans telle approche, tel secteur d'activité, dans d'autres, ce sera autre chose, dans un autre, ce sera l'offre alimentaire, et ainsi de suite. Et la beauté et la finalité du forum étaient de mettre tout ça en commun, et c'est ça qui a été mis en commun. Mais il ne fallait pas simplement mettre ces éléments-là en commun. Ça a intéressé beaucoup de gens, ça a intéressé d'ailleurs mon collègue le député de Lévis, qui a assisté pendant tout le forum. Et il y a ça, des bonnes pratiques, qui ont été mises en évidence.

Maintenant, à la suite d'un forum, nous ne voulions pas simplement faire une annonce financière. C'est sûr que le forum a été l'objet d'une annonce qui nous a permis d'embaucher environ 1 300 personnes de différentes catégories, c'est clair, mais ça ne peut pas être simplement une annonce comme telle. Pour moi, pour notre gouvernement, annoncer... des sommes d'argent doivent être attachées à une certaine, sinon une totale obligation de résultat, et c'est à cet égard-là... et c'est ce à quoi ma collègue faisait référence, les engagements, les engagements des P.D.G. et les engagements du gouvernement, du ministre de la Santé.

Moi-même, j'ai pris des engagements puis je vais les passer un peu en revue. Parce que la question qui m'est posée, c'est : On est rendus où? Bien, on va passer mes engagements. Je m'étais engagé à investir 65 millions de dollars pour l'embauche de 1 300 personnels de différentes catégories, bien honnêtement, en majorité des préposés. C'est en cours. Non seulement c'est en cours, mais on va bientôt arriver, avant le terme, à une embauche complète. Ça ne pouvait pas, ça non plus, se faire en deux semaines. On s'entend que, pour embaucher du personnel, il faut qu'il y ait du personnel formé adéquatement pour cet environnement-là, formé adéquatement, à la base, pour la fonction de préposé. Et, s'il n'y a pas, à la disposition de ce marché-là d'offres d'emploi, suffisamment de gens, bien, il faut les former. Et, très surprenamment, ça va très bien, on approche bientôt de l'embauche complète.

• (17 h 50) •

L'enjeu, pour moi, était, un, l'engagement de financer cette embauche-là, mais m'assurer que l'embauche soit faite. Ça a l'air simple, là, mais, des fois, quand on dit au réseau : «Embauchez», il y a des gens qui ont des hésitations et n'embauchent pas. Il ne sera jamais acceptable, pour moi, quand on cible un investissement pour une finalité x, que cette finalité-là ne soit pas observée. Alors, le 65 millions, il ne peut pas aller au remplacement d'une fenêtre ou à la mise en place de tapis à l'hiver. Non, c'est de l'embauche, point à la ligne. Et ça, on le vérifie. Il y a une reddition de comptes.

À cet égard-là, M. le Président, on l'a vu dans les médias récemment, ça a été critiqué d'ailleurs, il y a des situations où on a accéléré certaines formations, combiné une formation théorique à l'école avec une suite de formations sur le terrain. Pourquoi on a fait ça? Pour soulager les équipes en place. Il y a des équipes en place qui sont en plus grande souffrance que d'autres parce que maladie, parce que retraite, parce que nombre insuffisant momentanément. Alors, il y a lieu, dans certaines situations, et c'est ce que l'on a autorisé, pour certaines situations, pour certaines organisations, de prendre l'option — et c'est marginal — d'une formation accélérée pour pallier à des situations plus critiques.

La question qui se pose ici, elle est évidemment très simple : Est-ce qu'on doit maintenir une situation critique plus longtemps ou bien avoir une solution mitoyenne mais temporaire pour corriger une situation? On a choisi évidemment l'option mitoyenne pour soulager les gens, le personnel qui sont dans des situations plus critiques. Je me suis engagé à développer une stratégie provinciale qui vise à améliorer l'attraction et la rétention des préposés aux bénéficiaires en CHSLD. C'est en cours. C'est difficile. Je vais vous le dire, c'est difficile. Parce que c'est sûr qu'avec l'ambiance qui est maintenue, là, dans l'espace public, à l'effet qu'en CHSLD c'est ceci, c'est cela, bien, c'est moins attirant, en partant. Mais une chose est certaine, c'est nécessaire de valoriser, sur le plan professionnel, sur le plan de la perception, le travail de nos préposés en CHSLD, et c'est ce à quoi on s'affaire. Je me suis engagé à augmenter le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en CHSLD, et ça, c'est une discussion, une conversation que j'ai actuellement avec les différentes facultés de sciences infirmières. On sait que, dans la formation d'IPS, il y a un «s», c'est «spécialisée», mais ça peut être spécialisée dans tel secteur et pas dans un autre. Nous voulons à ce que le «s» soit en quantité, en plus grand nombre pour la formation d'IPS qui pratiqueront en CHSLD, et c'est très bien reçu, et par les candidates et candidats, et par les facultés de sciences infirmières.

Un autre élément qui est très important pour nous, et ça, je me suis engagé à ça, nous diriger, sur la base de données probantes, j'inclus les études de l'INESSS là-dedans, l'Institut national d'excellence en santé et des services sociaux... m'engager dans une démarche de déprescription. On sait que nos personnes âgées, en CHSLD et en général, ont beaucoup de médicaments, et on sait, par expérience, qu'il y a lieu de rationaliser ça sur une base clinique, juste clinique. Et ça, ça demande à avoir des approches empiriques basées sur des données probantes. Et ça, bien, ça sera l'objet de la participation de l'INESSS. Mais on doit aller là. Et ça, on comprendra que c'est connecté avec, évidemment, la formation des IPS.

On veut mettre en place et on va mettre en place un projet pilote pour ce qui est de l'hygiène buccodentaire, en collaboration avec les ordres professionnels concernés, et ce projet pilote là démarrera cet été. Alors, la santé buccodentaire peut être source d'un certain nombre de problèmes. Il y a lieu de s'y adresser. Et nous sommes en passe de mettre ça en place.

Alors, évidemment, il y a la question de la reddition de comptes. C'est essentiel. Il doit y avoir une reddition de comptes de la part de nos dirigeants. Et ça, ça signifie que nous mettrons en place... Nous répéterons notre forum. Et, lorsqu'on répétera notre forum, ça sera le moment de la reddition de comptes, et pas une reddition de comptes subjective, à 32 000 pieds dans les airs, des faits : Qu'avez-vous fait, vous, dans le réseau?, et ainsi de suite. Et, associé à ça, M. le Président, ça, c'est la beauté de la chose, nous allons faire un premier forum permanent où on rejoindra, on invitera les usagers, les comités d'usagers, et ainsi de suite. On veut qu'ils aient une voix.

Alors, la reddition de comptes, d'un côté, et l'expression des usagers, on est en train de travailler là-dessus. Alors, les comités d'usagers, on veut les réunir annuellement. On va joindre cette rencontre-là avec le forum en CHSLD. Mais comprenons-nous : quand on parle d'usagers, évidemment, dans ce secteur de santé et des services sociaux, on va rapidement tomber aussi dans le maintien à domicile, la convalescence, les soins palliatifs, et ainsi de suite. Nous voulons donner une voix plus formelle à nos usagers. Ce sont eux, les récipiendaires de nos services. On fait une réforme qui est axée sur le citoyen, puis je pense qu'il est raisonnable de s'attendre à ce que le citoyen puisse s'exprimer dans un forum qui, lui, est le plus visible possible et le mieux organisé pour que les citoyens soient en mesure de s'exprimer.

Donc, voilà, M. le Président, pour cette section-ci.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Et pour le temps qu'il nous reste, le deuxième groupe d'opposition. M. le député de Lévis, vous avez tout le temps qu'il nous reste dans cet après-midi d'échange. À vous la parole.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : ...minutes que vous aviez, mais, s'il reste du temps, on les répartira en soirée.

M. Paradis (Lévis) : Parfait, M. le Président. Je comprends bien. Je reviendrai sur une question que l'on a abordée, mais à laquelle le ministre n'a pas vraiment répondu, et je pense que c'était important. Le ministre a expliqué, concernant l'accès adapté, qu'il devrait être déployé... Et ça fait partie de l'entente de mai 2015 conclue entre le ministre de la Santé et la Fédération des médecins omnipraticiens, c'est-à-dire le fait qu'on doive s'engager à poursuivre la promotion et le déploiement de l'accès adapté, cette nouvelle façon, pour les médecins de famille, d'offrir des rendez-vous aux patients au moment où ils en ont besoin — et c'est là que ça prend tout son sens — dans un délai souvent aussi court — et c'était ça, l'objectif, également — que le jour même ou bien le lendemain, alors de façon très, très rapide.

La question... Et, quand je l'évoquais, le ministre a pris un bon bout de temps pour nous dire que, bon, éventuellement, on devrait atteindre cette norme-là avant l'application de la loi n° 20. Mais, au-delà de ça, il y a des données qui nous indiquent que... et, «selon les chiffres obtenus par *Le Soleil* — et je cite cet article — auprès de la FMOQ, 2 500 médecins auraient jusqu'ici pris le virage de l'accès adapté». Et là on écrit : «Il s'agit essentiellement de la même proportion avancée en octobre 2016 par le ministre [de la Santé], qui calculait alors qu'environ le tiers des médecins avaient adopté cette pratique.» Et on disait que «le ministre affirmait que, parmi ceux qui ne l'avaient pas fait, bien, il y avait des Gaulois — entre guillemets — peu enclins à changer leur pratique médicale pour l'adapter aux besoins de leurs patients».

S'adapter, c'est important. Et la question que je posais au ministre dans ce dossier-là, du fait que la date limite approche, du fait qu'on s'en vienne rapidement vers 2018, du fait qu'on apprenne qu'à peu près 2 500 médecins, selon la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ont adopté cette pratique-là, sur les 9 500 potentiels ou à peu près... questionnement : Sachant que c'est extrêmement important et que ça peut faire toute la différence, pourquoi le ministre de la Santé n'a-t-il pas exigé des cibles, en cours de route, pour atteindre l'objectif de l'accès adapté lorsqu'il a signé l'entente? Et est-ce que le ministre va demander un bilan, histoire de savoir combien, où en sommes-nous, où devrions-nous être? Et, plus que ça, combien de patients — et je pense que, là, ce serait intéressant, combien de patients — ont bénéficié du fait d'une mesure comme celle-ci, qui nous permet de voir le médecin plus rapidement?

Alors, si on dit : Bien, écoutez, depuis que ça a été mis en place pour les 2 500, il y a eu tant de milliers de consultations plus rapides, de problématiques de prise de rendez-vous plus efficaces, je pense qu'elle permettrait également de juger de la pertinence d'une mesure, du besoin qu'elle suppose et de la rapidité à atteindre évidemment le nombre de médecins qui pourraient mettre ça en place. Je sais que la FMOQ a dit que ce n'était pas facile comme système, ce n'était pas nécessairement évident d'adapter. Et j'aimerais avoir une explication du ministre sur sa vision des choses. Est-ce que ça va assez vite, à sa vue? Et est-ce qu'on va demander un bilan pour savoir ce qui se passe exactement pour atteindre l'objectif requis?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Barrette : Bien, M. le Président, je suis vraiment content, je suis content que le député de Lévis aborde ce sujet-là. C'est un sujet qui est important, qui est vraiment important. Et, là aussi, on est d'accord là-dessus. Bien, en fait, je suis content que le député de Lévis soit d'accord avec moi. Et la raison pour laquelle je dis ça, ce n'est pas par ni ironie ni satire, mais simplement pour rappeler à la population que, la loi n° 20, qui nous amène là, bien, la CAQ a voté contre. Et je n'ai jamais entendu, puis on pourra... et c'est peut-être ma mémoire qui défaille, là, le député de Lévis me corrigera, mais je n'ai jamais entendu la CAQ, pendant l'étude détaillée ou les consultations publiques sur la loi n° 20, exiger que l'accès adapté soit le mode de pratique imposé aux médecins, ou même fortement suggéré. Ce qui m'indique que le député de Lévis s'est informé du bienfait de ce que nous proposons, et il fait maintenant sienne cette orientation-là. Je l'en remercie. Et là-dessus on se rejoint. C'est parfait.

Maintenant, quand le député de Lévis nous dit : Va-t-il l'imposer?, bon, là, je l'ai dit précédemment, c'est la convergence entre le PQ et la CAQ, qui est celle d'imposer ça. Bon, c'est correct. Mais je veux simplement rappeler à notre collègue que nous avons convenu une entente avec la FMOQ. Une entente, ça doit avoir une valeur autant à la CAQ que chez nous. Je sais qu'au Parti québécois, les ententes, on ne les respecte pas, et je n'implique pas notre collègue, elle n'était pas là, mais moi, je sais qu'au Parti québécois, les ententes, on ne les respecte pas.

Maintenant, je suis convaincu... Bien, je parle par expérience, M. le Président, là.

• (18 heures) •

Mme Lamarre : ...des propos indignes.

Le Président (M. Merlini) : ...il n'y a pas d'appel au règlement sur ça, madame. Il l'a très bien dit, le ministre, qu'il ne vous l'imputait pas à vous parce que nous n'étiez pas présente à ce moment-là. Ce sont d'autres gouvernements.

Mme Lamarre : ...mais il y a des gens qui ne sont pas là pour se défendre.

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, à vous la parole.

M. Barrette : Comme quand on tweete, hein, on n'est pas toujours là pour se défendre non plus, mais ça se dit pareil.

Alors, M. le Président, donc je suis content que le député de la CAQ s'adresse à ça et je lui rappelle qu'on a signé une entente, et, dans l'entente, alors qu'aujourd'hui il me le demande, si je vais l'imposer, bien, l'article 25 de l'entente qu'on a convenue dit ceci : «Afin d'améliorer l'accès à son médecin de famille, la FMOQ s'engage, par tous les moyens, à poursuivre la promotion de l'accès adapté, à former les médecins pour qu'ils adhèrent à cette méthode de travail et à leur apporter tout le soutien nécessaire pour faciliter leur transition vers cette nouvelle pratique.»

Je vous le dis d'emblée, M. le Président, c'était une des finalités induites... implicites, pardon, dans la loi n° 20. Ce n'était pas écrit comme tel, mais je l'ai dit dans nos propos précédents, on ne peut pas atteindre les objectifs de la loi n° 20, qui sont le 85 % d'inscriptions, et le 80 % d'assiduité, et les activités médicales particulières, si on n'est pas en accès adapté, pas possible. Alors, la FMOQ le sait tellement qu'elle a accepté de mettre en place cet article dans son entente, et la pression, et la responsabilité, n'est pas sur le gouvernement, mais bien sur la FMOQ. C'est eux qui se sont engagés à et, s'ils, eux, n'arrivent pas à destination, c'est eux qui vont vivre avec les conséquences de leur échec. Mais moi, je vais vous le dire, je pense qu'ils vont arriver à destination.

Maintenant, l'accès adapté, M. le Président, notre collègue y a fait référence en en parlant comme étant une mesure. C'est vrai, c'est un changement de pratique qui est extrêmement important. Mais c'est une mesure qui se mesure. Et, quand notre collègue me demande : Comment il va y avoir de gens, à la fin, qui seront passés à l'accès adapté, quel sera le délai entre la prise de rendez-vous et le rendez-vous, et ainsi de suite?, bien, il y a un élément, dans la loi n° 20, qui est essentiel pour justement faire des mesures, et c'est notre système de prise de rendez-vous électronique, sur une application Web, Rendez-vous santé Québec. C'est cet outil-là, cet outil-là, qui est un incontournable, qui sera le levier principal pour faire en sorte qu'on puisse faire la mesure.

Comment le levier peut-il nous permettre de faire une mesure? Bien, moi, je peux vous dire que, quand ce sera en application, là, et que tous les médecins se seront inscrits... pour le moment, ce n'est pas une obligation, mais, lorsque tous les médecins s'y seront inscrits, vous et moi et ceux qui nous écoutent vont, sans aucun doute, aller prendre un rendez-vous sur l'application, et, à partir du moment où on prend rendez-vous sur l'application, il y a une entrée, un «log», et cette entrée-là nous permet d'avoir le point de départ. Vous imaginez, M. le Président, en termes analytiques, tout ce que l'on peut faire avec ça? Imaginez la chaîne de ce que l'on a mis en place : prises de rendez-vous, rendez-vous, CRDS, le centre de rendez-vous pour les soins spécialisés. Alors, à la question qui est posée régulièrement dans des sondages ou des enquêtes, bien, on pourra donner... faire une démonstration factuelle, données précises à l'appui. C'est une révolution dans notre capacité de transformer et d'analyser la transformation de notre système.

Je comprends qu'en entendant ça notre collègue va être encore plus enthousiaste dans le déploiement de l'accès adapté. Mais actuellement, là, aujourd'hui, aujourd'hui, là, le 2 mai 1917, la responsabilité de ce...

Une voix : 2017.

M. Barrette : Qu'est-ce que j'ai dit?

Des voix : 1917.

M. Barrette : 2017, excusez-moi. Ça doit être à cause du député de Mercier, 1917, c'est plus dans ses cordes historiques. Mais c'est un lapsus politique.

Alors, je comprends que, le 2 avril... 2 mai 2017, on n'est pas là, là, ça demeure la responsabilité de la FMOQ de faire en sorte qu'on arrive à cette...

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Dans les faits, puis je comprends d'ailleurs, la loi n° 20, ce n'est pas rien que l'accès adapté, on s'entendra, il y a autre chose là-dedans. Alors, en ce qui concerne l'accès adapté proprement dit, l'entente a deux ans, il reste huit mois avant décembre 2017, donc 2018, on est à 2 500 sur 9 500. Le ministre répète, M. le Président, que ce sont les médecins qui doivent déployer, s'engager à déployer. Comprenez bien, là, pas question d'imposer, il est simplement question de savoir où on est rendus, puis je suis un peu étonné de faire en sorte que... et de comprendre que le ministre ne cherche pas à savoir, ne commande pas un bilan sur le déploiement de l'accès... uniquement parce que je présume qu'il souhaite, au-delà de l'application de la loi n° 20, faire en sorte que notre système de santé, au niveau de l'efficacité et de l'accessibilité, soit... atteigne son objectif.

Alors, je me serais attendu à ce que le ministre puisse demander un bilan, histoire de savoir — on est à 2 500, il reste huit mois, il y a encore 60 et quelques pour cent des gens — pourquoi c'est plus difficile. Pourquoi tarde-t-on, au-delà de la mise en place d'un nouveau processus, d'une nouvelle application dont il parle? Alors, je pensais... puis là le ministre me dira qu'il n'a pas besoin, probablement, là, mais je pensais que, si on veut être en mesure de juger de l'efficacité et de l'avancée au profit des patients, il aurait peut-être été intéressant d'avoir un bilan et, à la limite, des cibles jusqu'à ces huit mois-là, pour éviter l'application de la loi n° 20 dans un dossier qui pourrait nous permettre de satisfaire les patients déjà.

Le chef du département régional de médecine générale du CIUSSS de la Capitale-Nationale disait, en l'absence de l'accès adapté, là, là, quand il n'y en a pas... Parce qu'il y en a 2 500, 9 500 ne le font pas. Il dit : En l'absence de l'accès adapté, bien, le patient a trois choix : attendre de deux à trois mois, et là je le cite, «pour voir son médecin»; recourir aux services de soins sans rendez-vous de sa clinique, ce qui signifie parfois attendre plusieurs heures si la clinique n'a pas mis en place un système de rendez-vous de dépannage en vertu duquel le patient doit téléphoner tôt le matin pour obtenir une place dans la journée; ou se rendre à l'urgence si son état exige une intervention rapide, ce qu'on ne veut pas. Ça donne les résultats dont on a parlé plus tôt.

Alors, j'imagine et je comprends, à travers les propos du ministre, que c'est correct, ça va. La pression est sur le médecin. On verra ce que ça va donner. Je pensais que le ministre s'intéressait puis était en mesure de suivre également la progression, pour juger de cette progression-là, mais ça ne semble pas être le cas, parce que le ministère n'a pas de données concernant ce dossier-là.

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

M. Barrette : Bien, des données, M. le Président...

M. Paradis (Lévis) : Bien, on les a demandées.

• (18 h 10) •

M. Barrette : C'est juste que la donnée qui indique que l'adoption, si vous me permettez ce quasi-pléonasmе, de l'accès adapté, bien, il y a un indicateur qui...

Vous savez, un indicateur, c'est bon quand ça indique vraiment quelque chose. Alors, je vais le répéter, M. le Président, puis même je vais revenir un petit peu en arrière, ça va rappeler des souvenirs à nos collègues. Quand j'ai déposé le projet de loi n° 20, j'avais deux options législatives simples : ou bien je statuais de façon militaire dans un projet de loi que chaque médecin allait devoir inscrire tant de médecins... offrir tant de plages de rendez-vous, avoir telle mécanique pour prendre les rendez-vous et avoir telles modalités de reddition de comptes et d'avoir telle multidisciplinarité. Autrement dit, j'avais comme options législatives de mettre en place un quasi-salariat ou bien de mettre en place, moi, un projet de loi, à l'époque, qui allait avoir un résultat similaire mais en respectant le statut légal des médecins actuellement dans notre système, c'est-à-dire celui de travailleur autonome, travailleur autonome qui se verrait évidemment, par l'effet de levier... du levier qui est la loi n° 20, qui serait le même que celui du salariat. C'est ça que j'avais comme options législatives.

J'ai choisi la deuxième option pour toutes sortes de raisons : beaucoup plus flexible en premier, beaucoup plus flexible. Je l'ai dit à plusieurs reprises, je vais le redire à l'instant : On ne peut pas atteindre, on ne peut pas atteindre le taux d'inscription voulu et le taux d'assiduité si on ne change pas sa pratique. Ça n'est pas possible. Et la statistique précise par médecin, par jour, par heure que le député de Lévis, notre collègue, voudrait avoir, bien, il y a un autre élément qui le confirme, qui est le taux d'assiduité.

Puis je vais aller plus loin, M. le Président. Tout le monde, moi inclus, et le président de la FMOQ inclus, eux autres, c'est leur risque et c'était leur peur, nous, c'était la même chose, mais ce n'était pas un risque ni une peur, c'était de même, en augmentant l'inscription, si les gens ne changent pas de pratique, obligatoirement l'assiduité plafonne ou tombe. Parce que l'assiduité, c'est facile si vous êtes à deux jours par semaine puis vous avez 500 patients. C'est assez difficile d'être disponible pour vos patients, mais pas beaucoup. Puis, même si vous n'êtes pas là tout le temps, bien, il n'y en a tellement pas beaucoup que c'est facile d'avoir huit fois sur 10 un patient qui vient vous voir. C'est ça, la réalité.

Ce n'est pas la même chose si on est à deux jours-semaine, par exemple, là, je donne un exemple théorique, et on a 1 500 patients d'inscrits. 1 500 patients d'inscrits, à deux jours semaine, on a beau être sans rendez-vous, là, c'est impossible d'avoir 80 % d'assiduité. C'est ça, la logique. Je l'ai déjà expliqué, ça, à l'étude détaillée. L'assiduité est l'indicateur maître du changement de pratique.

Et qu'est-ce qu'on voit actuellement, depuis qu'on a mis en place la loi n° 20? On voit un taux d'assiduité et un taux d'inscription, les deux augmentent à la même vitesse. Ça, je suis surpris. Je m'attendais à voir un fléchissement. Je ne le vois pas. Bien, ça, c'est une bonne nouvelle pour la population du Québec, parce que ça signifie que, vraiment, les médecins sont en train de changer leurs façons de faire.

Et, quand on va regarder sur le terrain, ce que je fais périodiquement, récemment, là... En 2017 — là, j'ai quasiment peur de redire 1917 — en 2017, M. le Président, je suis allé dans la Capitale-Nationale et ailleurs. Je suis allé dans deux, trois cliniques, M. le Président, je suis allé voir des gens qui sont en accès adapté. Puis on pique une jasette avec les gens qui sont là, le personnel, les patients, les médecins. Et c'est des gens heureux, là, vous n'avez pas d'idée. Le premier commentaire des patients, là : Aïe! C'est vraiment extraordinaire, on a un problème, on appelle, on peut être vu. C'est de l'accès adapté dans le vrai sens du terme, avec des infirmières, des travailleurs sociaux. Les médecins sont plus heureux, le personnel est plus heureux. J'ai rencontré une travailleuse sociale dans une clinique, puis je l'ai prise en retrait un petit peu, puis je lui ai dit : Vous savez, en politique, on parle beaucoup, beaucoup, beaucoup des travailleurs sociaux qui ne sont plus en CLSC. Vous êtes ici. Est-ce que vous trouvez ça vraiment moins bon, pareil ou meilleur? «Dites-le pas, mais j'aime bien mieux ça comme ça.» Parce qu'elle est intégrée dans une équipe, et ainsi de suite.

L'indicateur, il est là, M. le Président. L'indicateur, c'est l'assiduité...

Le Président (M. Merlini) : ...donner la chance au député de Lévis de poser une autre question.

M. Barrette : Puis on continue.

Le Président (M. Merlini) : Oui.

M. Barrette : Bien là, combien qu'il nous reste de temps. Moi, ça ne me dérange pas, là. On continuera après, là. Il me reste à peu près, quoi, deux minutes?

Le Président (M. Merlini) : Deux minutes, oui.

M. Paradis (Lévis) : Très rapidement, M. le Président. On va se déplacer un peu : Hôtel-Dieu d'Arthabaska, le projet d'agrandissement est évoqué depuis 2009. Sept ans plus tard, 2016, le projet a été annoncé par le ministre de la Santé lors des élections partielles dans Arthabaska. C'est maintenant dans le PQI 2017-2027. On le sait, l'urgence est vétuste. C'est un projet attendu par la population. Même si c'est à l'étude, au nom de mon collègue d'Arthabaska qui ne pouvait pas être avec nous aujourd'hui, et qui se fait poser la question régulièrement, je voudrais savoir quels sont les objectifs du ministre pour la première pelletée de terre. C'est quoi, ses prévisions et sa vision? En quelle année le ministre vise-t-il la fin de l'agrandissement? Ça fait longtemps qu'on le souhaite.

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, pour le temps qu'il me reste, ça va me faire plaisir de réitérer ce que je dis à chaque allocution. Je dis ça à chaque fois, je l'ai dit ce matin, c'est le plus gros enjeu. Mais je dis aussi que je veux être le ministre dont on dira qu'il a fait en sorte que les projets qui ont été annoncés se sont réalisés. Il va se réaliser, ce projet-là. Mais quand, M. le Président? Quand il va être prêt. Et c'est facile, c'est très facile. Il y a une loi au Québec. Dossier d'opportunité, plans et devis, et ainsi de suite, dossier d'affaires, réalisation, on a une loi. Et essentiellement, là, chaque étape prend grosso modo un à deux ans, dépendamment de l'étape. Et construire un hôpital ou une rénovation d'hôpital au Québec, là, c'est toujours une affaire, en termes de construction, de trois à quatre ans. Mais c'est toujours comme ça. Alors, moi, M. le Président, la seule réponse que j'ai à faire aujourd'hui : ça suit son cours.

Il est à l'étape de dossier d'opportunité. Il va se réaliser. Il a été annoncé. Puis je vais même vous dire une chose : Nous avons autorisé le dossier d'opportunité le 25 octobre 2016. Ça veut dire qu'en date d'aujourd'hui on a déjà six mois de passés. Et, pour passer la prochaine étape, là, qui va être dans à peu près un an, un an et quelques mois, pas plus... C'est comme ça que ça se passe dans tous les dossiers. Il va arriver.

Alors, je termine là-dessus, parce qu'il me reste quelques secondes : population d'Arthabaska, vous avez raison de penser à voter libéral à la prochaine élection. Nous allons réaliser notre projet parce que nous réalisons ce que nous annonçons.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange.

Et, compte tenu de l'heure, je suspends donc les travaux de la commission jusqu'à 19 h 30, où nous poursuivrons notre mandat. Bon appétit à tous.

(Suspension de la séance à 18 h 16)

(Reprise à 19 h 33)

Le Président (M. Merlini) : À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons reprendre nos travaux. Je vous rappelle que la Commission de la santé et des services sociaux est réunie ce soir afin de poursuivre l'étude

des crédits budgétaires du volet Santé et accessibilité aux soins du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2017-2018.

Puisque nous avons débuté nos travaux à 19 h 33, et qu'une période de deux heures doit être consacrée à l'étude de ces crédits de ce soir, et puisqu'on avait eu consentement de terminer à 21 h 45, j'ai besoin maintenant de votre consentement pour poursuivre nos travaux jusqu'à 21 h 48. Est-ce que j'ai votre consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Merlini) : Le consentement est donné, alors merci. Nous allons débiter ce soir avec le groupe parlementaire formant le gouvernement. Qui aura l'honneur de débiter? Mme la députée de Fabre, la parole est à vous pour votre premier bloc ce soir.

Mme Sauvé : M. le Président, merci. Alors, je veux saluer, bien sûr, les collègues et je veux saluer le ministre et toute l'équipe derrière lui. Alors, c'est un grand plaisir pour moi d'intervenir sur un sujet qui me tient bien à coeur, vous le comprendrez. Je veux parler des supercliniques. Alors, au début, je vais commencer, là, avec un ton un peu plus neutre, mais je sens que l'enthousiasme va me gagner au fur et à mesure de mon allocution. Je me laisserai aller, M. le Président.

Alors, dans un premier temps, il y a eu l'annonce, bien sûr, le 25 avril 2016, l'annonce pour la venue des 50 supercliniques à travers le Québec. Un petit bilan très rapide, à ce jour, le ministre l'a déjà mentionné, nous en sommes à 12 supercliniques qui ont donc été annoncées, 34 groupes de médecins qui ont manifesté un intérêt dans les annonces de supercliniques. Il y a eu tout d'abord, en novembre, une superclinique à Montréal; ensuite, en décembre, à Sherbrooke; une première en Montérégie au mois de février; trois supercliniques dans le Nord-de-l'Île-de-Montréal au mois d'avril, le 11 avril; et bien sûr, hier, l'annonce des six supercliniques à Laval.

Alors, M. le Président, je me donne la permission, je me donne le droit d'être très heureuse, excessivement heureuse de cette belle annonce qui a eu lieu hier parce que... pour bien des raisons. Et je sais qu'on reviendra... Il y a des préoccupations du côté des oppositions, mais je suis très heureuse pour les citoyens de Laval, pour les citoyens de mon comté.

D'abord, je suis résidente de Laval depuis 25 ans. Avec ma famille, et tout ça, alors on a eu, bien sûr, à se prévaloir des services de santé, des soins de santé dans les différentes cliniques. Je suis en lien avec les acteurs de Laval, dont les acteurs en santé, depuis une vingtaine d'années. Et, depuis que je suis députée, j'ai été à l'écoute de mes citoyens, qui m'ont dit : À quand une première superclinique dans le comté? Quand les supercliniques vont arriver à Laval? Parce qu'il y avait un besoin grandissant de soins facilement accessibles pour les citoyens. Il y a beaucoup de jeunes familles dans mon comté. Il y a beaucoup de jeunes familles dans l'ensemble du territoire. Alors, c'était très, très attendu. Alors, oui, je suis très enthousiaste pour les citoyens de Laval.

Quand j'entends les préoccupations des oppositions par rapport à cette merveilleuse annonce d'hier, j'entends, bien sûr, un peu le portrait de ce qui se passe à Laval. Et là j'ai une petite fibre, un peu, de chauvinisme lavallois parce que, quand on parle de ma région, il faut connaître ma région. Alors, je me permets de dire qu'il y a une dynamique particulière à Laval. Il y a des acteurs qui se parlent, à Laval. Et c'est au coeur du modèle unique qui est né par rapport aux supercliniques, dont je parlerai plus tard.

Je sais aussi que, dans les préoccupations des oppositions, on se dit : Bien, c'est des cliniques déjà existantes. Mais ce sont des cliniques qui ont de l'expertise. Ce sont des cliniques qui sont là depuis... quelques-unes d'entre elles, depuis des décennies, qui n'ont pas été en mode de stagnation depuis tout ce temps. Ces cliniques-là ont développé l'expertise d'évolution de leurs services et de leurs offres de services en soins de santé avec les besoins de la population. Pour moi, c'est une force vive. Ce n'est pas un problème.

L'autre aspect aussi dans les préoccupations des oppositions, on parle qu'il n'y a pas eu négociation, les médecins, et tout ça. Moi, je peux vous dire très sincèrement qu'il y a eu des groupes de médecins très enthousiastes à penser à un modèle unique pour répondre aux besoins. Et c'est à ça que le ministre a répondu, à l'écoute de la réalité démographique, géographique unique de Laval. Alors, oui, il y a eu véritablement une négociation, et je peux vous le dire.

Alors donc, la superclinique, elle offre, bien sûr, des services. L'objectif, c'est désengorger les urgences, donc l'urgence, bien sûr, de la Cité-de-la-santé, à Laval. Et j'étais très enthousiaste d'entendre, entre autres, la P.D.G. du CISSS de Laval, Mme Caroline Barbir, qui était là à l'annonce hier et qui disait : Moi, j'avais un rêve que l'urgence de la Cité-de-la-santé puisse se désengorger enfin. Enfin, ça arrive. Alors, c'est une femme très passionnée et qui est un pilier dans la communauté lavalloise. Alors, elle a eu un cri du coeur hier, lors de l'annonce. Première région au Québec, première région au Québec où ils ont une desserte complète pour le territoire de Laval. Et, oui, oui, il y a eu un modèle unique qui a été pensé, qui a été réfléchi pour s'adapter aux besoins de la population. Alors donc, je nomme évidemment les six GMF qui, donc, vont devenir supercliniques : Concorde, Centre médical Laval, Médicentre Chomedey, Sainte-Dorothée, Sainte-Rose, Polyclinique Fabreville.

Tantôt, je vous ai parlé des cliniques qui existent depuis un certain temps. On avait le plaisir, hier, d'être dans la Polyclinique médicale Concorde, qui existe depuis 1973. Et, la polyclinique Concorde, un de ses fondateurs, c'est le Dr Perrier, qui était là hier, d'ailleurs, et qui était très, très content, bien sûr, de l'annonce. Mais il a été au coeur de la fondation de cette clinique-là. Il a pensé l'offre de services au fil des ans. Il a fait évoluer d'une façon extraordinaire l'offre de services en soins de santé. Et, oui, effectivement, autant pour le dossier électronique médical certifié, autant pour l'imagerie médicale, c'est au rendez-vous, mais il continuera de faire évoluer son offre de services soins de santé pour, bien sûr, répondre aux critères de la superclinique.

• (19 h 40) •

Alors, le modèle, il est là. C'est vraiment 76 heures par semaine pour quatre supercliniques, et deux, donc, qui vont assurer en rotation le 12 heures par jour du lundi au dimanche. Donc, une offre de services accessible pour les citoyens.

Ce que l'opposition a oublié de dire, c'est que c'était en fait une double annonce hier. Ce n'était pas seulement le déploiement et l'annonce des six supercliniques, mais c'était aussi la réservation en ligne pour la prise de rendez-vous sur Internet. Et ça, c'est aussi assez extraordinaire d'avoir un rendez-vous aussi rapidement, donc la journée même ou le lendemain, très, très rapidement. Le projet pilote à Laval, on verra ce que ça donnera, mais c'est une réponse directe, accessible vers les supercliniques, pour le citoyen, à tous les jours. Le ministre de la Santé disait hier : «Je salue les médecins, les professionnels de la santé qui ont décidé de s'embarquer dans ce projet, qui aura nécessairement un impact positif pour la population.»

On parle de supercliniques, on parle de structures. J'ai le goût de vous parler de personnes, d'humains. Moi, je crois à ce modèle-là, unique à Laval, pour les personnes qui sont autour de ce modèle-là, ce sont les facteurs de succès du modèle lavallois. Premièrement, les citoyens lavallois, qui ont été écoutés, qui ont pu exprimer leurs besoins, auxquels tout le monde ensemble souhaite répondre par une offre accessible, premier élément de succès. Deuxièmement, le ministre de la Santé, qui a entendu la réalité démographique et géographique de Laval, qui a entendu l'expression des médecins, qui étaient proposeurs de solutions, et son ouverture à adapter le modèle, avec une priorité pour les citoyens lavallois, dans un modèle de rotation, un modèle unique, deuxième élément humain. Troisième élément humain, les médecins, les groupes de médecins, qui se sont concertés, qui se sont parlé, qui ont décidé d'une solution commune pour leur région, avec le ministre, dans le dialogue qu'ils ont eu, tout le personnel et professionnels de santé avec eux, toutes ces équipes qui sont prêtes à faire le bout de chemin pour faire évoluer l'offre de service actuelle, troisième facteur de succès. Ensuite, bien sûr, il y a, je l'ai nommée, Mme Caroline Barbir, qui est la P.D.G. du CISSS de Laval. C'est une femme engagée, c'est une femme experte, une femme de cœur et d'action. D'ailleurs, dans son mot, lorsqu'il y a eu le plan d'action régional au niveau de la santé publique — ça la définit tellement bien — elle disait ceci : «Nous travaillons avec passion pour prendre soin de la l'ensemble de la population, en vue d'accompagner tout un chacun vers une meilleure santé et un bien-être optimal.» Voilà l'ensemble des facteurs humains au cœur du modèle lavallois. Voilà des voies de succès pour un modèle qui va fonctionner, j'en suis convaincue. Vous avez compris mon enthousiasme, M. le Président, qui est à peine dissimulé.

Alors, j'aimerais poser la question suivante au ministre. J'aimerais que le ministre puisse clarifier qu'effectivement, dans le modèle lavallois, il y a eu ce dialogue-là, cette négociation avec les médecins pour un modèle unique et que nous sommes véritablement en mode de déploiement opérationnel progressif.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Fabre. M. le député de La Pinière et ministre de la Santé, à vous la parole.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Je vais profiter de l'occasion pour saluer le chef de la deuxième opposition. J'ai constaté qu'il nous suit sur les médias sociaux et particulièrement sur Twitter. Et, très amicalement, je vais lui rappeler que, même s'il vient de tweeter, il y a quelques minutes, que ce n'est pas ça qu'il a dit... bien, je vais ramener la citation qui vient de nos enregistrements. Ici, le 12 avril dernier, le chef de la deuxième opposition, dans un point de presse, a dit ceci : «Il faut être capable d'éviter que 40 % des patients se retrouvent à l'urgence de façon inutile — on est bien d'accord là-dessus. Ces personnes-là doivent voir, dans une clinique privée ou publique, un médecin de famille.» On est bien d'accord là-dessus, parce que c'est ce qu'on fait. «Comme, si je prends l'exemple dans ma région, dans Lanaudière, bien il n'y en a pas, de GMF ouvert sept jours sur sept.» C'est la citation précise, M. le Président.

Comme vous savez, les points de presse qui sont faits à l'Assemblée nationale sont...

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Oui, M. le député de Lévis, question de règlement?

M. Paradis (Lévis) : ...211, M. le Président...

Le Président (M. Merlini) : Oui, l'article 211.

M. Paradis (Lévis) : Question de pertinence. On n'a pas une question concernant les supercliniques. Je ne vois pas ce que vient faire cette explication-là, compte tenu de la question précise de la députée au ministre.

Le Président (M. Merlini) : Oui, effectivement, nous sommes à l'étude des crédits, où l'article 211 a une portée plus large qu'en étude détaillée. Et le volet que nous étudions présentement, c'est le volet Santé et accessibilité aux soins. Alors, en faisant référence à des groupes de médecins GMF, on parle essentiellement d'accessibilité aux soins. Donc, il n'y a pas d'appel au règlement qui peut être fait sur ce que le ministre vient de dire. M. le ministre, vous avez la parole.

M. Barrette : Et je continuerai sur votre lancée, M. le Président, et sur la lancée de nos collègues qui ont dit dans leurs commentaires que c'est important, notre étude de crédits. Il y a même une phrase qui a été prononcée : Il faut que la vérité sorte. Bien, quand la vérité ne circule pas sur les médias sociaux, dans la période actuelle, où il y a des organisations politiques et autres qui tentent de créer littéralement un climat d'information imprécise, bien, je pense qu'on ne peut pas rater aucune occasion de rectifier la situation. Aucune.

Alors, si le chef de la deuxième opposition officielle, qui mandate le député de Lévis de parler en son nom et qui se donne la possibilité de s'exprimer, lui aussi, à propos de notre étude de crédits... Il m'apparaît tout à fait approprié

de rappeler au chef de la deuxième opposition, et au travers du député de Lévis, que, non, ce n'est pas vrai, là, que, dans Lanaudière, il n'y a pas aucun GMF ouvert sept jours sur sept. Il y en a 13 sur 19. Je peux même rappeler au souvenir de notre collègue qui nous écoute une carte géographique qu'il connaît. Et il voit, là, que les GMF ouverts sept jours sur sept sont bien répartis sur son territoire.

Ceci dit, pour répondre précisément à la question de ma collègue de Fabre, alors, oui, il y a eu des négociations, M. le Président, puis on va faire un peu la genèse de cette négociation-là. Le premier groupe, depuis qu'on a mis en place la loi n° 20, qui s'est avancé à entreprendre une réflexion et une négociation organisationnelle territoriale est celui de Laval. Le premier groupe de médecins, sur un territoire défini, une région administrative complète, qui a choisi d'engager une conversation avant même une négociation sur cette possibilité-là, qui était et qui demeure extraordinaire.

C'est vrai, ce que ma collègue a dit, M. le Président, c'est la première région géographique où l'ensemble des gens sur le territoire se sont réunis et ont choisi de s'organiser. C'est extraordinairement méritoire. Il faut le souligner à gros traits, le répéter, le répéter, le répéter. Ils ne sont pas obligés de faire ça. On l'a entendu aujourd'hui, il y en a qui voudraient l'imposer. Ce n'est pas une bonne idée. Les transformations qui sont un succès à long terme sont celles pour lesquelles les gens concernés se sont appropriés la transformation. Il y a un mouvement sur le terrain qui va dans cette direction-là, et c'est louable. Va-t-il arriver à terme, à destination? Je le souhaite. Beaucoup de gens le souhaitent. Je suis sûr que nos collègues le souhaitent aussi. J'en suis convaincu. Bien, du moins, je l'espère. Mais c'étaient les premiers, bien avant d'autres. Et, comme ils étaient les premiers, ils ont été les premiers à négocier quelque chose avec nous, avec leur fédération. Parce que, je l'ai expliqué, par l'article 25 de l'entente, la fédération est impliquée là-dedans. Et ils sont arrivés comme étant les premiers à une solution qui était acceptable pour eux.

J'ai trouvé que c'était une bonne idée. Pourquoi? Et là je vais vous le dire, pourquoi, M. le Président. C'étaient les premiers. On sait bien, M. le Président, qu'à partir du moment, dans un environnement comme ça, où on dit qu'il n'y en aura pas 50 par unité territoriale, donc, c'est un peu premier arrivé, premier servi, on sait bien que, dans une circonstance où les gens se regardent, où ce n'est pas clair si les gens vont embarquer, pas embarquer, puis là les gens se regardent un peu comme des chiens de faïence... Et là, à un moment donné, dans ces situations-là, en négociation, c'est assez simple, hein? À un moment donné, il y en a un qui traverse la ligne, puis tout le monde traverse. C'était ça, l'enjeu.

Alors, contrairement au commentaire qu'a fait, plus ou moins élégamment, ma collègue de l'opposition officielle, je n'ai pas plié l'échine. Dans la circonstance très claire où il fallait démarrer la chose, bien, l'effet d'entraînement requis, recherché par une première entente négociée, comme ma collègue de Fabre l'a dit, bien, c'est drôle, ça a donné exactement l'effet escompté. On aurait pu l'annoncer avant. On ne l'a pas annoncé avant pour des raisons purement administratives. Et on l'a annoncé, mais c'était su dans le milieu. Puis on est passés, d'un coup, de Laval à 12, et ça, c'est méritoire.

L'autre personne qui est extrêmement méritoire, M. le Président, là-dedans, c'est la présidente-directrice générale du CISSS de Laval, Mme Caroline Barbir, qui a été la première à entreprendre cette démarche-là de conversation avec le milieu de première ligne, parce que le CISSS de Laval est un CISSS qui embrasse complètement le principe qui sous-tend la loi n° 10, qui est celui de l'intégration de tous les services. C'est elle qui a le mérite, avant moi, parce qu'elle a entamé ces conversations-là. Elle m'a appelé à un moment donné. On a eu des premières rencontres, et d'autres, avec elle et les différents groupes de médecins. Et on est là aujourd'hui.

Et je souscris aux commentaires de ma collègue. C'est vrai que c'est une bonne nouvelle pour la population. C'est vrai que c'est la première région qui s'intègre comme ça. C'est vrai que ça va donner des données qu'on va analyser et qui vont montrer le succès. C'est vrai que la population de Laval va en bénéficier, alors que la tendance qui était là avant, pour laquelle rien n'a été fait en 2013... En 2012 et 2014, la tendance, elle s'en allait vers la détérioration. Nous avons renversé la tendance. Et, dans les faits, la transformation est en train de se faire. Au bénéfice de qui? La population, qui le mérite et qui le demande. Merci, M. le Président.

• (19 h 50) •

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Maintenant, nous avons un bloc avec l'opposition officielle et sa porte-parole. Mme la députée de Taillon, la parole est à vous. Vous avez un bloc de 19 minutes.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, à la page 238, dans les questions de l'opposition officielle, dans le volume 1, à la question 113, il est écrit : «D'ici le 31 décembre 2017...» Donc, à une question qu'on a posée : Quel est le nombre de personnes devant être prises en charge par un médecin de famille d'ici décembre 2017 pour atteindre l'objectif ministériel de 85 %, donc, on voit, là, on a un délai de huit mois pour atteindre le délai et le 85 % promis, enfin, que le ministre a consacré, finalement. Il a dit aux Québécois en 2014, quand il a été élu : Moi, je choisis cette voie pour améliorer l'accès. Je vous demande d'attendre jusqu'au 31 décembre 2017, mais, au 31 décembre 2017, je vous promets que ça va être réglé et que, là, 85 % des Québécois vont avoir accès à un médecin de famille.

Alors, on a entendu le ministre, à plusieurs occasions, dire qu'il y avait 500 000 personnes qui étaient inscrites depuis, dans le fond, la loi n° 20. La loi n° 20, elle a été adoptée le 10 novembre 2015, donc ça fait 18 mois, et il y a eu 500 000 personnes. Donc, la réponse à la question 113 que nous avons posée : Combien il faut de personnes qui doivent être prises en charge avant décembre 2017?, la réponse est : 834 391 personnes doivent être inscrites à un médecin de famille afin d'atteindre l'objectif d'inscription de 85 % de la population admissible.

Or, ma question est simple : Est-ce que le ministre pense que l'ensemble des médecins vont atteindre cet objectif-là?

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

M. Barrette : Bien, je répondrai par, je pense, la meilleure réponse que je peux donner, mais de deux manières : Oui. En partant, oui, O.K.? Mais évidemment c'est tributaire de l'effort que la FMOQ va y mettre. On s'entend, là, la

FMOQ a signé une entente sans menace, sans pression. Là, vous allez dire que la loi n° 20 était une pression, là. Oui, mais, dans le cadre de la loi n° 20, à partir du moment où elle a été déposée, il n'y a pas eu de pression additionnelle pour que le comportement des médecins soit au rendez-vous. Et c'est dans ce cadre-là que les médecins ont dit : O.K., M. le ministre, vous l'avez mise, votre loi, là. On ne l'aime pas, mais c'est correct, on a compris le message, pas de vous, mais bien de la population, et on va livrer. Et c'est en ce sens-là qu'il n'y a pas eu de pression. Et ils se sont engagés volontairement, sciemment à arriver là.

Donc, moi, je pense que c'est faisable. Il n'y a aucun doute pour moi que c'est faisable. Pour la FMOQ, ça doit être faisable parce qu'ils ont dit... ils se sont engagés pour le faire, puis ils en parlent encore aujourd'hui comme étant quelque chose de faisable. Alors, la réponse est oui, des deux bords. Mais je ne peux pas le garantir parce que c'est une loi qui est construite pour imprimer un changement. Maintenant, c'est aussi une loi qui est faite pour que, si le changement ne s'exerce pas, ne se matérialise pas, il y a des conséquences.

L'autre option, je l'ai dit cet après-midi, l'autre option aurait pu être de mettre les médecins à salaire. Je sais que c'est arrivé à quelques reprises que d'autres parlementaires dans cette Assemblée aient évoqué ça. Ça a déjà été évoqué. Je ne pense pas que c'est la bonne voie parce qu'il y a plein de travers à ça. Et d'ailleurs ce n'est pas une voie qui est nécessairement prise par la majorité du monde médical dans l'Occident. Ça n'aurait pas nécessairement amené le même résultat non plus.

Je prends, à titre d'exemple, le réseau de médecins universitaires français. Ils sont à salaire. C'est une catastrophe en termes d'accessibilité. On a été obligés, en France, d'inventer des nouveaux concepts, là, la T2A, puis tout ça, des choses de ce genre-là, pour imprimer là aussi un virage vers une forme améliorée de productivité. On pourrait dire que, dans le monde occidental, c'est les mêmes problèmes et les mêmes comportements ou les mêmes résultats des mêmes attitudes. Mais, dans tous les cas, quelqu'un, un jour ou l'autre, a pris une décision pour imprimer un changement, et c'est ce qui a été fait.

Est-ce que je peux garantir que ça va arriver? Évidemment que non. Est-ce que j'ai confiance que ça va arriver? Certainement que oui, aujourd'hui, compte tenu de ce que je vois sur le terrain.

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

Mme Lamarre : Alors, je veux juste mettre en évidence, pour les gens qui nous écoutent, que le ministre parle constamment de 500 000 personnes inscrites, on se rappelle que, quand on est inscrit, on n'a pas nécessairement accès à notre médecin, mais inscrites, et qu'il en reste encore... Donc, 500 000 en 18 mois, et il en reste 834 391 à inscrire dans le huit mois qui reste. Et ça, ça veut dire 85 % des gens, seulement, qui vont avoir un médecin de famille. Si jamais cette étape du 834 000 personnes inscrites est atteinte, il n'y aura que 85 % des gens du Québec qui seront inscrits à un médecin de famille encore. Et il restera donc encore 1,2 million de Québécois qui ne seront pas... qui n'auront pas de médecin de famille. Alors donc, on voit qu'il y a encore une grande difficulté.

En Ontario, les rapports de l'Institut canadien de l'information nous disent que 8 % seulement des Ontariens n'ont pas de médecin de famille. Or, au Québec, on est encore à 25 % aujourd'hui. Et, en Montérégie, qui est ma circonscription et le secteur aussi où le ministre est élu, on a 32 % de personnes qui n'ont pas accès à un médecin de famille. C'est incroyable. Dans certaines régions de Montréal, c'est 40 % des gens. Et donc il y a des endroits, même, comme Hochelaga-Maisonneuve et Montréal-Nord, où on a à peine deux médecins de famille pour des dizaines de milliers de personnes. Alors, j'invite le ministre à peut-être prévoir des moyens autres que ceux qui ont été prévus pour faire en sorte que la population ait accès. Si ce n'est pas possible d'avoir accès à un médecin de famille, d'avoir accès au moins à un professionnel, à une professionnelle.

On a parlé des IPS un peu tantôt. Je voudrais juste savoir si le ministre est capable de nous dire si, lui... Parce qu'il a plein de pouvoirs, on l'a vu depuis trois ans. Est-ce qu'il va donner pleine autonomie aux IPS, comme c'est le cas partout ailleurs où on a des infirmières qui ont cette formation-là d'infirmière praticienne spécialisée? Alors, la réponse est simple : Est-ce que... La question est simple : Est-ce qu'il va donner pleine autonomie aux infirmières praticiennes spécialisées?

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

• (20 heures) •

M. Barrette : Bien, c'est une question, évidemment, à plusieurs volets. Il y a un volet commentaire et il y a un volet question. Je vais passer rapidement à la réponse de la question. Par définition, M. le Président, les infirmières ont des actes pour lesquels, dans la loi, elles... à propos desquels elles sont autonomes. Je ne vais quand même pas aller au contraire de la loi. Alors, certainement qu'elles auront leur autonomie dans les secteurs où elles ont légalement une autonomie. C'est bien clair.

Maintenant, je vais rappeler un ou deux éléments à nous tous et toutes, et particulièrement à ma collègue. M. le Président. Pour être inscrit, il faut avoir vu un médecin. Le médecin, là... Quand notre collègue dit : Ça ne veut pas dire qu'on voit le médecin, bien c'est parce qu'encore une fois notre collègue, peut-être, n'a pas saisi un des éléments de fonctionnement de l'inscription. On ne peut pas être inscrit sans avoir vu le médecin. C'est la condition sine qua non, M. le Président. Alors, quand on dit qu'on ne le voit pas, ce n'est pas le cas. On ne peut pas être inscrit sans en avoir vu.

Maintenant, pour ce qui est du guichet, M. le Président, c'est quelque chose de vivant. Ce n'est pas 800 000 personnes, ou 500 000 personnes, ou 400 000 personnes qui sont les mêmes tout le temps, il y a une rotation là-dedans. Le guichet, oui, c'est vrai, il est victime de son succès. Il y a plein de gens qui sont inscrits à partir du guichet, et, au même moment, de nouvelles personnes viennent s'inscrire. Pour quelle raison? Le médecin prend une retraite. Ils apprennent maintenant, peut-être, que le guichet, ça fonctionne. Mais, les personnes qui sont là, là, c'est vrai qu'ils sont

encore dans un nombre significatif, mais il y en a un méchant paquet qui ont vu leurs demandes honorées, là, remplies. Ils ont eu accès à un médecin de famille, ils sont inscrits. Il y en a d'autres qui sont venus derrière. Et c'est vrai que ce guichet-là doit diminuer, c'est vrai. Il y a des endroits, M. le Président, là, où on a plus de 93 % de patients inscrits, puis il en reste encore quelques-uns sur le guichet.

Alors, c'est sûr qu'en Chambre, ici, on va toujours citer le quartier où il n'y a pas une grande inscription, c'est sûr. Parce qu'évidemment, si la règle est que c'est un succès, on doit mettre en évidence l'exception. C'est le jeu de la politique d'aujourd'hui. Mais il n'en reste pas moins, M. le Président, qu'aujourd'hui, en date du 31 décembre, il y a quand même 560 000 personnes de plus qui sont inscrites et qu'à tous les jours, aujourd'hui, il y a encore des gens qui sont inscrits, comme il y a des gens qui arrivent au guichet d'accès. Et on s'attend à ce que, d'ici la fin de l'année... Parce qu'encore une fois on est à mi-chemin dans l'entente, on a dépassé le point médian et on s'attend à ce que les choses s'accélèrent. C'est ce qui a été convenu. C'était normal d'avoir peu de gens au début parce que c'était la transformation des pratiques.

Alors, laissons aller les choses. Au lieu d'annoncer le pire des scénarios, pourquoi ne pas dire : Ça va bien, et on s'en va exactement vers l'objectif. Pourquoi ça, c'est une phrase qui ne peut pas être prononcée dans la bouche des membres de toutes les oppositions?

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

Mme Lamarre : Je comprends donc que, pour le ministre, là, l'autonomie des IPS, ça s'arrête aux 30 000 \$ que ça rapporte aux médecins de les superviser et qu'il n'est pas prêt à leur permettre d'exercer correctement en CLSC, par exemple, de façon autonome.

Le Président (M. Merlini) : Un instant. Un instant, Mme la députée de Taillon. Vous avez une question de règlement, M. le ministre? En vertu de quel article?

M. Barrette : Oui. Alors, on me prête des intentions. «Je comprends donc que le 30 000 \$ s'arrête à x, x, x.» Je n'ai même rien évoqué qui s'approchait de ça, alors comment peut-on comprendre que j'ai dit ça? C'est un commentaire extrêmement négatif : «Je comprends donc que». Je n'ai pas dit ça et je n'ai fait aucune évocation de quoi que ce soit qui vient d'être dit.

Le Président (M. Merlini) : Je ne crois pas, M. le ministre, que l'intention était malicieuse de la part de la députée.

M. Barrette : Oh! jamais que je ne dirais «malicieuse».

Le Président (M. Merlini) : Non, non, mais elle ne prête pas d'intention avec ce qu'elle vient de dire, M. le ministre. Ce n'est pas une question de règlement. À vous la parole, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : M. le Président, je pose des questions et, en l'absence d'une réponse, j'essaie de tirer la conclusion, parce que la population nous écoute, là, puis je peux vous dire que les commentaires que je reçois, c'est : On n'a pas de réponse. Vous avez des bonnes questions, mais les réponses n'arrivent pas. Alors, j'essaie d'aider le ministre à me donner des réponses et je pense que ce qu'on veut entendre, c'est...

Est-ce que le ministre serait prêt, par exemple, à donner pleine autonomie aux infirmières praticiennes spécialisées pour qu'elles travaillent dans une clinique ou dans un CLSC sans la supervision d'un médecin, comme ça se fait partout ailleurs dans le monde? Ma question est précise, le ministre peut répondre oui ou non, et ça va répondre parfaitement à la question, puis tout le monde va avoir une image claire.

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, je vais vous montrer ici, là, parce que, malheureusement... Je suis rendu tellement jeune, c'est nouveau pour moi, là, je ne suis plus habitué à travailler avec des ordinateurs qui ne sont plus à écrans tactiles. Ça, c'est un signe. C'est un signe de changement ou bien donc c'est un signe de... temps de changer nos ordinateurs. C'est un ou c'est l'autre.

Quand notre collègue, M. le Président, me demande si je suis prêt à faire en sorte que les infirmières soient, au travail, totalement autonomes, et qu'elle s'exprime en disant : Je comprends que le ministre ne veut pas me répondre et n'est pas pour que le travail soit complètement autonome, et que vous me dites que je ne peux pas faire cet appel au règlement là — ce n'est pas grave, M. le Président, je vais quand même illustrer la problématique — quand elle me pose cette question-là, ou bien elle ne sait pas ce qui est dans la loi, ou bien elle le sait et elle a un autre objectif parlementaire, qui ressemble à ce qu'on entend aujourd'hui, dans les dernières semaines, toujours, toujours, toujours une information qui est loin de la réalité, dans le cas présent, légale. Je ne peux pas croire que notre collègue ne soit pas au courant que, pour l'infirmière praticienne spécialisée, dans la loi — ce n'est pas à moi de décider ça — dans la loi, il y a des actes qui peuvent être exercés de façon autonome et il y a des actes qui doivent se faire avec, potentiellement, l'intervention d'un médecin.

Je vous donne l'article 8.5. Je vous donnerai la loi un petit peu plus tard, parce que, là, c'est une question de souris que je n'ai pas. Alors, je vous le lis, je vais le lire. Alors, ça, c'est le chapitre M-9 du Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale. Alors, M. le Président, à l'article 8.5 de cette loi, on dit ceci, et je vais en faire la lecture, M. le Président, parce que c'est extrêmement pertinent, et ça commence ainsi : «L'infirmière praticienne spécialisée...» C'est vraiment terrible, cette souris-là. «L'infirmière praticienne spécialisée...»

Mme Lamarre : ...Collège des médecins, c'est quoi, les activités que les infirmières praticiennes spécialisées vont pouvoir faire...

M. Barrette : M. le Président, je pense que...

Le Président (M. Merlini) : Un instant, un instant! En vertu de l'article 36, on ne peut pas interrompre...

Mme Lamarre : Non, mais là il étire le temps.

Le Président (M. Merlini) : ...on ne peut pas interrompre la parole... La parole est au ministre. À moins que vous aviez une question de règlement à apporter. Vous n'en avez pas? M. le ministre, s'il vous plaît, brièvement.

M. Barrette : Alors, M. le Président, j'en fais la lecture parce que c'est très pertinent. Et je comprends que ça met mal à l'aise notre collègue, parce que, vous allez voir, c'est gênant.

«L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne demande obligatoirement l'intervention du médecin partenaire dans les cas suivants :

«1° son évaluation ne lui permet pas d'identifier clairement le problème de santé courant, les critères pour initier le traitement médical ne sont pas clairs ou la situation dépasse les compétences de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, notamment en présence d'un des facteurs suivants.»

La phrase que je viens de lire, M. le Président, dit : Infirmières praticiennes spécialisées, vous êtes autorisées à faire a, b, c, d, mais, s'il y a un doute, vous devez obligatoirement vous en référer au médecin partenaire. Et les cas suivants sont clairs :

- «a) un signe ou un symptôme persistant ou récurrent auquel on ne peut attribuer une cause;
- «b) un signe, un symptôme ou un résultat d'analyse par imagerie ou de laboratoire suggérant la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée;
- «c) un symptôme ou un résultat d'analyse démontrant le déclin ou l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système;
- «d) un symptôme, un signe ou un résultat d'analyse de laboratoire suggérant une infection récurrente ou persistante;
- «e) une manifestation...» Mais, M. le Président...

Le Président (M. Merlini) : Oui?

M. Barrette : ...je comprends que, pour des raisons de gestion de temps, vous vouliez m'arrêter.

Le Président (M. Merlini) : Il le faut, effectivement.

M. Barrette : Mais je fais la démonstration, la démonstration que, quand on me pose la question : M. le ministre, êtes-vous prêt à vous assurer que l'infirmière praticienne spécialisée travaille de façon totalement autonome?, c'est lé-ga-le-ment impossible parce que... oui, pour les gestes pour lesquels la loi prévoit une autonomie, mais non pour la totalité.

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

Mme Lamarre : M. le Président, le ministre nous a démontré depuis trois ans que ce qui était légalement possible et impossible, il avait un excellent contrôle là-dessus et qu'il pouvait avoir énormément d'imagination, énormément de capacité à innover des lois et à interdire ou à ajouter des actions. Je prends, à titre d'exemple, le projet de loi n° 130 dans lequel il s'attribue le privilège d'abolir les privilèges des médecins du Québec. Je pense qu'en termes de pouvoir c'est très puissant. Et, quand je lui dis que l'ensemble des infirmières praticiennes spécialisées ailleurs dans le monde sont capables d'exercer sans la supervision d'un médecin, je sais très bien qu'il comprend ce que je veux dire, mais qu'il fait exprès. Et, s'il choisissait de donner plus d'autonomie aux infirmières, s'il choisissait, il a plein pouvoir législatif, parce qu'il fait énormément de lois et il introduit énormément de projets de loi, il nous en a fait la démonstration.

M. Barrette : ...

Le Président (M. Merlini) : Un instant, M. le ministre.

Mme Lamarre : Alors donc, ce que je comprends, c'est que le ministre n'a pas l'intention de donner plus de...

M. Barrette : ...

• (20 h 10) •

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre, vous avez une question de règlement?

M. Barrette : Article 70. M. le Président, on vient d'atteindre des sommets de prêt d'intentions. Dans la première partie de la phrase, on me prête l'intention de ne pas vouloir utiliser mon pouvoir et, dans la deuxième partie, on me prête l'intention de ne pas avoir l'intention. C'est le boutte, là!

Le Président (M. Merlini) : Je vais reprendre ce que j'ai dit dans la session de cet après-midi, je vous invite tous à une prudence dans les propos et dans ce qui est dit de part et d'autre de cette table. Ça se déroule bien. Les questions sont posées dans l'ordre. Les réponses sont données avec autant de vigueur que les questions sont posées. J'aimerais qu'on continue dans cette veine. Aviez-vous terminé votre question?

Mme Lamarre : J'ai terminé ma... J'ai une autre question, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Vous avez une autre question? Alors, allez-y avec votre autre question.

Mme Lamarre : Alors, à la page 117 du même cahier, on indique qu'il y a un certain nombre de médecins de famille pour lesquels les postes sont vacants et également un certain nombre de spécialistes dont les postes sont vacants, c'est-à-dire, donc, qu'on n'a pas assez de médecins de famille pour les combler et on n'a pas de spécialistes. On le voit, le ministre, dans ma question, cet après-midi, au niveau des anesthésistes pour la région de Kamouraska, a dit que c'était difficile de trouver des anesthésistes durant l'été. Donc, on a un certain nombre de postes qui ne sont pas comblés. On a 56 places de médecin de famille qui n'ont pas été comblées cette année. Le ministre a annoncé, il y a quelques semaines, qu'il y avait un surplus de 2 000 médecins et que, donc, pour lui, il fallait absolument diminuer, déjà, les cohortes universitaires. Moi, je vous avoue qu'actuellement on a 20 000 médecins puis, de toute évidence, on ne réussit pas à offrir des médecins de famille à tous les Québécois. Alors, personnellement, si on en avait 22 000, ou 23 000, ou 25 000 et qu'on réussissait à avoir une meilleure offre, moi, je ne pense pas que, pour la population, ça pose de problèmes.

Alors, est-ce que le ministre peut nous expliquer pourquoi ça poserait plus de problèmes? Parce qu'on sait que les médecins sont rémunérés au niveau d'une enveloppe fermée. Alors, c'est sûr que, si on a une enveloppe fermée, donc un montant déterminé, si on a 2 000 médecins de plus qui partagent cette enveloppe-là, ça se peut que ça en fasse un petit peu moins pour chacun, mais, pour la population, ça va améliorer et augmenter l'offre de services, et c'est ça qu'on a besoin de donner comme garantie à la population aujourd'hui. C'est ce qu'elle attend, la population, actuellement.

Alors, pourquoi le ministre résiste-t-il à cet accroissement potentiel, alors que les besoins ne sont pas remplis et qu'il ne nous en manque pas juste quelques-uns, là : 564 médecins de famille, 611 spécialistes et 56 places libres pour les médecins de famille cette année?

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Taillon. M. le ministre, votre réponse sera sur le temps du gouvernement. À vous la réponse.

M. Barrette : Sur le temps du gouvernement? Très bien. Alors, je vais partir mon chronomètre.

M. le Président, on va revenir un petit peu en arrière. Dans le prêt intempestif d'intentions dont j'ai été l'objet à propos des infirmières praticiennes spécialisées, je vais quand même réitérer deux choses, que sait notre collègue. Elle le sait. Elle le sait très bien. Savez-vous pourquoi elle le sait? Parce que, dans sa vie passée, elle a été présidente d'un ordre professionnel, l'Ordre des pharmaciens. Grand bien lui en fasse. Mais elle est bien au fait de ce qu'est le rôle, et le pouvoir, et le contour légal d'un ordre professionnel. Et, quand la députée de Taillon s'amuse à me dire et à dire à l'univers que j'ai le pouvoir d'imposer telle ou telle chose en termes de pratique et des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées, elle sait parfaitement que ce n'est pas d'un iota sous ma juridiction. Ce n'est pas chez moi, ça. Je ne fais pas ces règlements-là. Je n'ai pas de pouvoir, en ma fonction de ministre de la Santé et des Services sociaux, d'agir sur les ordres professionnels, et elle le sait très bien. Et, si elle le sait, et qu'elle fait ces affirmations-là, et qu'elle pose ce genre de question là, bien, je pense que les gens peuvent faire leur propre idée de la finalité de son intervention. C'est très clair.

Alors, j'ai démontré d'une façon non équivoque, M. le Président, non équivoque, que les infirmières praticiennes spécialisées ont des actes pour lesquels leur travail est autonome et ont des actes qui exigent une collaboration minimale avec un médecin partenaire. Le règlement n'est pas écrit avec des mots choisis au hasard. Alors, quand la députée de Taillon me pose une question en sachant très bien, là... tout le monde a compris qu'elle sait tout ça, en disant que moi, je n'ai pas l'intention d'utiliser mon pouvoir, sachant que je n'ai pas le pouvoir, «boy», M. le Président, là, quand on regarde ça, quand on est un spectateur, ce n'est pas très, très, très jojo, politiquement.

Mais, pour montrer mon intérêt envers les praticiennes spécialisées, M. le Président, moi, j'ai envoyé une lettre au Collège des médecins — ça, j'ai le droit d'envoyer une lettre au Collège des médecins, j'ai le droit d'évoquer ou d'exprimer mon opinion ministérielle — le 10 avril 2016 et je dis ceci : «Je vous réitère l'importance que nous accordons à ce que l'IPS puisse exercer en toute autonomie en conformité de son champ d'exercice auprès de différents types de clientèle, et ce, peu importe le lieu d'exercice.» Mes mots sont choisis, «en conformité de son champ d'exercice», et «je réitère l'importance que nous accordons — que j'accorde — à ce que l'IPS puisse exercer en toute autonomie en conformité avec la loi», hein?

Alors, je demande même, M. le Président, au Collège des médecins... Je n'ai pas le pouvoir. J'ai le pouvoir de le demander. Alors, je demande, dans la lettre en question : «Cependant, un travail d'information auprès des membres du Collège des médecins du Québec devra être effectué afin de rappeler aux médecins partenaires — c'est le texte de la loi, M. le Président, c'est drôle, hein? — que la supervision médicale est prévue uniquement pour des candidates IPS en attente de leur certificat de spécialiste. Une IPS certifiée est en mesure de suivre sa propre cohorte de patients en toute autonomie et imputabilité. Elle réfère à des médecins partenaires lorsque la condition de santé de son patient nécessite des activités thérapeutiques qui dépassent son champ d'exercice.»

C'est clair dans ma lettre. C'est clair dans la loi. Mais il y a une chose qui est claire ici aujourd'hui, M. le Président, c'est que, quand je prends la parole ou que j'écris des textes, ils ne sont pas biaisés et ils sont conformes à l'état des lois et règlements d'aujourd'hui. Ça serait le fun que les questions qui sont posées le soient également.

Pour ce qui est...

Le Président (M. Merlini) : Monsieur... Oui, pardon.

M. Barrette : Bien non, il y avait un deuxième volet, M. le Président.

Pour ce qui est des effectifs médicaux, alors là, M. le Président, là, je n'en peux plus. Les interventions de notre collègue sont toujours à l'effet d'avoir plus d'infirmières, plus d'autres professionnels et moins de médecins, et là, aujourd'hui — et je suis convaincu que la présidente et le président des deux fédérations médicales, s'ils sont à l'écoute, vont sabrer le champagne — la collègue, le Parti québécois dit aujourd'hui qu'il nous faut plus de médecins. Bon, honnêtement, c'est la première fois que j'entends un commentaire positif envers les médecins. Alors, c'est ce qu'on nous dit. Alors là, il nous faut plus de médecins et plus d'infirmières. Il nous faut plus de plus. J'ai hâte de voir le prochain programme électoral puis j'ai hâte de voir l'analyse budgétaire de ce qu'ils vont faire, là.

Ceci dit, M. le Président, ceci dit — vous me dites que c'est sur mon temps — alors, ceci dit, M. le Président, nous faisons des projections, des projections sur plus de 20 ans. Et je rappellerai à notre collègue, je rappellerai à notre collègue qu'aujourd'hui, avec les projections que nous avons faites, nous pourrions en arriver à un surplus de médecins. Nous ne voulons pas, personne, arriver à un surplus de médecins. Actuellement, nous avons un nombre approprié de médecins, qui est encore, au net, en croissance. Et on le sait que, pour voir un médecin arriver en pratique en médecine de famille, c'est sept ans, parfois huit, et, en médecine spécialisée, c'est 10, parfois 11, parfois 12, parfois 13. À un moment donné, là, on doit prendre une décision basée sur des faits, et des faits... Ce n'est pas compliqué, il y a une population qui croît à une certaine vitesse, dont le profil démographique change : c'est prévisible. On a des cohortes qui ont un comportement qui change : c'est prévisible. Et on doit en arriver à un équilibre, un équilibre qui est un peu du bord du surplus plutôt que du bord de la pénurie. Mais jamais ne doit-on arriver à un surplus du genre de l'Europe, où... Quiconque connaît le moindrement l'Europe sait que le surplus européen entraîne obligatoirement une surconsommation des services médicaux. Ça, ça coûte des sous. Ce n'est pas bon pour la population. Ça a des effets délétères contre lesquels on doit se prémunir.

Alors, quand on regarde la projection que l'on fait, M. le Président — je vais vous le donner le chiffre, là, à l'instant — on va se retrouver en... Ah! ce n'est pas le bon tableau, je m'excuse. Mais je peux vous dire que le nombre de médecins, au net, continue à augmenter année après année chez les spécialistes, chez les médecins de famille, jusqu'en 2031.

• (20 h 20) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Nous avons un bloc d'échange maintenant avec le gouvernement, auquel il reste 11 m 45 s. M. le député d'Argenteuil, la parole est à vous.

M. St-Denis : Merci, M. le Président. Alors, M. le ministre, je vais pouvoir vous donner la possibilité de poursuivre sur votre lancée, parce que tantôt vous avez évoqué un dossier sur une citation du chef de la deuxième opposition et puis vous m'avez scoopé un peu, parce que je voulais vous la faire, la citation, parce que je voulais vous en faire parler, du nombre de GMF qu'il y a dans Lanaudière. Puis là je vais vous la poser directement. De même, on ne se fera pas invoquer un 211, là, vous allez pouvoir répondre. On va être à propos.

Donc, le 12 avril dernier, le chef de la deuxième opposition et député de L'Assomption disait : « Actuellement, dans les urgences du Québec, 40 % des patients auraient dû être vus dans une clinique par un médecin de famille. Or, actuellement, le gouvernement libéral a cédé au lobby de la FMOQ, qui préfère qu'on ouvre quelques supercliniques ouvertes sept jours sur sept plutôt que d'exiger que tous les GMF, tous les groupes de médecine de famille soient ouverts sept jours... » Je vous fais la remarque parce que moi aussi, je suis tanné que les gens se servent de leur tribune pour donner de l'information qui n'est pas la bonne à la population.

Puis là il continue sa citation en disant : « Il faut être capables d'éviter que 40 % des patients se retrouvent à l'urgence de façon inutile. Ces personnes-là doivent voir, dans une clinique privée ou publique, un médecin de famille. [...] Comme, si je prends l'exemple dans ma région, dans Lanaudière, bien, il n'y a pas, de GMF ouvert sept jours sur sept. »

M. le ministre, tantôt... si je vous refais la citation, c'est parce que la question que je voulais vous poser... c'est parce que je voulais les connaître, ces cliniques-là. Moi, j'ai été 25 ans... J'ai habité dans Lanaudière puis je le sais, qu'il y a des cliniques qui fonctionnent très bien. Alors, moi aussi, j'ai été surpris d'entendre ça et je voulais avoir vos commentaires sur cette citation-là, si vous vouliez compléter les commentaires de tantôt, là, parce que, comme je vous l'ai dit, on ne se fera pas invoquer de 211, la question est claire. Et j'aimerais ça que vous nous les donniez pour que la population le sache, là, sur les 19 GMF, les 13 qui sont ouverts sept jours sur sept. Je veux les connaître. Je les connais, mais je veux qu'on les dise à la population.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député d'Argenteuil. M. le député de La Pinière et ministre de la Santé.

M. Barrette : Bien, M. le Président, je vais donner suite à la question qui m'est posée, parce qu'en plus c'est intéressant, ça donne des informations qui vont nous faire visiter un peu ce magnifique coin de pays qui est celui qui est à peu près dans le comté du chef de l'opposition officielle, là... de la deuxième opposition, pas officielle, mais la deuxième opposition.

Alors, les GMF qui sont ouverts sept jours sur sept, M. le Président, il faut les nommer. Le GMF de Saint-Donat, un GMF de niveau 1, qui s'occupe de 8 000 personnes. Le GMF Felimedic, de niveau 2. Niveau 2, ça veut dire qu'il donne 30 000 sans rendez-vous par année et il s'occupe d'une population inscrite de 11 700 personnes. Le GMF de la Matawinie — pour ceux qui ne savent pas c'est quoi, la rivière Matawin, là, c'est une rivière qui est en haut, dans le Nord, dans la forêt, qui se jette dans la rivière Saint-Maurice. C'est magnifique, il faut le faire en canot, très joli — alors, niveau 2, 12 000 patients inscrits, sept jours sur sept. GMS Rousseau-Montcalm — son collègue, hein, il doit savoir c'est où — niveau 4, 24 000 patients inscrits. Niveau 4, là, c'est 50 000 sans rendez-vous par année, sept jours sur sept.

Le GMF Clinique médicale Mascouche, niveau 3, ça, c'est 40 000 sans rendez-vous, 16 000 patients inscrits. Le GMF de L'Assomption — ça, c'est chez eux — niveau 6. Niveau 6, M. le Président, ça, là, c'est le top du top, tu ne peux pas avoir plus d'inscriptions que ça, on n'a pas de niveau 7. Alors là, c'est un niveau 6. Le niveau 6, là, c'est parce que c'est 70 000 rendez-vous par année, là, 21 000 patients inscrits. Le GMF de Le Gardeur, niveau 4, 16 000. GMF de Mascouche, niveau 3, 15 000 patients inscrits. GMF des Seigneurs, niveau 4, 17 000 patients inscrits. GMF Polyclinique Le Gardeur... Ah, monsieur! On a une... Bien, ça, je ne le savais même pas, on a maintenant un GMF qui est rendu au niveau 7. Et ça, là, c'est un gars de ma classe qui est là, c'est un gars qui fait un travail extraordinaire. Je le salue aujourd'hui, là, il est très bon : 28 000 patients inscrits, 28, niveau 7. Je ne pensais même pas qu'on en avait. Mais, le connaissant, mon collègue, je peux vous dire que je ne suis pas surpris. Puis il fait de l'urgence à l'hôpital en plus, en passant. Imaginez. Ce n'est pas surprenant qu'il soit de niveau 7. GMF St-Charles, niveau 2, 10 000 patients inscrits. GMF St-Paul — St-Paul, là, là, j'avoue que je ne sais pas où il est, celui-là — niveau 6, 22 000 patients inscrits. GMF Valmont-Boisé-Lanaudière, niveau 3, 15 000 patients inscrits. M. le Président, là, c'est du monde là, ça, là.

Je m'excuse, j'ai fait un petit lapsus, par exemple. Ça, ce n'est pas des supercliniques, c'est des GMF. Quand je vous donnais les sans rendez-vous, c'était pour les supercliniques. J'ai fait un lapsus, dans mon enthousiasme très connu et légendaire. Les niveaux en question ici sont par rapport aux patients inscrits. Mais, quand on a un niveau 7 et qu'on a 28 000 patients inscrits, là, c'est une ville, ça. Alors, ça, les GMF que je viens de nommer, là, ils sont, un, tous ouverts sept jours sur sept. Et, à l'oeil, là, c'est essentiellement 150 000... 140 000, 150 000 personnes prises en charge par ces gens-là.

Puis imaginez, M. le Président, que ça, c'est en train de s'améliorer grâce à la loi n° 20. Je remercie mon collègue d'Argenteuil de m'avoir posé la question pour pouvoir illustrer l'effet positif de la transformation que l'on faisait. Et, tant qu'à faire, je vais aussi rappeler que le PQ s'est engagé à ce qu'il y ait 300 GMF d'ici, je pense, 2020, de mémoire. Nous, on l'a dépassé, là, cette année. On est en 2017, puis on est rendus à 302 officiels, et on en a 11 autres sous analyse, et je ne vois pas vraiment pourquoi ils ne seraient pas autorisés, parce qu'ils remplissent tous les critères, ce qui signifie que, d'ici la fête des Mères, on devrait, à l'oeil, comme ça, là, être rendus à 313.

Pourquoi on est rendus à 313, M. le Président? Parce qu'on a réussi à convaincre même les jeunes de s'en aller dans une pratique médicale qui est en GMF. C'est au-delà des espérances du Parti québécois. C'est au-delà même de ce qu'avait proposé en 2003 le chef actuel... en 2002, le chef actuel de la deuxième opposition, quand il a été à l'origine des GMF. Alors, on avance, M. le Président, et on avance dans le bon sens, parce qu'on a mis les bons leviers.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député d'Argenteuil. Il vous reste un peu plus de quatre minutes.

M. St-Denis : Alors, merci, M. le Président. Merci, M. le ministre, pour votre réponse. Je voulais justement que vous nous parliez de la cible de 300 GMF, mais vous y avez déjà répondu. Mais je voulais savoir... Dans les petites communautés, comme dans mon comté, si on parle de la ville de Lachute et des villes environnantes, on sait qu'il n'y aura pas de superclinique à cause du nombre de la population, mais comment ça se déploie, des GMF, les ententes, pour qu'on augmente l'offre de services, le nombre d'heures d'ouverture, etc., dans toutes les petites régions du Québec? Les gens, je pense qu'ils veulent savoir un peu. On se fait poser beaucoup de questions, et puis surtout chez moi aussi. Donc, comment on arrive à augmenter l'offre de services?

Le Président (M. Merlini) : M. le ministre.
• (20 h 30) •

M. Barrette : M. le Président, si on revient au principe fondamental de base, le principe de base de la création d'un GMF, je le rappelle... La raison pour laquelle on favorise le modèle GMF... bien, il y en a plus qu'une, il y en a une, deux, trois. La première, c'est que, du côté médical, il est préférable que des médecins, pour une raison d'émulation, soient en groupe. Ça, c'est clair que c'est préférable. C'est bien démontré que la pratique isolée, solo, peut entraîner possiblement une perte d'expertise. Pas nécessairement. Je dis «peut». Le fait d'être en groupe permet une émulation, ce qui est favorable.

La pratique en GMF, telle qu'on la conçoit, exige une pratique interdisciplinaire. Je l'ai dit souvent, on veut que ce soit le point de service multiprofessionnel où les gens vont aller. Pas besoin d'aller voir un médecin pour, après, aller voir une infirmière praticienne spécialisée ou encore aller voir un travailleur social. Alors, ça, là, le fait d'avoir l'équipe interdisciplinaire sur un seul site, il y a une plus-value, et la collégialité, l'interaction entre ces gens-là, une autre plus-value, additionnelle.

Un GMF de base, ça doit être composé de 10 personnes. Pourquoi? Parce qu'il y a des maladies, il y a des congés de maternité, il y a des congés, il y a des vacances. Puisqu'on recherche une accessibilité sept jours sur sept, on essaie de commencer ça à 10 ou d'arriver rapidement à 10 pour couvrir les sept jours. C'est pour ça qu'on a plusieurs niveaux de GMF. Le premier niveau, là, ce n'est pas ouvert sept jours sur sept, parce que c'est un premier niveau, là, ils sont cinq, six, et on sait qu'ils vont se rendre éventuellement... c'est de semer la graine, ils vont se rendre 10, 15, 20, il n'y a pas de limite supérieure, il n'y en a pas. Sept, là, c'est pas mal. Il n'y en a pas, ils peuvent se rendre à 10, s'ils veulent, comme niveau, là, grosso modo. Alors, le 10, il vient de là. Mais ça, c'est une vraie transformation. Et qu'est-ce que ça fait, ça? Ça fait que, dépendamment si les médecins font de l'hôpital ou non, un GMF de 10 personnes va prendre en charge 10 000 à 15 000 personnes, puis c'est ça, grosso modo, les ratios envisagés.

Et là arrive l'enjeu ultime qui est celui de la répartition géographique. Et là j'arrive à la question qui m'est posée par mon collègue d'Argenteuil : Comment ça se passe dans une région moins peuplée, une région où la petite ville ou le village n'a évidemment pas 10 000 personnes? Bien là, ça demande à ce que les médecins soit se rejoignent dans un endroit

mitoyen, dans une région donnée, qui couvre 10 000 personnes, ou soit se scindent en un ou deux groupes supplémentaires, et là travaillent ensemble, et collaborent pour offrir le service à la même population. C'est un peu l'enjeu qu'il y a dans le comté de mon collègue, Argenteuil. L'enjeu pour nous, c'est d'amener des effectifs en nombre suffisant dans la région pour que les médecins s'organisent en interdisciplinarité pour offrir la totalité des services.

Et c'est ce que l'on fait, nous distribuons géographiquement les médecins sur le territoire, qui, eux, dépendamment de leur situation, doivent s'organiser. On comprendra que c'est plus facile en ville, où la densité est beaucoup plus grande. Ça demande plus de souplesse en région, comme dans celle de notre collègue, mais ça se fait. Ça se fait. Alors, je vois très bien, moi, un GMF, dans le comté de mon collègue, qui pourrait chevaucher Morin-Heights, par exemple, avec Lachute, mais un groupe en interdisciplinarité, et là on a la possibilité de décliner ça presque à l'infini.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Maintenant, pour le deuxième groupe d'opposition, et votre bloc de cette soirée est de 20 minutes, à vous la parole... Ah! Mme la députée de Saint-Hyacinthe. Alors, bienvenue et à vous la parole pour ce bloc d'échange.

Mme Soucy : Merci, M. le Président. Alors, je suis venue vous parler de l'Hôpital Honoré-Mercier. Il n'y a aucun pédopsychiatre de garde à l'hôpital de Saint-Hyacinthe. Lorsque l'hôpital reçoit un enfant ou un adolescent qui requiert des soins d'urgence ou une hospitalisation en psychiatrie, vous comprendrez que l'hôpital, il ne peut pas le revirer de bord en lui disant qu'ils ne peuvent pas offrir le service. Alors, évidemment, ils doivent veiller à sa sécurité le temps de trouver un autre hôpital pour qu'ils le prennent en charge.

À l'heure actuelle, aucun corridor de services n'a été mis en place. On me dit que le seul hôpital en Montérégie qui serait en mesure d'hospitaliser un jeune en pédopsychiatrie serait l'Hôpital Charles-Le Moyne, mais Charles-Le Moyne ne veut pas s'entendre pour établir un corridor de services, alors, la plupart du temps, refuse que Saint-Hyacinthe envoie, transfère un jeune qui a besoin de soins à cet hôpital-là.

Bon, la conséquence, évidemment, dernièrement, suite à un refus de l'Hôpital Charles-Le Moyne, une travailleuse sociale de l'hôpital Saint-Hyacinthe a perdu une journée à magasiner une urgence qui voulait bien qu'on lui transfère le jeune patient qui avait besoin d'être hospitalisé ou de voir, du moins, un pédopsychiatre. Alors, savez-vous où on a envoyé le citoyen de Saint-Hyacinthe? A l'urgence de Joliette. Oui, à Joliette. 110 kilomètres, 1 h 35 min de voiture sans trafic. Alors, évidemment, on voit qu'il y a une problématique ici.

Je vais vous citer un autre dossier juste pour que vous voyiez l'ampleur de cette problématique-là. Une jeune patiente avec des idées suicidaires arrive par ambulance à Honoré-Mercier. Évidemment, pas de pédopsychiatre, pas d'entente de corridor de services, et Charles-Le Moyne refuse qu'on lui transfère cette patiente-là. Conséquence, bien, il a fallu que l'hôpital mette en charge un gardien de sécurité pendant 72 heures pour surveiller la patiente.

Alors, la question, M. le Président, s'adresse au ministre : Pouvez-vous vous assurer que le DSP de la Montérégie-Centre réponde à la demande d'entente de corridor de services, alors en espérant que Charles-Le Moyne fasse preuve d'une meilleure collaboration que nous avons eue dans le dossier de traumatologie, puisqu'encore à l'heure actuelle les citoyens de la grande région de Saint-Hyacinthe sont envoyés à Sacré-Coeur au lieu d'aller à Charles-Le Moyne comme ça devrait être?

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Saint-Hyacinthe. M. le...

Une voix : ...

Le Président (M. Merlini) : Oui, excusez-moi.

Mme Soucy : M. le Président...

Le Président (M. Merlini) : Oui, allez-y.

Mme Soucy : ...en terminant, j'aimerais rappeler à M. le ministre que la Montérégie est sous-financée en santé, et elle est excessivement sous-financée également en santé mentale.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Saint-Hyacinthe. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, notre collègue de Saint-Hyacinthe a abordé trois sujets, alors, même si les questions à la fin ou les remarques ont été ponctuelles, mais pertinentes, j'en conviens, je vais quand même répondre d'une façon plus... pas si élaborée, mais de façon suffisamment élaborée.

Je commencerai par rappeler quand même... Notre collègue de Saint-Hyacinthe me donne l'occasion de rappeler l'investissement de 45 millions de dollars pour l'agrandissement et la mise à niveau de l'urgence et des cliniques externes de son hôpital. Je pense que nous avons fait là un choix judicieux, qui est apolitique, hein? C'est vraiment, encore une fois, des choix qui sont posés sur la base de la nécessité. Il y a une nécessité qui était claire, et on a fait cet investissement-là donc, de 45 millions de dollars, qui était très attendu par et la population de Saint-Hyacinthe et les équipes professionnelles, médicales et nursing de l'hôpital.

Maintenant, pour les trois... les deux autres sujets ou les trois autres sujets que la collègue a abordés, je vais y aller dans l'ordre inverse parce que c'est plus simple. On pourra y revenir, ça ne me dérange absolument pas, mais on va y aller dans l'ordre inverse, ça m'apparaît plus simple.

La gestion de la traumatologie au Québec a des critères qui sont très clairement établis et qui fonctionnent. Ce ne sont pas des critères à finalité territoriale. Ce n'est pas : je viens de telle région, je dois rester dans telle région. Ce sont des critères, oui, régionaux, au sens où, dans chaque région du Québec, on doit avoir un centre de référence où envoyer les patients selon la gravité du traumatisme. Et il se trouve que, dans la grande région de Montréal, il a été convenu, après expérience... puis c'est empirique, les fondements étaient très, très clairs, mais on a constaté qu'il était préférable pour certains niveaux de trauma de faire en sorte que les patients soient amenés soit à l'Hôpital général de Montréal soit à l'Hôpital Sacré-Coeur.

Ce n'est pas un caprice, ce n'est pas un jugement négatif envers la Montérégie, c'est dans l'intérêt du patient. Alors, dans l'intérêt pour tel niveau de trauma, il va aller à Saint-Hyacinthe. Pour tel autre niveau de trauma, il va aller à Pierre-Boucher. Pour tel autre niveau, les plus graves, le patient va être transporté soit à l'Hôpital général soit à Sacré-Coeur, et ça, ce n'est pas une décision politique, c'est une décision organisationnelle sur la base de risque clinique. Et ça, je ne pense pas qu'on puisse discuter de ça autrement. Ce n'est pas politique, cette affaire-là. Mais je comprends la question de la collègue, par contre, et la demande d'information à ce sujet-là.

• (20 h 40) •

Pour ce qui est du déséquilibre dans le financement, c'est vrai qu'il y a un déséquilibre en Montérégie. C'est vrai. Mais nous avons été, M. le Président, le premier gouvernement, celui-ci, là... On a été le premier gouvernement à diriger des sommes pour corriger le déséquilibre entre certaines régions, incluant la Montérégie. On l'a fait une fois l'année dernière, et on le refait cette année, et on va le refaire l'année prochaine parce que c'est nécessaire. On l'a fait et on le fait parce que... Ô surprise! Je vais vous dire qu'on le fait parce qu'on a des marges de manoeuvre financières, parce qu'on est revenu à l'équilibre budgétaire. Je le répète, l'équilibre budgétaire, c'est la base, le squelette de la société. Il n'est pas dans un placard, ce squelette-là, il est au vu et au su de tout le monde. Et ce squelette-là est celui qui nous permet d'opérationnaliser des gestes positifs pour la population, notamment en distribuant des sommes d'argent de façon asymétrique pour corriger des déséquilibres. Pas d'équilibre budgétaire, pas de correction. Et c'est la raison pour laquelle le Parti québécois n'a pas pu, lui, dans ses deux années et demie... ses 18 mois, pardon, il n'a pas pu, lui, corriger les déséquilibres budgétaires, parce qu'au lieu de construire des hôpitaux, construire des nouveaux services, il construisait des déficits, c'est ça, la réalité.

Maintenant, quand on arrive à la question de la pédopsychiatrie, ça, c'est un peu plus complexe. Notre collègue me demande de m'assurer que le DSP agisse de telle ou telle manière. En même temps, je me rappelle que le parti au nom duquel elle parle a reproché... m'a reproché, à plusieurs reprises, d'avoir trop de pouvoirs. Non, comme ministre, je n'agis pas au niveau des DSP. Et je n'ai pas la connaissance de l'épisode, que je considère vrai, là... Je ne peux pas contester la parole de notre collègue, moi, je suis sûr que, de très bonne foi, elle nous raconte une histoire particulière, qui, effectivement, est particulière. Je n'en ai pas la connaissance, M. le Président, je ne peux pas la commenter, je ne peux pas m'engager à agir sur un DSP.

Par contre, il y a une problématique, au Québec, c'est vrai, puis elle est partout sur le territoire, la pédopsychiatrie, c'est vrai qu'on n'est pas en surnombre de pédopsychiatres, c'est vrai, là, ça. Je n'ai pas le pouvoir non plus, moi, d'imposer, des gens, à aller se former en pédopsychiatrie, ce n'est pas quelque chose qu'on peut imposer. La pédopsychiatrie, c'est une branche de la psychiatrie. Quand on entre dans la résidence de psychiatrie, on entre en psychiatrie, certains peuvent aller, alors c'est leur volonté, c'est leur choix, en pédopsychiatrie, d'autres peuvent ne pas y aller.

Le Président (M. Merlini) : Mme la députée de Saint-Hyacinthe.

M. Barrette : J'y reviendrai.

Le Président (M. Merlini) : Oui. Mme la députée de Saint-Hyacinthe.

Mme Soucy : Oui. Alors, écoutez, je sais que vous ne pouvez pas du jour au lendemain envoyer des pédopsychiatres à Saint-Hyacinthe, je suis consciente de ça. Ce que je vous demande, par exemple, c'est : Pouvez-vous assurer — j'ai les dates devant moi, là — qu'on arrête d'envoyer... de donner des congés après des tentatives échouées de transfert de patients ayant besoin de jeunes... ayant besoin de services de pédopsychiatrie, d'arrêter de les envoyer chez eux parce qu'il n'y a pas de succès? Charles-Le Moyne ne veut pas les prendre, puis on ne trouve pas aucun hôpital... bien, en fait, près, pour les prendre. On me dit qu'en Montérégie, puis vous devez le savoir, en Montérégie, c'est le seul, Charles-Le Moyne, à pouvoir prendre... à pouvoir hospitaliser des jeunes en psychiatrie.

Alors, s'ils ne veulent pas les prendre, on en fait quoi? On les envoie chez eux, comme c'est arrivé, là, au mois de février et mars dernier? Tu sais, vous êtes le ministre, là, je vous dis qu'il y a une problématique à ce niveau-là, je veux juste qu'on s'assure que les patients arrêtent d'être renvoyés chez eux parce qu'on ne trouve pas de façon de s'entendre avec Charles-Le Moyne pour qu'ils prennent les patients.

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

M. Barrette : M. le Président, je comprends la portée de l'intervention de notre collègue. Il est évidemment extrêmement difficile pour moi de commenter cette situation-là, là, mais, en ce qui me concerne, il y a des corridors de services, et ce que j'entends, c'est une critique sur des décisions médicales qui ont été prises. Moi, je n'ai aucun problème, si on m'alerte d'une situation comme c'est fait maintenant, à m'engager à travailler à résoudre un problème, s'il y a un

problème, mais, de partir, comme base, d'un épisode pour lequel, un, moi, je n'en ai pas la connaissance et, je vais peser mes mots, je n'en ai vraiment pas la compétence... Je ne suis pas psychiatre, là, ce n'est pas simple de même, cette situation-là. S'il y a des problèmes, on est bien prêts à s'y adresser, mais laissez-nous le temps de regarder ça.

Pour ce qui est du fonctionnement de la pédopsychiatrie, M. le Président, s'il y avait consentement, je pourrais demander à mon collègue le Dr André Delorme, qui est lui-même psychiatre et qui est notre directeur de santé mentale... directeur de la direction de la santé mentale au ministère, pour peut-être jeter un éclairage sur le fonctionnement habituel de la pédopsychiatrie dans une région, s'il y a consentement.

Le Président (M. Merlini) : Est-ce qu'il y a consentement pour permettre... Il n'y a pas de consentement. O.K.

Mme Soucy : ...je prends bonne note du ministre qui va travailler à régulariser la situation qui se passe à l'hôpital Honoré-Mercier. Je suis convaincue que le ministère va... le cabinet du ministre va s'en occuper. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci, Mme la députée de Saint-Hyacinthe. M. le député de Lévis, il reste sept minutes à votre bloc d'échange.

M. Paradis (Lévis) : Oui, merci, M. le Président. Bien, c'est ça, à travers des cas, puis on en parle comme ça, puis le ministre dit : Bien, oui, vous apportez des cas puis des gens qui témoignent des situations qui sont difficiles, puis le rôle du ministre, au-delà d'agir comme il agit, c'est aussi d'en prendre conscience, d'en prendre connaissance, et, lorsque ça lui est rapporté, c'est de s'assurer que des choses se passent, et c'est de rassurer, également. Il le dit souvent, il est revenu pendant toute la période de l'étude des crédits à dire : Bien, il faut replacer dans son contexte. Il y en a, là, une histoire qui est humaine puis qui existe. Alors, le ministre l'a dit, là, il dit : Oui, je veux bien être mis au courant puis ensuite agir.

Je vais vous en donner une autre. Ce soir participera, donc, à l'étude des crédits Louise, qui est de Forestville... Parce que ça nous arrive fréquemment, le ministre a probablement eu des avis de ce type-là puis il ne le sait pas, s'il ne le sait pas, bien, il va falloir rassurer Louise, qui nous écrit, qui dit : «Mon mari a 86 ans, doit passer des prises de sang une fois par mois pour régulariser son médicament, c'est le Coumadin. Il a reçu il y a quelque temps une lettre du ministère l'informant que le travail d'analyse serait fait en pharmacie plutôt qu'au CLSC, comme auparavant. Ce service était couvert par l'assurance médicament.» Ce sont des gens âgés. On dit qu'on s'est bien gardé de dire qu'il y aurait dorénavant des coûts. «Notre pharmacie locale a appelé cette semaine pour nous prévenir des coûts rattachés à ces analyses : 11,92 \$ pour l'ouverture du dossier, 5,72 \$ par mois pour chaque résultat d'examen.» Et ce n'est pas la première fois. D'autres personnes nous écrivent pour dire : On demande 18,75 \$ pour l'ouverture du dossier, 5 \$ pour la prise de sang, elle doit se répéter, pour certains, plus vite que le mois requis. Et, pour des aînés, bien, c'en est, des cas, puis c'en est, de l'argent non disponible, et les gens se disent : Il se passe quoi, on ne le savait pas? Comment se fait-il que c'est fait comme ça? On s'informe, on ne sait pas trop. Bien, en ce sens-là, c'est la même chose.

J'informe le ministre d'une situation qui est inquiétante pour des patients âgés, des patients qui souvent sont vulnérables, travaillent pour leur santé. Je demande au ministre s'il peut, M. le Président, rassurer ou, en tout cas, informer Louise, de Forestville, qui dit d'ailleurs : Mon point de service, moi, c'est le CLSC, là, parce que l'hôpital, c'est à 100 kilomètres de chez nous, ce n'est pas facile, pour nous autres, là, pour moi et mon conjoint. Qu'est-ce que le ministre a à répondre à Louise et à tous ceux et celles qui nous écrivent? C'est un problème qui se répète ces temps-ci.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, je remercie notre collègue de m'apporter ce cas de figure là. Et la réponse, c'est : Oui, je vais le regarder, et je vais le regarder pour la province au complet. Si je résume ce que notre collègue nous a dit, il nous dit que le CLSC ne fait plus certains prélèvements. Ça m'étonne, il n'y a pas de consigne à cet effet-là, et, oui, pour elle et d'autres, je vais faire la vérification.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis.

• (20 h 50) •

M. Paradis (Lévis) : J'ajouterai, M. le Président, pour le bénéfice et la connaissance du ministre, que les aînés, selon les informations que j'avais, sont dirigés obligatoirement vers la pharmacie, envoyés vers la pharmacie, c'est ça, mais, je vous le répète, ils n'ont plus le choix d'aller dans le centre hospitalier. Et, dans ce sens-là, les aînés sont inquiets.

Je prends bonne note, M. le Président, que le ministre va s'informer et va être en mesure de vérifier les directives qui sont données pour rassurer les Louise du Québec qui nous font part de leurs préoccupations.

Et une autre préoccupation, élaborée, celle-là, par des gens un petit peu partout dans les régions du Québec : pour la première fois de son histoire, le ministre de la Santé a imposé un contrat de service à une centaine d'entreprises et de coopératives ambulancières et, selon la Corporation des services d'ambulance du Québec, sans s'assurer que le transport des patients soit maintenu partout. Parce qu'eux, ces 105 entreprises, considèrent qu'il serait possible, il serait possible dans certaines régions, que certaines des plus petites entreprises soient obligées de mettre la clé sous la porte ou de couper dans certains services, ce qui, de l'avis de la corporation, pourrait provoquer un bris de service. Évidemment, cette inquiétude, elle se répand, elle se répand auprès des familles, bien sûr, auprès des travailleurs, des paramédics.

Le ministre de la Santé peut-il garantir le maintien intégral du transport ambulancier? Que va-t-il faire si des entreprises ou des coopératives cessaient de transporter les patients ou mettaient la clé sous la porte, tel que décrit par la

Corporation des services d'ambulance du Québec? Et pourquoi le ministre s'est-il retiré de la table de négociation en laissant aux entreprises la responsabilité de négocier avec les syndicats, alors que ce ne sont pas eux qui contrôlent les paramètres budgétaires, ce qui n'avait jamais été fait jusqu'à cette fois-ci, et ce que les ambulanciers eux-mêmes comprennent difficilement?

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le député de Lévis. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je me souviens que notre collègue... en fait, les deux ont déjà abordé la chose. Je pense que c'est la CAQ qui l'a abordée en premier, à ma grande surprise d'ailleurs, parce que la CAQ choisit de s'immiscer politiquement dans une négociation d'affaires. C'est un choix, je ne le critique pas. Je ne fais que constater. Ce n'est pas une critique, je ne fais que constater.

M. le Président, on va mettre les choses dans l'ordre, là. Un, et c'est ça qui est le plus important, le gouvernement du Québec n'est pas l'employeur des ambulanciers qui sont employés par d'autres organisations qu'Urgences-Santé. La CSAQ, la corporation des services ambulanciers du Québec, c'est un regroupement d'employeurs privés, mais vraiment privés, là. Ce n'est pas comme le privé de Québec solidaire ou du Parti québécois, là, non, non. C'est des employeurs privés, des sous-traitants avec lesquels on a un contrat. Alors, quand le député de Lévis me dit que je me suis retiré de la table de négociation, ce n'est pas vrai parce que, ma table, j'y ai été. Ma table à moi, là, dans cet univers-là, c'est entre le ministère, que je représente, et les employeurs que sont les compagnies. J'y étais, à cette table-là, et j'y suis encore.

Alors, au moment où on se parle, là, quand on enlève Urgences-Santé, là... Urgences-Santé, ça couvre 2,5 millions de personnes, ceux avec qui on a eu des ententes, parce qu'il y a un groupe de propriétaires avec lesquels on a signé des ententes, et c'est 2,1 millions de personnes. Et il reste un autre groupe, un plus petit groupe, qui est la CSAQ, qui a joué un autre jeu, que je ne peux pas commenter, M. le Président.

Et là je dois avoir une grande réserve. Pourquoi? Parce que, depuis le début de cette négociation-là, on se retrouve... peut-être pas depuis le début, mais rapidement dans cette négociation-là, on s'est retrouvés dans un environnement judiciaire. Nous sommes devant la cour. Pas nous, mais... oui, nous, parce que la CSAQ nous poursuit.

Alors, c'est de là que vient mon étonnement de l'intervention de notre collègue, parce que je suis surpris de le voir s'immiscer, s'impliquer — peut-être plus s'impliquer que s'immiscer — dans une situation qui est devant la cour. Il me semble que ce n'est ni mon rôle ni son rôle. Et je ne peux pas aller plus loin que de dire que, depuis le début, avec tous les employeurs, on était prêts à négocier, on l'est toujours, dans un environnement approprié et selon des paramètres qui, eux, sont, à quelque part, dictés par le rapport Ouellet, un rapport qui a été demandé par le Parti québécois, qui a été livré sous nous, mais à qui on a donné suite. Un rapport qui dit : Il y a un certain nombre de problèmes et il y a un coût qui est trop élevé. Il y a des ajustements à apporter, et c'est là où on est. Je ne peux pas commenter plus parce que nous sommes devant la cour.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. le ministre. Ça met un terme avec ce bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition. Maintenant, nous allons vers le gouvernement, pour un bloc de 17 minutes, avec Mme la députée de Fabre. À vous la parole.

Mme Sauvé : Merci, M. le Président. Alors, je fais un peu un lien, dans mon intervention, avec la préoccupation de la collègue précédente, qui parlait de la pédopsychiatrie. J'aurais souhaité, c'est dommage, j'aurais souhaité qu'elle soit présente pour entendre ma même préoccupation, celle de la santé mentale, et les investissements, et l'annonce qui a eu lieu, pas plus tard que vendredi dernier. Alors, c'est de ça dont je veux vous parler, M. le Président.

Ça s'inscrit, bien sûr, dans un contexte plus large, cette annonce-là. Ça s'inscrit dans le contexte du deuxième Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Parce que, oui, dans l'histoire de la préoccupation gouvernementale, il faut remonter, dans l'histoire, en 2004, où il y avait vraiment, véritablement une priorité qui était donnée au ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de santé mentale. Ça s'est concrétisé, il y a eu deux plans d'action, 2005-2010 et puis 2015-2020. Quel est l'objectif? Évidemment, de viser l'amélioration de l'accès aux services par la poursuite du développement des services de première ligne. C'est pour ça qu'il y a eu cette annonce vendredi dernier, une annonce historique, celle d'un ajout de 26,5 millions d'aide offerte aux personnes atteintes de troubles mentaux graves. On parle de bipolarité, on parle de schizophrénie, entre autres. C'est excessivement important.

Concrètement, qu'est-ce que ça veut dire, hein, 26,5 millions, concrètement, quelle est la différence? C'est 21 nouvelles équipes, dont 15 millions du 26,5, 15 millions pour 21 nouvelles équipes dans un suivi intensif et de soutien. Très, très important. Et je vais revenir là-dessus. Deuxièmement, un 10 millions de dollars pour mettre sur place 15 équipes de soutien pour une intervention précoce lorsqu'il y a un premier épisode, un épisode psychotique chez les jeunes de façon particulière. Très, très important. 1 million de dollars pour le service d'aide en situation de crise et 500 000 \$ au Centre national d'excellence en santé mentale.

Vous savez, la clientèle visée, c'est une clientèle excessivement lourde. Et il y a des exemples très terrain qu'on peut nommer et qui font appel à cette solution, cette annonce, qui va être excessivement importante pour eux. Dans un premier temps... Et je salue la présence du Dr Delorme, le Dr Delorme est psychiatre et dirige le volet santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Lorsqu'il parle de la clientèle qui est ciblée par cette annonce, il nous parle, entre autres, d'un schizophrène de 55 ans qui était complètement paranoïde. Et il y a eu vraiment de l'aide apportée et il y a un grand travail de réadaptation qui a fait en sorte que cet homme a repris sa vie en main, il est sorti de sa psychose aiguë, il est retourné à l'école, obtenu un emploi. Voilà un exemple très important de ce que peut représenter un suivi intensif.

Avant de faire de la politique, M. le Président, j'ai bien côtoyé des jeunes, de nombreux jeunes qui étaient en difficulté. À titre d'exemple, il y avait un programme qui était important pour des jeunes très éloignés du marché du

travail, qui étaient bien souvent en situation de problématique de santé mentale, en situation de comorbidité. On parle des jeunes de 18 à 24 ans. Qu'est-ce qui arrivait? On avait beau travailler des partenariats avec les acteurs de santé sur le terrain, qu'est-ce qui arrivait avec ces jeunes-là? Premier épisode : urgence de la Cité de la santé, une évaluation psychiatrique, et on perdait le fil. Difficulté de retrouver le jeune. Non pas parce qu'il n'y avait pas des services qui pouvaient être offerts au jeune, mais parce que le jeune qui est dans cette étape de vie, de construction identitaire, de construction de confiance en lui, de l'importance d'appartenir à un groupe, il ne souhaitait pas d'être dans une situation de santé mentale, il ne revenait pas à son deuxième rendez-vous.

La même chose avec un jeune qui avait un diagnostic et qui avait les médicaments. Premier épisode, traitement. Ça fonctionne. Le jeune résiste, le jeune n'accepte pas la situation de santé mentale. Et donc il laisse tomber les médicaments. Vous voyez, ce sont des situations très terrain, très concrètes qui font en sorte que le suivi intensif pour les jeunes, suite à un premier épisode, c'est excessivement, excessivement important.

Et, le programme dont je vous parle, écoutez, juste pour vous donner un état de situation, on avait à peu près une centaine de jeunes par année. Bien, sur cette centaine de jeunes là, il y avait 50 jeunes, la moitié, qui avaient des problématiques, diagnostiquées ou pas, de santé mentale.

Donc, c'est une nouvelle excessivement importante pour la personne de 55 ans, pour l'ensemble des personnes qui vivent des troubles mentaux graves. C'est une excellente nouvelle. Et j'ai le goût véritablement d'en savoir davantage. Alors, je demanderais au ministre la question suivante : Pouvez-vous nous indiquer de façon très précise, très concrète, à quoi vont ressembler la durée et la fréquence de ce suivi intensif et l'intervention précoce après un épisode?

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

M. Barrette : M. le Président, s'il y a consentement, Dr Delorme, qui, encore une fois, non seulement est psychiatre, est directeur à la direction de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux, fait ça. Et, s'il y avait consentement, il pourrait éclairer, m'éclairer même, moi-même, sur ce sujet-là et nous faire... nous dire quelques mots à cet égard-là.

Le Président (M. Merlini) : Alors, est-ce que j'ai le consentement des membres pour permettre au Dr Delorme de répondre? Les membres du gouvernement aussi? Très bien. Alors, Dr Delorme, si vous voulez bien vous identifier pour les besoins audiovisuels, nous dire votre titre, et de répondre à la question demandée.

• (21 heures) •

M. Delorme (André) : Bonjour, André Delorme, psychiatre et directeur de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Alors, j'aimerais peut-être commencer par situer le service et la clientèle que ça vise spécifiquement. Le suivi intensif dans le milieu, le soutien d'intensité variable, c'est un service qui vise essentiellement les schizophrènes et les maniacodépressifs. Pour situer le problème, sachez qu'il y a à peu près 1 % de la population qui souffre de schizophrénie. Ça ne paraît pas beaucoup si je vous dis qu'il y a 1 % des gens à l'Assemblée nationale qui ont les yeux marron. Vous allez dire : Il n'y a pas beaucoup de monde qui a les yeux foncés. Mais, pour situer ça en termes médicaux, c'est extrêmement fréquent. Par exemple, la prévalence de la fibrose kystique, c'est une naissance sur 3 400. Alors, c'est quelque chose de... ça nous paraît encore plus petit et pourtant c'est fréquent. Donc, 1 % de population, là, qui est atteint de cette maladie-là, c'est très, très fréquent en termes médicaux.

Maintenant, la schizophrénie, c'est une maladie chronique. C'est une maladie chronique qui commence, en général, très, très tôt. Ça commence autour de 15, 18, 20, 22 ans. Et là ça veut dire que l'individu a une maladie pour le restant de ses jours. Ça ne veut pas dire qu'il va être handicapé ou qu'il va très mal fonctionner, mais ça veut dire que, par rapport à vous et moi — en supposant que ni vous ni moi, on n'ait une schizophrénie — bien, il a pas mal moins de risques de pouvoir finir sa scolarité, il a pas mal moins de risques de pouvoir rester au travail, d'avoir une famille, parce que la maladie peut être extrêmement envahissante.

En fait, dans le 1 % de la population qui a la schizophrénie, il y en a un 10 %, de ces schizophrènes-là, qui auront le mauvais numéro à la loterie et qui auront un parcours vraiment chaotique. C'est des gens qui seront souvent réfractaires à la médication, pour lesquels... Malgré tous les efforts de la famille, de la communauté et des équipes de traitement, ces gens-là auront une difficulté importante à répondre à la médication et à rester inscrits dans leur communauté. Et le suivi intensif vise spécifiquement ce segment-là. Ce sont des gens qui souvent, en plus de leur schizophrénie, auront des problèmes d'abus de drogue, souvent auront commis des petits délits et auront été judiciairisés. Alors, ça devient, pour l'individu, là, vraiment un parcours très chaotique.

Le suivi intensif, l'objectif, c'est donner de la réadaptation. L'exemple que je donne souvent, c'est que c'est comme si j'avais eu un accident d'auto il y a 20 ans, et qu'on m'avait oublié en quelque part, et que, 20 ans plus tard, bien là, j'ai une équipe d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes qui viennent m'aider à acquérir de nouveau de la souplesse, de l'autonomie, être capable de me déplacer, rentrer et sortir de la douche sans problème. Évidemment, l'exemple est un peu simpliste, là, mais ça illustre bien que, si j'ai depuis 20 ans une maladie chronique et que je n'ai pas eu les traitements appropriés, parce que je les ai refusés, parce que j'étais, parfois, dans la rue, bien, j'ai accumulé beaucoup de difficultés.

Le suivi intensif, donc, va servir de réadaptation, de physiothérapie de la psyché, si vous me permettez l'expression, pour permettre vraiment à la personne d'acquérir des compétences, de recommencer à avoir des rêves. Parce qu'après 30, 40 ans d'une maladie aussi grave que ça, souvent, on a perdu l'espoir, on a une très mauvaise image de soi, on n'a pas vraiment beaucoup de projets, aussi simples parfois que d'aller vivre tout seul en appartement, là. Pour certains schizophrènes, c'est un projet extrêmement difficile à concevoir. Alors, on les accompagne.

En réponse à la question : Combien de temps qu'on peut les accompagner?, bien, je donne souvent l'exemple à mes patients que, si ça fait 20 ans qu'ils ont une maladie chronique, c'est un peu comme si ça faisait 20 ans qu'ils creusaient un trou. Évidemment, si on veut les aider à sortir du trou, on ne peut pas les sortir du jour au lendemain, parce qu'il va falloir qu'on remette de la terre, au fil des années, qui s'est perdue autour d'eux. Il va falloir les aider à ressortir graduellement.

Alors, une équipe de suivi intensif, ça peut suivre un patient pendant deux, trois, cinq, six, sept ans et, au quotidien, travailler cette réadaptation-là. Peut-être qu'on décidera, dans un premier temps, juste d'apprendre à gérer ce qu'il y a dans le frigo. Et donc ça, ça veut dire que des intervenants professionnels vont les aider dans la planification d'une tâche qui nous, nous paraît extrêmement simple mais qui, pour eux, peut poser un problème, un défi majeur. Donc, on va travailler sur des petits éléments comme ça.

Peu à peu, une fois que ça, c'est assis, que c'est bien acquis, on va passer à quelque chose d'un peu plus complexe, peut-être gérer un budget, avec le téléphone, le câble, l'appartement, ainsi de suite. Une fois que ça, c'est acquis, peut-être commencer à penser : Bien, je n'étais pas si mal que ça à l'école, mais là j'ai eu un premier épisode psychotique, j'ai lâché le cégep, j'aimerais ça continuer. Bien, c'est possible, peut-être. Alors, on rêve avec eux, on les projette vers quelque chose qui est un peu plus encourageant dans leur vie que tout simplement vivre puis ne pas avoir de projet dans la vie. Ça, donc, c'est vraiment le suivi intensif, le soutien d'intensité variable. Et ça, vous voyez, les gens que je vous donne comme exemples, ce sont des gens qui ont souvent la condition depuis 20 ou 30 ans.

Maintenant, dans l'annonce qui a été faite, on vise également les gens au début de ce parcours-là. Puis cliniquement, puis éthiquement, et humainement, bien, ça fait bien du sens. Parce que, si on avait des jeunes qui commençaient un diabète puis qu'on disait : Bien, on va les traiter dans 20 ans, bien, on comprend qu'il y aurait plein de conséquences désastreuses dans la vie de ces jeunes-là 20 ans plus tard. Évidemment, il n'y a personne dans notre société qui dit : On va les traiter plus tard. Mais, comme c'est une maladie qui est complexe, bien, souvent, au départ... Puis souvent ça commence à l'adolescence, bien, souvent c'est perçu comme étant une crise d'adolescence ou c'est perçu comme une crise d'autonomie. Et ça prend souvent pas mal de temps avant qu'on puisse identifier ça. Et malheureusement, quand on l'identifie finalement, c'est souvent après deux ou trois ans de parcours, et là il y a une crise.

Et je pense que vous faisiez référence à des jeunes que vous côtoyiez dans une vie antérieure, et c'est vraiment ça, le parcours caractéristique. Les gens autour disent : Ah! il est plus curieux qu'avant, il nous rappelle moins quand on lui laisse un message pour aller prendre... je ne sais pas, faire du skate-board. Là, les parents disent : Bien, on dirait qu'il s'enferme plus dans le sous-sol puis il nous répond un peu curieusement de temps en temps. Puis personne ne pense nécessairement à une psychose. Et un jour le feu pogne, et là il y a une crise, un premier accès psychotique. Et là, souvent, bien, ça se retrouve à l'hôpital. Bien là, on voit, a posteriori... C'est toujours plus facile de voir par en arrière que de voir par en avant. Puis là on se dit : On l'a manqué, ça. On a évité de poser le diagnostic parce qu'on n'avait pas une image qui était très, très claire, jusqu'au jour où le feu pogne.

Donc, ce qu'on veut, c'est de développer, pour ceux qui ont déjà depuis 20 ans ou 30 ans une maladie, le suivi intensif. Mais, avec le premier épisode psychotique, ce qu'on veut développer, c'est vraiment une équipe interdisciplinaire où il y a une expertise en nursing, une expertise en consommation de drogues, une expertise psychiatrique, et ainsi de suite, pour être capables d'intervenir très, très précocement, pour l'instant, probablement, avec le premier épisode psychotique. Et là, si on est capables d'accrocher le jeune puis de lui donner une perspective que l'enfer qu'il vit, lui, depuis deux ans, dans le sous-sol, puis qu'il avait bien contenu, puis qu'on ne voyait pas, bien, ce n'est pas ça, son avenir... Il y a moyen de reréver à retourner à l'école, ou avoir une blonde, ou un chum, et ainsi de suite.

Alors, déjà, ce premier aspect là, ça permet d'accrocher le jeune. Et là ça permet, on espère, et la littérature le démontre, si on... Parce que c'est comme n'importe quoi en médecine, là, on n'a pas 100 % de succès, là. Mais, pour les jeunes qu'on réussira à accrocher, on aura la capacité de leur redonner un parcours qui était celui dans lequel ils s'étaient engagés deux ou trois ans auparavant, donc, de continuer l'école, de garder un lien avec les... parce qu'après un an ou six mois ils ne sont pas complètement désinsérés de leur milieu, là, de leur communauté puis de leurs amis, donc reprendre contact avec ces jeunes-là, de pouvoir rêver à terminer leur école, de pouvoir aller vers quelque chose comme un emploi sur le marché du travail. Donc, extrêmement important de commencer ça.

Et ce qui serait bien, dans quelques années, mais ça prendra des efforts... En Australie, ils l'ont fait, on allait chez Metro acheter sa pinte de lait, puis ils nous mettaient un petit dépliant dans le sac avec la pinte de lait : Voici à quoi ça ressemble, une psychose. S'il y a un jeune autour de chez vous qui fait telle chose, qui se comporte de telle façon, pensez à la psychose et appelez-nous. Et donc, là, on n'est plus en train de les ramasser le jour où la psychose éclate mais quand ils commencent à s'enfermer dans leur sous-sol. Et là on a vraiment un pouvoir important sur le parcours qui va venir. Il y en a parmi ces jeunes-là qui ne développeront jamais de psychose, mais il y en a un certain nombre qui développeront ça, puis on sera là au moment où... ou, mieux encore, on évitera que ce parcours-là éclate par la psychose.

• (21 h 10) •

Le Président (M. Merlini) : Merci, Dr Delorme, pour ces réponses. Et ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Maintenant, je me tourne du côté de l'opposition officielle pour votre dernier bloc de cette soirée, de 18 minutes. À vous la parole, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Un dossier assez succinct, mais quand même très important parce qu'il concerne des engagements électoraux du gouvernement actuel, alors ça touche la région de La Malbaie et l'Hôpital de La Malbaie. On sait qu'il y a eu des engagements qui ont été pris par la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré quand elle était candidate, et je cite ce qu'elle avait dit pendant la dernière course électorale, en 2014 : «Le 8 avril au matin, un gouvernement libéral va prendre des décisions sur la question de l'hôpital dans le secteur de La Malbaie.» Le 16 mars 2017

dernier, le ministre est allé s'engager également, a dit que c'était toujours dans les plans que cet hôpital-là voit le jour. Maintenant, on constate qu'il n'y a rien de précis, et là les maires des 13 municipalités des MRC de Charlevoix et de Charlevoix-Est demandent de préciser l'échéancier.

Alors, comme le ministre a dit que c'était dans les plans, est-ce qu'il est en mesure de nous donner une date à laquelle les travaux vont pouvoir commencer?

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, bien, je remercie notre collègue pour la question. Et effectivement on a dit que le projet de La Malbaie... En fait, il y avait des projets dans Charlevoix : il y avait celui de Baie-Saint-Paul et il y a... Ce sont deux projets concurrents, mais qui ne peuvent pas être concurrents dans la même période de temps, tout simplement.

Alors, pour des raisons purement de risques liés à l'infrastructure, nous avons choisi de faire en premier Baie-Saint-Paul. Alors, on a choisi de faire en premier Baie-Saint-Paul pour la simple et bonne raison qu'au moment où nous sommes arrivés au pouvoir — d'ailleurs, ça a été un des premiers projets d'infrastructure que j'ai eu à visiter, celui de La Malbaie, en même temps que j'ai fait la visite de Baie-Saint-Paul — La Malbaie terminait, à ce moment-là, des travaux de rénovation, notamment en ce qui a trait à la protection antisismique. Alors, ce projet-là était accompagné de rénovations d'une certaine partie de l'hôpital.

Par contre, à Baie-Saint-Paul, le projet en était à ses premiers balbutiements. Et on connaît la problématique de risques sismiques qu'il y avait et qu'il y a toujours, évidemment, à Baie-Saint-Paul. C'est une région qui est connue pour ce risque-là. Et il a été décidé de faire en sorte qu'on ferait Baie-Saint-Paul en premier, là, encore une fois vétusté et le risque, dans ce cas-là, étant plus importants que celui de La Malbaie.

Ça ne veut pas dire que le projet de La Malbaie est disparu, ça veut simplement dire que, dans la séquence de déroulement de ce projet-là, on est à l'étape où on est rendu, et le dossier suit son cours. Et, comme pour tout projet d'infrastructure, on ne peut donner une date comme ça, c'est des décisions qui doivent se prendre au fil du temps. Et évidemment c'est toujours la même problématique à laquelle tous les ministres de la Santé de tous les partis auront à faire face, ont et auront, c'est la problématique de la décision entre un projet plus urgent pour des raisons de vétusté dans une région par rapport à l'autre. Mais le projet est encore sur ses rails. Mais, non, ce n'est pas possible pour moi de donner une date, comme ça ne l'est pas pour aucun projet.

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

Mme Lamarre : Mais en fait il y a trois étapes dans les projets, là, au niveau du PQI. Il y a un projet à l'étude. Au niveau 2, il y a la planification. Puis, au niveau 3, il y a la réalisation. Donc, ce que je comprends, c'est qu'il y avait un engagement ferme du gouvernement libéral à ce que ça se concrétise. Et là on est encore au niveau 1, à l'étude.

Est-ce qu'on peut au moins faire passer le projet au niveau 2, planification, pour que, quand l'Hôpital de Baie-Saint-Paul sera terminé, on enclenche rapidement le processus de réalisation? Ce serait une étape qui montrerait aux élus, là, aux maires, que le projet est vraiment en marche, et qu'il est vraiment concret, et qu'il y a des étapes qui avancent. Donc, passer au niveau 2, ce serait déjà une bonne étape.

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

M. Barrette : C'est la demande que tout le monde nous fait. Tout le monde veut passer le plus rapidement possible à l'étape suivante. Et ce qui est important dans le nouveau mode de fonctionnement, c'est-à-dire selon la loi que nous avons passée, c'est de comprendre qu'à partir du moment où on arrive à l'étape du dossier d'opportunité, bien, c'est l'étape où on fait ou refait les évaluations en termes de besoins. Et déjà, depuis 2014, il y a des sommes d'argent qui ont été dévolues à cette phase-là. Et c'était dans le cahier des réponses, il me semble.

Alors, le projet est là, il progresse, mais arrive la question de la disponibilité de fonds et de la nécessité de faire des choix en fonction, encore une fois, soit des besoins plus aigus, soit de la vétusté. Et actuellement on en est là, je ne peux pas aller plus loin.

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

Mme Lamarre : Alors, bien, écoutez, j'observe, là, que, pour l'instant, ça reste encore au niveau d'une promesse de 2014, en espérant que ça se concrétise, parce que les gens sont vraiment préoccupés et suivent le dossier de très près.

J'aimerais parler d'un autre dossier, M. le Président. C'est dans le contexte du soutien à l'autonomie, donc, le Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées. Et, on le sait, en 2016-2017, il y a eu un montant de 60 millions qui a été accordé, en 2017-2018, 69 millions. C'est bien peu pour les personnes âgées qui ont des besoins. Et, je vous dirais, c'est vraiment, stratégiquement, un choix qui nous pénalise tous parce que le déficit en soutien à l'autonomie des personnes âgées a comme conséquence directe d'augmenter l'achalandage au niveau de l'urgence et de faire en sorte que les gens soient toujours obligés de recourir à ces services d'urgence alors que l'accompagnement, et la chronicité, et le suivi, dont Dr Delorme parlait tantôt, pour les patients avec des problèmes de santé mentale, ça s'applique aussi aux personnes âgées, les personnes âgées qui sont presque toutes atteintes de maladies chroniques. Et, quand elles ont la possibilité, pour une maladie respiratoire, d'avoir un inhalothérapeute qui vient les voir à domicile, bien, on diminue beaucoup les recours.

Alors, il y a des choix qui sont faits. Mais, parmi ces choix-là, je veux témoigner aussi des personnes en situation de handicap, parce que, ces personnes, leur budget est inclus dans le soutien à l'autonomie des personnes âgées, ce qu'on appelle le SAPA. Et évidemment on sait que le nombre de personnes âgées augmente et que les soins... Dans le fond, au niveau des personnes qui présentent un handicap, bien, avec, je vous dirais, la contingence des heures de disponibilité et de soins à domicile, eh bien, on constate qu'il y a vraiment des diminutions et des atteintes directes aux patients, aux personnes, en fait, qui sont en situation de handicap.

Et je vous donne quelques exemples, parce que je pense qu'ils sont très éloquents. Alors, on parle de Michel Pigeon, qui travaille dans un centre d'appels. C'est une personne qui vit avec un handicap mais qui travaille, qui sort à tous les jours et qui va au travail. Et, depuis plusieurs années, il recevait 39 h 30 min de soutien à domicile par semaine. Son état n'a pas changé, on a diminué ses heures à 27 h 30 min. Et, après un an et demi de bataille, où il est passé au Protecteur du citoyen, dans les médias, au niveau politique, on lui offre 35 h 30 min et on lui dit qu'il doit accepter les coupes par souci d'équité avec les autres usagers. Sa situation... On veut lui permettre de maintenir son travail, de garder son emploi.

Un autre exemple : suite à une complication médicale, Mme M. doit porter un cathéter urinaire de façon permanente. Le médecin lui a prescrit une irrigation trois fois par semaine pour éviter les infections. Au CLSC, malheureusement, on n'a pas pu lui offrir plus qu'une fois par semaine, on a jugé que c'était suffisant à cause des contraintes de disponibilité de services à domicile. Et madame visite maintenant les urgences à tous les deux mois à cause d'infections.

Je vais en citer un dernier. J'aurais pu en donner d'autres, là, j'en ai plusieurs autres. Le fils de Wassila vient d'avoir 14 ans et, selon le CIUSSS, il est maintenant apte à être un proche aidant pour sa mère, puisqu'il a 14 ans. Et donc on vient de couper tous les services que sa mère recevait, y compris le bain, en présumant que ce petit garçon de 14 ans — un grand garçon, mais quand même — sera maintenant responsable de donner le bain de sa mère.

Alors, ça, c'est la réalité de personnes qui vivent avec un handicap, des personnes qui ont énormément de dignité, qui ont énormément de courage, qui essaient de retourner sur le marché du travail, qui essaient d'organiser leur vie malgré cette difficulté et qui ont besoin d'un soutien. Parfois, c'est pour faire les transferts le soir avant de se coucher. Parfois, c'est pour faire un bain, pour changer des vêtements. Bien, ça, on ne peut pas priver ces gens-là de ces soins-là, et actuellement, bien, l'augmentation est très élevée. À Montréal en particulier, il y a une augmentation de 39 % des demandes de soutien à domicile. Et malheureusement ce n'est pas avec le budget de 69 millions de dollars qu'on va répondre à ces besoins. Et, je vous le dis, ça devient un cercle vicieux parce que moins on investit en soutien à domicile, plus on dépense au niveau des urgences des hôpitaux, sans compter qu'on altère beaucoup la qualité de vie de ces personnes qui ont énormément de dignité et qui se battent à tous les jours avec un handicap.

Alors, est-ce que le ministre peut répondre à l'association Ex aequo et aux membres qu'elle représente, qui vivent à chaque jour avec une situation de handicap? Ils attendent sa réponse.

• (21 h 20) •

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

M. Barrette : Bien, M. le Président, je vais bien réécouter la bobine pour voir de quelle situation dont on parle, et on va s'y adresser, évidemment. Mais, pour le moment, M. le Président, quand notre collègue nous dit que c'est bien peu, bien là, on va faire un petit peu d'histoire pour mettre les choses en perspective. Moi, quand je me fais dire, comme ça vient d'être le cas, que ce que nous investissons, c'est bien peu, ça exige de faire un petit retour dans le temps, hein, et de remettre les pendules à l'heure de tout le monde. Et là on va mettre les pendules à l'heure du Parti québécois, le pendule québécois.

À la dernière campagne électorale, M. le Président, le Parti québécois avait mis dans son programme... promis un investissement de 100 millions de dollars en maintien à domicile, pas plus. 100 millions de dollars par année. Nous, devant la promesse du PQ et face à nos estimés budgétaires qui, évidemment, n'étaient pas bons, puisqu'on n'avait pas pu réaliser... on ne savait pas que le Parti québécois allait nous léguer un déficit potentiel de 7 milliards de dollars, bien, on s'est engagés à rajouter 50 millions de dollars par année. C'est à ça qu'on s'était engagés. Le Parti québécois est venu devant la population, en campagne électorale, promettre 100 millions de dollars, alors que le Parti québécois savait parfaitement bien qu'ils étaient dans une situation déficitaire. Et conséquemment, M. le Président, ce 100 millions de dollars là, s'il avait été exercé, puisque c'était une promesse électorale, il aurait fallu, puisque le Parti québécois était déficitaire, que ça vienne de quelque part d'autre. Il aurait donc fallu couper des services. Jamais le Parti québécois ne nous a indiqué quels services ils allaient couper pour pouvoir fournir le 100 millions de dollars. Et je rappelle, M. le Président, que le Parti québécois avait, lui aussi, essentiellement, envisagé et promis l'équilibre budgétaire.

Alors, on avait un parti qui n'a pas dit la vérité à la population, qui a légué un déficit substantiel tout en promettant à la population un investissement neuf de 100 millions de dollars en maintien à domicile, 100 millions de dollars dans un contexte de retour à l'équilibre budgétaire. Est-ce que le Parti québécois pourrait nous dire comment il aurait fait ça? Là, la députée de Taillon, notre collègue, elle est ici, là, ça serait bon qu'elle nous explique comment elle aurait fait ça lorsqu'elle est arrivée.

Bon, maintenant, nous, M. le Président, on a dit... Bien là, c'est une question de règlement?

Le Président (M. Merlini) : Non, non. Non, non.

M. Barrette : Bien non! J'ai encore la parole. Nous, au Parti libéral, M. le Président, on a pris un engagement d'injecter 50 millions de dollars de plus par année. C'est exactement ça qu'on a fait, M. le Président. Et on a fait plus que ça. En réalité, M. le Président, là, en termes d'investissement net que l'on a fait pendant les trois années de notre mandat, à

date, nous avons investi une somme additionnelle de 312,6 millions de dollars. C'est ça qu'on a investi. On a couvert presque complètement leur investissement promis, qu'ils ne pouvaient pas donner. On a doublé notre partie à nous. On a été obligés, nous... puis on n'a pas été obligés, on a choisi, nous, M. le Président, littéralement, d'honorer la promesse impossible du Parti québécois. Ils ne pouvaient pas le faire. Nous avons fait l'équilibre budgétaire et injecté, dans les trois dernières années, 312,6 millions de dollars. Et ça, M. le Président, selon les dires que vient d'exprimer la collègue de Taillon, ce n'est pas grand-chose. Bien, je laisse les gens juger.

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

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Écoutez, le ministre a négocié des conditions de rémunération qui visaient à atteindre la parité avec les autres provinces. Or, la Vérificatrice générale a démontré que ces conditions-là avaient été atteintes. Et, cette année, malgré tout, il prévoit encore donner 888 millions de dollars aux médecins. Là-dessus, il y a un 419 qui est prévu... il y a un 469 millions que le ministre va devoir emprunter chez le voisin, comme on dit, donc trouver d'autres postes budgétaires où il va devoir les prendre, ou bien obtenir l'accord des médecins pour peut-être le réétaler, ce qui est pelletter en avant encore des dettes et des difficultés financières pour le Québec.

Alors, la parité a été atteinte. On a 888 millions de dollars. On a des personnes qui ont des difficultés. Le soutien à domicile est une solution à notre système de santé. Je parle beaucoup avec des médecins. Plusieurs médecins considèrent qu'effectivement on est rendus à faire en sorte que ces sommes d'argent soient mieux réparties, de façon plus équitable, auprès des gens qui en ont besoin et que le fait, entre autres, d'en donner en soutien à domicile et en première ligne, ça ferait que la vie de tout le monde serait plus agréable parce que les gens auraient un meilleur accès, mais également eux auraient moins de pression et qu'ils pourraient travailler davantage dans un modèle de collaboration, comme on le souhaite tous.

Alors, je dis au ministre : Il y en a des choix qu'il peut faire. Et ce 888 millions ainsi que tous les milliards qui ont été donnés avant, eh bien, il y a eu un choix qui a été fait, ça a été de prioriser la rémunération des médecins. Maintenant que la parité est atteinte, je pense que, clairement, le ministre doit avoir le courage de dire : Dorénavant, cet argent va aux gens qui sont les plus démunis et aussi vont particulièrement au niveau du soutien à domicile et de la première ligne.

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

M. Barrette : Bien, je pense que tout le monde a noté, M. le Président, qu'avec l'exposé que je viens de faire notre collègue a choisi immédiatement de changer de sujet. On comprend pourquoi. Tous ceux qui nous ont suivis le comprennent.

Maintenant, pour ce qui est de la rémunération des médecins, M. le Président, ça, c'est un tableau qui se lit de très loin, parce qu'il y a une colonne bleue qui est tellement grosse par rapport au reste, là, que ça parle de soi-même. Et qu'est-ce que dit cette colonne bleue là? C'est l'année où, dans l'histoire du Québec, la plus grosse dépense en rémunération des médecins qui ait été faite a été faite. Ça, c'est sous le Parti québécois. Et, quand on regarde les colonnes qui suivent, c'est drôle, on retombe dans des croissances contrôlées.

Alors, je vais citer, M. le Président, Nicolas Marceau, qui est le député de Rousseau, qui... lorsqu'il était ministre des Finances et de l'Économie, à Paul Arcand le 21 novembre 2012 : «Moi, j'aimerais bien qu'on rouvre et qu'on étale sur une plus longue période le rattrapage qui était convenu. Je ne mets pas en cause le fait qu'un rattrapage soit nécessaire, mais je pense que le rythme du rattrapage pourrait être plus lent. Ça permettrait à nos finances publiques de souffler un peu, et puis je pense que ça serait plus équilibré.» C'est exactement ce que j'ai fait et, M. le Président, c'est exactement ce qu'on est en train de faire.

Je rappelle à tout le monde et à notre collègue qu'en septembre dernier j'ai invité les fédérations médicales à revoir l'ensemble de cette oeuvre-là. C'est à ça qu'ils sont invités, et aujourd'hui ils sont à la table de négociation. Ils sont à la table de négociation avec une ouverture. Et le scénario que décrit notre collègue a bien peu de chances de se réaliser parce qu'au moment où on se parle la négociation est en cours et elle va très bien. Comment ça va se terminer? On verra. Mais je pense que, comme gouvernement, à chaque étape de notre mandat, vis-à-vis les médecins on a agi de façon responsable.

Maintenant, c'est une chose que de réétaler une entente et d'en avoir une autre négociée que l'on honore, c'est une chose aujourd'hui de prendre une position politique comme le chef, là, de l'opposition officielle prend. Lui, ce n'est pas compliqué, il annule tout, il fait une loi spéciale, puis probablement que, dans son arrière-pensée, il veut les mettre à salaire ou les couper. Mais là je dis que... probablement, je ne prête pas d'intentions, c'est une hypothèse. Alors, la situation actuellement, là, c'est celle-là.

Alors, moi, M. le Président, je pense qu'on doit laisser aller les choses. Nous avons fait deux choses, M. le Président, dans le dernier mandat, deux choses : on a honoré les promesses que le PQ n'avait pas les moyens d'honorer, on a fait plus que ce que l'on a annoncé en campagne électorale, et aujourd'hui on est en train de réétaler l'étalement.

Un dernier mot, M. le Président, la raison pour laquelle les médecins sont à parité, je la connais, je l'ai déjà dit, mais je vais citer encore une fois Nicolas Marceau, ministre des Finances et de l'Économie en 2012...

Le Président (M. Merlini) : Le député de Rousseau.

• (21 h 30) •

M. Barrette : ... — le député de Rousseau, je m'excuse, M. le Président — je suis d'accord avec ça, sauf qu'en même temps ce qu'on constate, c'est que, depuis un an, les autres provinces ont arrêté d'avancer. Il y a même eu un

gel pour les médecins de l'Ontario. C'est pour ça qu'on les a rattrapés. Les médecins le savent, et c'est pour ça qu'ils sont à la table de négociation à négocier en toute bonne foi.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Pour le dernier bloc de la soirée, qui appartient au gouvernement, il vous reste 17 min 30 s. Mme la députée de Fabre, la parole est à vous.

Mme Sauvé : Merci, M. le Président. Alors, avec le consentement des collègues, j'aimerais poursuivre le dialogue avec le Dr Delorme. Je n'ai pas eu l'occasion de le remercier pour sa réponse tantôt. C'était fort, fort intéressant. Alors, j'aurais quelques questions, toujours en lien avec l'annonce de vendredi dernier, du 26,5 millions. Il a eu l'occasion de nous parler du suivi intensif, mais aussi de l'intervention précoce après un épisode. Il y a deux autres volets à l'annonce qui s'est faite la semaine dernière.

Alors, première question, j'en ai deux, première question au Dr Delorme : tout d'abord ce volet du million de dollars qui sert à consolider le service d'aide en situation de crise, donc j'aimerais en entendre parler, et aussi le 500 000 \$ au Centre national d'excellence en santé mentale, donc ces deux autres volets de l'annonce. Et ma deuxième question : puisque cette annonce s'inscrit dans le plan d'action gouvernemental en matière de santé mentale 2015-2020, j'aimerais savoir un peu où on en est, donc un état de situation un peu global du plan d'action.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, Mme la députée de Fabre. Dr Delorme, vous pouvez répondre.

M. Delorme (André) : Oui. Merci, M. le Président. Bien, d'abord, sur les deux montants qui ont été investis, je serai très, très bref sur le 1 million, parce qu'en fait c'est un montant qui va plutôt aider à consolider des services de crise. Et, bien que la clientèle psychiatrique peut... clientèle psychiatrique pour laquelle ma direction se préoccupe, évidemment, mais on n'est pas... Je connais moins les services de crise qui sont des services sociaux généraux. Par contre, on comprend l'importance d'avoir des services de crise qui soient accessibles, qui soient mobiles, flexibles, souples pour s'adapter aux besoins des personnes en crise. Et c'est dans cette perspective-là que le ministre a fait le choix de rajouter 1 million dans ce volet-là.

Je m'attarderai un peu plus longuement sur, plutôt, la question du Centre national d'excellence en santé mentale. Vous savez, la chaîne logistique, je ne sais pas si c'est un terme approprié, mais, quand on parle du réseau et des services en santé mentale, je pense qu'on peut parler de chaîne logistique, c'est complexe, ça touche les personnes de zéro à 100 ans. Et, avec l'avancement de l'âge de la population, bientôt on pourra dire «à 110 ans». Ça touche des maladies fréquentes, modérées, comme les troubles anxieux, la dépression, ça touche les maladies plus graves et plus handicapantes, comme la schizophrénie, la maniacodépression ou la maladie bipolaire dont on parlait tout à l'heure. Et donc ça veut dire que, bien qu'on englobe généralement tout ça dans une étiquette, «des services de santé mentale», bien, ce n'est pas tout à fait, mais presque aussi large que les services de santé physique. Et vous comprenez qu'on ne pourrait pas, sous une seule étiquette, grouper les services d'oncologie, de chirurgie gynécologique, de diabète, etc., dans une seule grande enveloppe, là, ou une seule grande boîte, mais c'est un peu ce qu'on fait avec la santé mentale.

Il y a des éléments de cette chaîne logistique là qui sont bien connus dans la littérature scientifique comme ayant besoin d'être, je dirais, suivis de proche pour s'assurer que le modèle de soins ne dérive pas du modèle initialement mis en place. Et la littérature, donc, indique que le suivi intensif dans le milieu et, plus récemment, le soutien d'intensité variable sont des modèles qui sont bien définis dans la littérature. On sait exactement qui devraient être dans l'équipe comme professionnels, qui devraient être les patients référés à cette équipe-là. De la même façon qu'on n'enverra pas un diabétique aux soins coronariens, on n'enverra pas quelqu'un qui a un trouble de personnalité dans l'équipe de suivi intensif dans le milieu parce que ce sont des équipes spécialisées pour les troubles psychotiques graves. Mais, une fois qu'on a mis en place l'équipe, de la même façon qu'aux soins coronariens on veut s'assurer que le personnel demeure à la pointe de l'activité, est toujours au courant des nouvelles techniques ou des nouveaux traitements, bien, on veut faire la même chose avec les équipes de suivi intensif.

Le Centre national d'excellence en santé mentale a été mis en place en 2008 pour faire spécifiquement ça. C'est un accompagnement aux équipes de suivi intensif dans le milieu, dans la communauté. Donc, on se déplace, on va à Saguenay, on va à Gatineau, on va partout où il y a des équipes de suivi intensif dans le milieu et on les accompagne pour s'assurer que le modèle de soins qu'on veut et pour lequel on a mis de l'argent est celui qui est encore en place deux ans, ou trois ans, ou quatre ans après. Donc, on fait de l'évaluation, de l'autoévaluation avec l'équipe qui évalue ses services et on fait de l'accompagnement pour faire de la correction si, par exemple, on s'est rendu compte qu'avec le temps, bien, on n'a peut-être pas tout à fait la bonne clientèle qu'on devrait avoir. Ça fait qu'on va se ressaisir si on se rend compte qu'il y a une clientèle qui n'aurait plus besoin de nos services mais qui reste encore dans l'équipe puis qui peut-être a maintenant suffisamment d'autonomie ou de compétences pour être capable de graduer vers un service de moindre intensité, de la même façon qu'on va mesurer la durée moyenne de séjour dans une unité coronarienne. Puis, si tout le monde reste trop longtemps à l'unité coronarienne de l'hôpital du Petit pied du fond de la vallée, bien, on va dire : Par rapport aux autres provinces... aux autres établissements dans la province, on se rend compte que vous avez une pratique, là, qui est un petit peu différente. Qu'en est-il? Pourquoi? Votre clientèle est la même ou pas? Et on ajuste. Donc, le centre national, au départ, dans cette chaîne logistique, a mis ses efforts sur le suivi intensif et le soutien d'intensité variable.

Avec le temps, quand on a une bonne solution, bien, on se dit : On peut peut-être l'appliquer ailleurs dans cette chaîne logistique qui est assez complexe. Donc, autour de 2011, 2012, on a commencé à l'appliquer plus spécifiquement sur les équipes de santé mentale de première ligne. Donc, on avait fait, avec le plan d'action 2005-2010, le développement,

le déploiement de services dans la proximité du client. Et donc, ici, on voulait voir : Est-ce qu'on a la bonne clientèle? Est-ce que, par exemple, dans une équipe de santé mentale de première ligne où on peut recevoir des gens qui ont un trouble modéré, on les envoie automatiquement vers la deuxième ligne parce que c'est l'habitude ou parce qu'on n'est pas très à l'aise? On vient de commencer une équipe de première ligne, on n'est pas trop à l'aise avec cette clientèle-là, on n'est pas sûr qu'on est capable de bien les traiter, ça fait qu'on veut être sûr qu'ils aient les meilleurs traitements possible? Donc, on a fait le même processus. On va visiter les équipes de santé mentale de première ligne et on regarde avec eux quels sont les clients qu'ils desservent, quels sont les clients qu'ils réfèrent vers la deuxième ligne. Est-ce que c'est comparable aux autres équipes de la région? Donc, c'est du contrôle de qualité.

Maintenant, avec le montant qu'on vient de rajouter, bien, comme vous disiez tout à l'heure, on aura 21 équipes de plus pour du SI et du SIV, bien, ça nous prend un peu plus de monde pour assurer le contrôle de la qualité. Et donc c'est vraiment dans cette optique-là qu'on va vouloir rehausser la profondeur de l'expertise au sein de l'équipe du Centre national d'excellence en santé mentale.

• (21 h 40) •

Et, dans une perspective un peu plus vers l'avenir, ce qu'on voudra aussi développer, c'est vraiment mettre une emphase sur les questions de l'hébergement. Et vous avez probablement parlé, dans les études de crédits cette année, des NSA et des montants qui avaient été déployés pour pouvoir aider les gens à vivre dans la communauté plutôt que d'attendre une place dans un lit d'hôpital. Bien, une partie du problème, en santé mentale, des NSA, c'est que parfois les gens... malgré tous les services de réadaptation dont on parlait tout à l'heure, bien, il y a un certain nombre de personnes dont la complexité ou la lourdeur du cas fait qu'ils ne répondent pas à la réadaptation. J'ai beau faire de la physiothérapie pour regagner de la souplesse, si j'ai un blocage, je ferai 10 ans de physiothérapie, je n'aurai pas plus de souplesse. Alors, à un moment donné, on se dit : Ce service-là ne répond pas aux besoins. Peut-être qu'ils auront un service d'hébergement dans la communauté. Mais, s'ils ont un service d'hébergement, il faut qu'on s'assure qu'on les met à la bonne place. Ils sont capables peut-être d'acquiescer certaines compétences. Ce qui fait qu'on a une gamme de complexité dans les hébergements : il y a des familles d'accueil, il y a des ressources intermédiaires, puis ça va jusqu'aux CHSLD. Alors, si je mets quelqu'un dans un CHSLD, alors qu'il pourrait être dans une famille d'accueil, ce n'est pas la bonne place.

Donc, d'avoir le centre national qui commence à se préoccuper d'où on met les gens à l'intérieur de cette gamme de services d'hébergement... puis de pouvoir accompagner les professionnels qui donnent les services d'hébergement pour dire : Bien, es-tu sûr que cet individu-là a besoin d'une ressource aussi lourde, parce qu'il me semble qu'il a des forces, il me semble qu'il a des compétences? Il me semble qu'au lieu de l'avoir dans une résidence intermédiaire peut-être qu'il pourrait aller vers une famille d'accueil. Ou peut-être qu'au lieu d'être dans une famille d'accueil, avec un peu de soutien, il serait capable d'aller en appartement supervisé. Donc, ça, pour faire ça, bien, ça prend aussi, là, quelqu'un qui est capable d'accompagner, de challenger les pratiques puis d'introduire, je dirais, du dynamisme dans l'habitude qu'on peut avoir parfois avec des clients qu'on connaît depuis très longtemps. Ils sont dans une place. On se dit : Bon — vous me permettez d'utiliser quelques mots anglais — «don't rock the boat». Ils vont bien, ça fait que ne changeons pas de place. Donc, c'est un peu à ça que le Centre national d'excellence en santé mentale peut servir.

Il me resterait combien de temps? M. le Président, il me reste combien de temps?

Le Président (M. Merlini) : Il vous reste 7 min 40 s.

M. Delorme (André) : O.K.

Mme Sauvé : M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Oui, Mme la députée de Fabre?

Mme Sauvé : ...avec le consentement, j'avais aussi la question sur l'état de situation un peu global, où on en est avec le plan d'action. Voilà.

Le Président (M. Merlini) : Dr Delorme.

M. Delorme (André) : Oui, merci, M. le Président. Quand M. le ministre a annoncé le plan d'action en octobre 2015 — je suis un peu mélangé dans mes dates, là — il a, à ce moment, expliqué que, malgré la priorité que cela représentait pour lui, les finances ne lui permettaient pas de mettre de l'argent sur le plan d'action qu'il annonçait à ce moment-là, et on le comprenait tous très bien à ce moment-là. Et donc le plan d'action était lancé, mais on n'a pas attendu qu'il y ait du financement pour faire quelque chose. Et il y a des choses qui peuvent se faire dans notre plan d'action, comme dans de nombreux autres domaines, je suis sûr, sans nécessairement avoir de l'argent.

Et le plan d'action 2015-2020 met beaucoup l'emphase sur la primauté de la personne. La primauté de la personne,  a comprend plusieurs éléments.  a comprend : s'assurer que nous, comme société, ou nous, comme réseau de la santé, ou nous, comme citoyens, on se préoccupe de lutter contre la stigmatisation qui est associée à la santé mentale. Alors, le réseau peut participer à cette lutte, et donc on a travaillé, au cours des derniers 18 mois, beaucoup à accompagner les établissements à se questionner sur quelles sont les mesures que les établissements peuvent prendre pour lutter contre la stigmatisation.

On ne parle pas ici de la stigmatisation, par exemple, si on voit dans un journal ou à la télévision : un schizophrène, c'est dangereux, puisqu'il est malade. Ce n'est pas de cette stigmatisation-là dont je parle. Mais, dans le réseau, il y a chez

nous, les intervenants, il y a aussi une forme de stigmatisation. Par exemple, dire de quelqu'un qui a une schizophrénie : Bien, on ne veut pas trop, trop prendre le risque qu'il pourrait aller vivre dans la communauté parce que peut-être qu'il va rechuter, ça vient d'un bon fond dans son cœur, là, mais ça nie la capacité de l'individu de s'autodéterminer puis d'être capable de prendre des décisions. Et vous et moi, on a déjà pris des décisions où on s'est trompés, puis on l'a regretté. Et ce n'est pas parce que je serais schizophrène que je n'aurais pas aussi le droit de prendre des décisions et de le regretter. Mais par contre, comme intervenant, je dois être capable d'aider la personne à se projeter, et d'être capable de faire quelque chose de ses rêves, et de prendre des décisions que j'essaierai d'éclairer un peu plus et que... Donc, tout le volet de la stigmatisation à l'intérieur du réseau.

Donc, cette notion que la personne est capable de se rétablir, est capable de progresser dans sa maladie et que nous, donc, comme intervenants, on doit changer notre paradigme, qui en est un de bon père de famille qui veut protéger l'individu, et plutôt devenir... J'entendais aujourd'hui, là, dans un colloque où j'étais, une expression que j'ai trouvée très bien, où, plutôt qu'être un agent de voyages qui vous permet d'acheter un voyage, je deviens un guide qui vous accompagne dans votre voyage. Puis, si je vous dis : Non, non, vous ne pouvez pas aller là, c'est bien trop dangereux, là, bien, je fais ma job d'agent de voyages. Mais, si je vous dis : O.K., on va y aller, c'est vers là que vous voulez aller, on va y aller ensemble puis on va aborder les défis et les obstacles au fur et à mesure de votre parcours... Donc, ça, c'est un élément sur lequel on travaille beaucoup, la stigmatisation.

Le respect des droits. Tout le monde connaît ou devrait connaître la loi. Tout le monde dit : Oui, oui, on respecte, mais, malgré tout, dans le tourbillon des soins, parfois on en oublie des petits bouts. Et parfois, par exemple, dans certaines lois, bien, on ne respecte pas les délais qui sont déterminés par la loi. Par exemple, dans l'application de la loi P-38... — comment on l'appelle? — la Protectrice du citoyen l'a bien illustré. On travaille donc à des éléments comme ceux-là, rappeler aux établissements l'importance d'avoir des mécanismes pour contrôler les délais pour être sûr de pouvoir faire respecter les lois.

On a travaillé sur des éléments plutôt de participation, participation des usagers, qui peuvent donner... Vous connaissez peut-être les patients partenaires, qu'on connaît peut-être plus avec Vincent Dumez, de l'Université de Montréal. Donc, d'introduire l'importance de pouvoir écouter ce que les usagers ont à nous dire, parce qu'ils utilisent nos services à tous les jours, ils ont des feed-back intéressants à nous donner sur qu'est-ce que c'est qui marche puis qu'est-ce que c'est qui ne marche pas quand ils sont du côté receveur du service. Donc, introduire de façon plus systématique et de façon plus systémique la parole de l'individu qui vient chercher nos services pour que nous puissions améliorer nos services et répondre mieux à ses besoins.

Donc, ce sont tous les éléments sur lesquels on a travaillé au cours, des derniers... je dirais, les derniers 18 mois.

Le Président (M. Merlini) : Merci, M. Delorme, Dr Delorme. Oui, M. le ministre.

M. Barrette : Est-ce que je peux rajouter un élément?

Le Président (M. Merlini) : Allez-y.

M. Barrette : Je vois qu'il nous reste environ deux minutes puis je voudrais rajouter quelques éléments sur le plan des investissements.

M. le Président, quand on a présenté, comme Dr Delorme vous l'a bien mentionné il y a quelques instants, notre Plan d'action en santé mentale, on a présenté un plan d'action en santé mentale qui avait une séquence de déploiement qui commençait par une restructuration et réorganisation des équipes pour un investissement final, dans les deux dernières années, d'un total de 70 millions.

Mais on doit noter une chose aujourd'hui, M. le Président... Et encore, ça, c'est un autre résultat de l'équilibre budgétaire. Je me souviens du nombre de fois que la députée de Taillon nous a reproché de ne dépenser que 70 millions et qu'à la fin du Plan d'action en santé mentale, qui nécessitait pourtant une première phase de réorganisation. L'annonce que l'on a faite vendredi dernier, à laquelle on doit coupler l'investissement qu'on fait en termes de ressources à domicile, qui est de l'ordre de 30,2 millions, fait passer l'investissement cumulatif de notre Plan d'action en santé mentale, sur cinq ans, de 70 millions à 189 millions. C'est plus du double. Et ça, ça ne se peut qu'en gérant correctement les impôts des taxes et des citoyens. Et ça, ça répond à toutes les critiques qui ont été formulées, surtout par le Parti québécois, et ça montre à quel point nous prenons les décisions dans l'intérêt des clientèles les plus vulnérables dans notre société. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Merlini) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme à nos travaux aujourd'hui.

Je lève donc la séance. Et la commission ajourne ses travaux au mercredi 3 mai non pas 1917, mais 2017, après la période des affaires courantes, où nous poursuivrons notre mandat. Bonne fin de soirée.

(Fin de la séance à 21 h 48)