



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

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

**Le mercredi 3 mai 2017 — Vol. 44 N° 137**

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services  
sociaux (2) : 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](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

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

**Le mercredi 3 mai 2017 — Vol. 44 N° 137**

**Table des matières**

Santé et Accessibilité aux soins	
Discussion générale (suite)	1
Documents déposés	29
Document déposé	35
Remarques finales	49
M. Gaétan Barrette	49
Adoption des crédits	50
Document déposé	50

**Autres intervenants**

M. Richard Merlini, président

M. François Paradis

Mme Isabelle Melançon

Mme Diane Lamarre

M. Dave Turcotte

Mme Véronique Tremblay

M. Paul Busque

Mme Marie Montpetit

Mme Carole Poirier

M. Amir Khadir

Mme Monique Sauvé

- \* M. Antoine Groulx, ministère de la Santé et des Services sociaux
- \* M. Jacques Cotton, Régie de l'assurance maladie du Québec
- \* M. Clermont Gignac, Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal
- \* M. Luc Boileau, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mercredi 3 mai 2017 — Vol. 44 N° 137

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

*(Onze heures trente minutes)*

**Le Président (M. Merlini) :** À l'ordre, s'il vous plaît! Je vous demanderais à tous et chacun de prendre place. Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires et de mettre vos ordinateurs en sourdine pour ne pas entendre les cliquetis des ordinateurs.

La commission est donc réunie ce matin 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.

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. Morin (Côte-du-Sud) et Mme Hivon (Joliette) est remplacée par Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve).

**Santé et Accessibilité aux soins**

**Discussion générale (suite)**

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Mme la secrétaire. Puisque nous avons débuté nos travaux à 11 h 30 et qu'une période de deux heures doit être consacrée à l'étude des crédits ce matin, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit jusqu'à 13 h 30? Consentement est donné. Merci beaucoup à vous tous. Nous allons donc poursuivre 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.

Nous débutons ce matin par le groupe formant le deuxième groupe d'opposition officielle. M. le député de Lévis, la parole est à vous pour votre intervention de ce matin.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. Donc, bonne journée à tous. Encore une fois, je salue les collègues de tous les partis, également les gens de l'équipe du gouvernement et du ministre qui sont encore nombreux et vont être en mesure de faire en sorte qu'on puisse avancer à travers ce questionnement.

Premier dossier, M. le Président, j'aborderai le dossier du guichet d'accès. Là, il y a énormément, et je le mentionne, des... Et ce sera bien parce que probablement qu'on sera en mesure de voir comment le ministre explique certaines problématiques qui se traduisent par des inquiétudes importantes pour de nombreux patients et de nombreuses patientes. C'est des gens qui souhaitent avoir un médecin de famille. En fait, on le sait, les médecins de famille doivent inscrire 85 % de la population du Québec. C'est l'entente de mai 2015 avec la FMOQ. Donc, d'ici le 31 décembre, ils devront prendre en charge les patients vulnérables en moins de 30 jours, ceux non vulnérables en moins de 90. D'ailleurs, lors de l'annonce de l'entente, le président de la FMOQ disait : Dans les guichets d'accès, la conséquence serait en moyenne et sera en moyenne un patient inscrit pris en charge en dedans de 30 jours. Ce n'est pas ce qui se passe actuellement.

Et là on a des chiffres qui sont assez révélateurs, des documents qui proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec, en date du 13 mars 2017, qui nous informent que les délais ou le délai moyen de prise en charge des patients orphelins variait de 404 jours à 579 jours selon la condition médicale du patient. Ce sont des chiffres de la RAMQ.

Alors, je comprends donc, si on fait les calculs, là, sans entrer trop dans les chiffres, qu'il reste huit mois aux médecins pour faire passer la moyenne de prise en charge de 404 jours à 30. Selon le document de la RAMQ, parce que le document de la RAMQ est assez exhaustif, on nous indique également un délai maximum d'attente pour la prise en charge. On a constaté qu'il y a un patient en Montérégie, classé pressant, qui a été ou est en attente depuis 5 379 jours. C'est assez long, merci.

Le guichet d'accès, pour bien des gens, c'est un outil privilégié. D'ailleurs, ça a été présenté comme ça, puis les gens s'en servent, puis c'est peut-être l'outil principal, celui qui est le plus connu. Il y en aura peut-être d'autres, mais c'est celui vers lequel les gens se dirigent en disant : C'est la façon de faire la plus efficace.

Depuis l'entente, en mai 2015, avec la FMOQ, le ministre de la Santé a fait le point à trois reprises sur les cibles d'inscription, mais on n'a pas présenté le délai moyen d'attente. Et pourtant, pour la population, c'est là le problème majeur. Le ministre a expliqué, puis il saura me le dire dans un instant, que c'était une moyenne calculée par ordinateur. Je ne sais pas s'il va me préciser ça. En tout cas, M. le Président, je vais lui poser la question dans un instant. Reste que je reçois des dizaines, et des dizaines, et des dizaines de courriels de gens qui, au-delà de ça, l'ont vraiment bien étayé et tenté de comprendre le phénomène et qui s'inquiètent, parce qu'il y a une réalité, c'est qu'ils sont en attente depuis longtemps, davantage que la cible que l'on présume atteindre d'ici huit mois.

Alors, la question est très simple. Au départ, je demande au ministre de la Santé : Pour un patient orphelin qui s'inscrirait aujourd'hui sur le guichet d'accès, quel sera le délai avant d'être pris en charge par un médecin de famille? Première question.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le député de Lévis. M. le député de La Pinière et ministre de la Santé.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, je comprends très bien l'intérêt que porte notre collègue à la question. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle on a mis en place et promulgué la loi n° 20. On a fait ça pour ça. On a fait ça pour que l'accès soit favorisé. Et, dans l'entente qu'on a signée avec la FMOQ, c'est, comme notre collègue l'a bien rappelé, une entente selon laquelle, dépendamment de la catégorie dans laquelle on se trouve en termes de vulnérabilité, les médecins s'engagent, lorsqu'une personne s'inscrit sur le guichet d'accès aux médecins de famille, à être pris en charge en dedans de 30 jours ou plus, dépendamment du niveau de vulnérabilité.

Maintenant, ça, c'est le mode de fonctionnement qui est visé à terme, en ce sens que le guichet d'accès, lui, au départ... Et c'est vrai, et je vais le redire, mais je vais aller un petit peu plus dans le détail par rapport à avant, à la réponse que j'ai déjà faite à notre collègue en Chambre, quand on a créé le guichet d'accès... et là je vais aller dans la mécanique, quand on a créé le guichet d'accès, on a choisi volontairement, pour ne pas pénaliser les gens qui étaient déjà inscrits sur ce qui était nommé auparavant le GACO, le GACO, qui était l'ancêtre du guichet d'accès aux médecins de famille, qui s'appelait le Guichet d'accès pour la clientèle orpheline, GACO — ça, on en avait un dans chacune des régions administratives du Québec — et ce guichet-là fonctionnait plus ou moins parfaitement, on va dire, mais surtout, surtout, il fonctionnait dans un environnement différent, c'est-à-dire l'environnement préloi n° 20. Mais ça, c'est important, là. La loi n° 20 est venue changer la donne en termes d'attribution de patients et de suivi de patients.

Et là j'attire l'attention sur le point suivant... excusez-moi, M. le Président, sur le point suivant. Quand on a, pour ne pénaliser personne, intégré au jour 1 la totalité des patients qui étaient sur le GACO, on a intégré des gens qui étaient sur des listes depuis des années. En fait, et là c'est ça qui est spectaculaire, qui va plus peut-être éclairer notre collègue et ceux qui nous écoutent, on a intégré des gens qui étaient inscrits jusqu'à 2006. Ça fait longtemps, ça, 2006. Or, ces gens-là, eux, ont une date d'inscription. Et le système, lui, électronique, il fonctionne sur une base de données Excel, là, Access, là. Alors, lui, il prend les dates d'inscriptions, il prend toutes les données, les gens qui sont inscrits sur le GACO, qui sont maintenant sur le guichet d'accès à la médecine de famille, et en fait une moyenne qu'il projette dans le futur. Et évidemment ça donne des chiffres qui sont, dans les faits, extravagants.

Et la raison pour laquelle c'est extravagant, c'est que, dans l'entente qu'on a convenu avec la FMOQ, rappelons-nous qu'il y a deux... La loi dit deux choses. En fait, elle dit trois choses, elle dit : 85 % d'inscription, 80 % d'assiduité et, quand ça s'applique, les activités médicales particulières. Mais l'entente avec la FMOQ dit : Les cibles de la loi et vider le guichet d'accès. Bien, on va savoir que le guichet d'accès va être vidé quand, progressivement, on va constater que les gens sont pris en charge dans les délais requis en fonction de leur vulnérabilité, ce qui n'est pas le cas actuellement. Donc, il y a un biais défavorable actuellement au système qui est intrinsèque. Il est induit par le fait qu'on a mis dans la base de données qui sert à la projection statistique des données qui remontent à il y a quasiment 10 ans.

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

**M. Paradis (Lévis) :** On va continuer à faire un bout de chemin là-dessus parce que je pense que c'est important. C'est important parce qu'il y a des gens qui, manifestement, attendent, craignent et souhaitent également avoir un médecin de famille pour éviter d'aller à l'urgence. Ce sont des gens qui, dans la plupart des cas, lorsqu'on reçoit des avis et des courriels, ce sont des gens qui ont des problématiques de santé. Donc, ce n'est pas le citoyen en pleine forme qui veut avoir un médecin de famille parce que ça fait partie de la bonne pratique, c'est des gens qui ont besoin de soins et de suivi.

Alors, je comprendrai, puis je comprends, de la part du ministre, en tout cas, pour moi, là, quand on parle de 5 000 jours d'attente, c'est inacceptable. Ça ne fait pas sens. Cependant, je repose ma question, seulement... Le ministre est conscient que c'est long. Je lui demande si quelqu'un, aujourd'hui, est là, s'inscrit sur le guichet d'accès... Eu égard à ce qu'il nous raconte puis l'objectif à atteindre, combien de temps devra-t-il attendre avant d'obtenir son médecin de famille?

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

• (11 h 40) •

**M. Barrette :** Pour reprendre l'expression, qui est tout à fait appropriée, de notre collègue, eu égard à la situation que je viens de décrire, qui inclut l'engagement des médecins de famille, normalement, si les choses se passent tel que convenu et annoncé par les médecins eux-mêmes, pas par moi, là, par les médecins eux-mêmes, une personne qui s'inscrit aujourd'hui, on devrait dire que cette personne-là, dans tous les cas, devrait avoir accès à un médecin de famille, y être inscrite et y avoir accès en temps opportun sans doute d'ici à la fin de l'année, d'ici le 31 décembre 2017.

La raison pour laquelle je dis ça, et je sais, et je sens plutôt que je sais, mais je pense savoir que je sens correctement, que notre collègue va arriver puis il va nous dire : Oui. Mais là, 30 jours, 90 jours, c'est vrai, là. Mais n'oublions pas qu'on a à penser de prendre en charge tous les patients qui sont là, et là peut-être plus depuis 2006, mais depuis 2008, depuis 2010. Alors, il est raisonnable de dire aujourd'hui que le chiffre qui devrait apparaître, c'est le 31 décembre 2017 ou moins, et que le chiffre de 500 jours, 1 000 jours ou, je pense que notre collègue a dit 5 000 jours, là, c'est un chiffre qui est impossible et qui est le résultat d'un biais qui est involontaire, mais qui est simplement un effet secondaire indésirable et indésiré d'une base de données qui, par équité, a pris en compte les données de tous ceux qui étaient inscrits dans le GACO avant. Le collègue pourrait nous reprocher d'avoir pris en compte ces données-là. C'est vrai, on pourrait se faire reprocher ça, là. Mais c'est comme ça qu'on l'a construit.

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

**M. Paradis (Lévis) :** M. le Président, encore une fois, pour le bénéfice des patients qui se questionnent — puis il y en a beaucoup, là — je vais prendre un exemple. Huit mois, là, c'est à peu près ça jusqu'à la date importante, le 31 décembre 2017, début 2018. Mettons que c'est à peu près 240 jours. Et, si je comprends bien le ministre, ça devrait être ça. En principe, là, on devrait avoir un avis comme quoi, grosso modo, 240 jours, ça arrive à la date dont on parle. Je ne donne rien que deux cas, puis c'est important de le savoir.

Quelqu'un qui m'écrit, qui dit : Moi, je suis à Baie-Comeau, là, je me suis inscrit en avril 2017 — on n'est pas très, très loin, là, ça, on est pas mal dedans, là — sur le système gouvernemental pour obtenir un médecin de famille. Accusé de réception via le système, son délai d'attente pour obtenir un médecin de famille : 655 jours. Dans le document du ministère de la Santé, le délai moyen d'attente serait, serait... Parce que, là, il y a des chiffres de la Régie de l'assurance maladie puis il y a des chiffres du ministère de la Santé. Le délai d'attente serait de 254 jours à Baie-Comeau. Alors, ce monsieur-là dit : Bien, moi, je le reçois, puis c'est 655. Puis il a le droit de s'inquiéter, le droit de se dire : Quand est-ce que ça va se produire?

Alors, avant d'amener un deuxième exemple, je vais demander au ministre comment on explique cette différence de 400 jours entre le délai qui devrait être indiqué, le délai qu'on lui donne, puis ce n'est même pas non plus le délai dont on vient de parler pour se rendre au 31 décembre.

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

**M. Barrette :** Bon. Là, ça complexifie l'affaire, là, ce que je vais dire, là, mais il faut me suivre là-dessus, là. La raison pour laquelle le système, lui, là... Parce que je disais, il y a quelques instants, M. le Président, que le collègue pourrait me reprocher, par exemple, d'avoir inclus dans le système la donnée antérieure de l'ancien GACO, qui vient exagérer les prévisions. La raison pour laquelle on a gardé ces données-là, c'est que ces données-là, antérieures, étaient aussi associées à une... pas une prévision, mais à une classification sur la base de vulnérabilité. Alors, nous, là, si on jouait trop dans la base de données, là, on aurait pu faire en sorte qu'une personne perdait son rang en fonction aussi de sa vulnérabilité. Donc, il aurait pu être mis en bas de la liste, si on peut s'exprimer comme ça, puis d'autres sur le dessus de la liste. Alors, maintenant, sur le plan technique, là, c'est le genre de chose que l'on voit en région. Il y a un problème technique là en fonction de l'état clinique de la personne.

Je ne peux pas l'enlever, moi, la projection qui est générée par le système. Elle est là. Mais je pense que, nous, ensemble, on a à rassurer les gens et leur dire : Regardez, il y a un biais qui est purement technique. Il est technique, on le comprend tous, c'est la réalité. L'évolution de ce dossier-là est telle que, normalement, si tout le monde respecte ses engagements, cette personne-là, comme toutes les autres qui s'inscrivent aujourd'hui en avril 2017, devrait être inscrite à un médecin de famille, avoir été vue par un médecin de famille et, par la suite, dans le meilleur des cas, et ça devrait être le cas à la grandeur du Québec, avoir affaire à un médecin qui est en accès adapté, donc qui va le voir en temps opportun à chaque fois. Je ne peux pas l'enlever, M. le Président, là. Et je pense l'avoir... J'ose espérer que je l'ai expliqué avec suffisamment de précision.

Il y a un biais technique qui vient du fait qu'on a entré des données anciennes d'un ancien guichet que je ne peux pas enlever pour ne pas faire perdre des priorités en termes de lourdeur à des patients antérieurs. Et il faut vivre avec. Mais, clairement, par contre, bien clairement, plus l'année va avancer puis plus le chiffre qui va être affiché va être le bon. Si on vide, comme il a été convenu, en fonction des priorités, comme il a été convenu, le guichet d'accès, on vide implicitement et automatiquement les gens qui ont été inscrits, qui étaient sur le GACO d'avant et des données qui étaient extravagantes. Et là on a une population qui est inscrite dans la base de données, qui va générer une prévision littéralement en temps réel et approprié. Et, si, en décembre 2017, le système génère encore 600 jours, là, il y a un vrai problème, là. Il y a un vrai, vrai, vrai problème, qui ne sera pas le système, qui va être que les gens n'ont pas livré la marchandise qu'ils avaient promise.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. M. le député de Lévis, en vous rappelant qu'il vous reste un petit peu moins que quatre minutes.

**M. Paradis (Lévis) :** Je compléterai sur le même dossier, histoire de faire le tour à fond. Puis ça va peut-être permettre de répondre bien à ce monsieur de Baie-Comeau. Puis je parlerai de Pierre, qui écrit également. Puis là je demanderai également au ministre sa vision du cas de Pierre, qui, lui, de fait, est passé par l'ancien système, le GACO, et qui est maintenant dans le nouveau guichet d'accès. Et Pierre nous dit : Moi, j'ai 62 ans. Je souffre de diabète. Ma conjointe souffre d'asthme et d'arthrose sévère. Alors, il y a une problématique de santé qui fait qu'on n'est pas dans la catégorie des bien portants puis qu'on a probablement besoin d'un suivi relativement rapide.

Pierre a même écrit au ministre, parce qu'il disait : Là, où je suis rendu? Est-ce que je suis perdu? Parce qu'il est passé d'un guichet régional — il y en avait 95 — à un guichet unique maintenant pour faciliter les choses. Alors, il a écrit au ministre, il a écrit au ministère. Puis on lui a dit : Oui, oui. De fait, n'inquiétez-vous pas, vous n'avez pas perdu votre place, là. On confirme que vous êtes sur le guichet depuis 2014. Alors, il est sur le guichet depuis 2014. Ils attendent sur la liste depuis plus de 1 000 jours. Il n'a pas eu de nouvelles de personne encore. Et là on lui a répondu : Bien, écoutez, il n'y a pas rien que le guichet. Vous pouvez aussi appeler et faire des démarches personnelles pour tenter d'en trouver. Là, on le promène. Puis il a écrit au CISSS, au CIUSSS. Puis là on le promène d'un appel téléphonique à rechercher par lui-même puis on le ramène au guichet en disant que c'est la façon de faire. Reste que, dans les faits, Pierre et sa conjointe, au moment où l'on se parle, tentent d'obtenir un médecin de famille depuis 2014. Confirmé. On est avril 2017. Les avis qu'on lui donne permettent de croire, en tout cas, dans sa vision à lui, qu'il n'en aura pas un demain matin. Mais il est dans une situation pressante. Ça, le ministre en conviendra. C'est pour ça qu'il y a des catégories. Pierre, il va l'avoir quand, son médecin?

**Le Président (M. Merlini) :** M. le ministre, en rappelant qu'il reste moins de deux minutes à ce bloc d'échange.

**M. Barrette :** Moins de deux minutes. Alors, M. le Président, je comprends très bien la situation. Elle est très claire. Maintenant, je veux quand même faire un correctif bien amical. Jamais qu'on n'a interdit aux citoyens d'aller consulter, de tenter de frapper à la porte d'un médecin de famille, là. Alors, je pense que ce n'est pas correct de dire que le système trimballe les patients. Le patient a toujours eu le choix, pas le choix, mais la possibilité de, de soi-même, aller frapper à la porte d'un bureau de médecin. On voit encore ça régulièrement aujourd'hui. Les médecins, aujourd'hui, dans toutes les régions du Québec, sont à la recherche de patients. Et, très souvent, très souvent, un patient qui est vu dans un sans rendez-vous se fait offrir d'être inscrit parce que le médecin est rendu là dans son cheminement pour respecter les obligations qui découlent de l'application de la loi n° 20.

Maintenant, la personne peut faire les deux. Alors, elle n'est pas trimballée, elle peut faire les deux. Puis je pense que c'est tout à fait raisonnable pour le CISSS d'informer la population, pas de la trimballer, mais de l'informer. Maintenant, pour la même raison que je disais tantôt, c'est sûr que... C'est Pierre, le nom que vous avez utilisé, de mémoire, là? Alors, M. Pierre, lui, s'il est sur le guichet, le guichet ne peut pas lui donner de date. Mais, par contre, dans la progression, comme je l'ai expliqué il y a quelques instants, de l'évolution de la prise en charge par les médecins, ce n'est pas dans 1 000 jours, là, qu'il va avoir un médecin, c'est au maximum d'ici la fin de l'année, et sans doute avant. Parce que les informations que j'ai à propos de la Côte-Nord, ou que j'ai eues récemment, là, que je n'ai pas exactement avec moi ou que je pourrais peut-être avoir dans quelques instants, l'inscription ne va pas mal, là, sur la Côte-Nord.

Et ça ne va pas arrêter d'avancer, hein? On pense souvent... D'ailleurs, ça a été évoqué par certaines personnes, bon, il y a des personnes qui pensent que, lorsqu'on va être rendus à 85 %, les gens vont arrêter d'inscrire. Bien non. Les gens vont continuer à inscrire. C'est pour ça qu'il y a des régions où il y a plus de 90 % de la population qui est inscrite.

• (11 h 50) •

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition. Nous allons maintenant du côté du gouvernement avec la députée de Verdun pour votre bloc d'échange de 20 minutes. À vous la parole.

**Mme Melançon :** Merci beaucoup, M. le Président. À mon tour de vous resouhaiter une bonne journée à toutes et à tous, et aux gens qui nous accompagnent encore aujourd'hui. Alors, quelques heures encore dans la bonne humeur tout le monde ensemble. D'ailleurs, parlant de bonne humeur, catégorie bonne nouvelle. Moi, c'est de ça que je veux parler encore aujourd'hui. Hier, ma collègue de Fabre a parlé des six supercliniques et de l'accès des soins de première ligne. Je veux aller un peu en ce sens-là à mon tour. M. le Président, vous savez, ma formation politique avait pris un engagement électoral qui était de pouvoir compter sur 2 000 infirmières praticiennes spécialisées sur une période de 10 ans, donc de pouvoir compter sur ces 2 000 infirmières. Et nous y arrivons.

Je veux définir qu'est-ce qu'une IPS, parce que c'est comme ça qu'on les appelle dans le milieu. Donc, des infirmières praticiennes spécialisées sont des infirmières qui possèdent une expérience clinique dans un domaine spécifique, ayant reçu une formation avancée de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales leur permettant de pratiquer cinq activités supplémentaires aux 16 activités réservées aux infirmières. Et voici ces cinq activités-là. Les gens vont bien comprendre ce que ça va pouvoir changer rapidement. Donc, c'est de prescrire des examens diagnostiques, d'utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, de prescrire des médicaments et d'autres substances, de prescrire des traitements médicaux, d'utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Alors, M. le Président, la formation des infirmières praticiennes spécialisées a débuté en septembre 2005 pour les spécialistes de cardiologie, néphrologie et néonatalogie, et en 2007 pour la spécialité de la première ligne. Donc, il y a sept universités. Et je connais un peu, je vais dire, le dossier puisque, lorsque j'étais directrice de cabinet à l'enseignement supérieur, j'avais eu quelques échanges avec mon collègue du cabinet du ministre sur le sujet. Donc, il y a sept universités qui dispensent la formation, soit l'Université de Montréal, Laval, McGill, Sherbrooke, ainsi que les universités du Québec en Outaouais, en Abitibi-Témiscamingue et à Trois-Rivières.

Comment on a fait pour arriver à pouvoir former des IPS et dans notre volonté de continuer à en former? Bien, ça prenait des sous pour y arriver. Et je laisserai le ministre expliquer comment ça fonctionne. Mais, comme ça prend des sous, bien, ça prend un gouvernement qui est capable de déposer un budget, un budget équilibré. On l'a fait le 28 mars dernier. Et, comme l'expliquait dans ses remarques préliminaires le ministre, bien, le budget de l'État québécois de la santé est le principal poste de dépenses. Pour 2017-2018, la croissance des dépenses est portée à 4,2 %. On peut bien entendre les oppositions dire que c'est ou insuffisant, ou... Mais nous, là, on a un plan. On respecte le plan. On a été capables de chiffrer nos budgets depuis que nous sommes au gouvernement. Et vous savez quoi? On fait ce qu'on a dit que l'on ferait.

Alors, M. le Président, à compter de 2017, les IPS en soins de première ligne pourront, grâce à la nouvelle réglementation, oeuvrer en CHSLD avec leurs médecins partenaires. Et ça, je sais que ça agace beaucoup la députée de l'opposition, mais des médecins partenaires avec des IPS, ça fonctionne. Comme je suis une jeune maman avec deux jeunes enfants, je peux vous dire une chose, de rencontrer une IPS en clinique qui est capable de voir ma fille rapidement qui a une otite, savez-vous quoi? Ça fait le travail. C'est fantastique. Et j'en remercie le ministre.

Alors, une expérimentation est en cours depuis la fin de mai 2015 dans cinq régions du Québec, la Mauricie, le Centre-du-Québec, Montréal, Chaudière-Appalaches, Montérégie et Laurentides. Et on est en train d'identifier la valeur ajoutée des IPS auprès des clientèles hébergées, donc en CHSLD. Et le projet vitrine va prendre fin avec l'arrivée de la nouvelle réglementation pour éviter qu'il y ait, dans le fond, un bris de service quelconque. Le nouveau cadre de gestion des groupes de médecine familiale, des GMF, devrait apporter une amélioration de la présence des stagiaires infirmières



praticiennes spécialisées. Et ça aussi, c'était ce qui était demandé entre autres par l'Ordre des infirmières. Pour avoir partagé quelques rencontres avec elles, on sait que, maintenant, il va y avoir amélioration en cette demande.

Il y a eu une annonce officielle qui a été faite par le ministre de la Santé et des Services sociaux et la ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, qui s'est effectuée le 26 mars dernier et qui a donné un coup d'envoi pour stimuler les admissions dans les universités. Je veux juste rappeler à ma collègue de l'opposition que l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec s'est plus que réjoui de cette nouvelle-là le 26 mars dernier. Alors, on salue le geste du gouvernement, on est heureux de savoir que nos filles, parce que souvent on va parler des filles, parce que c'est beaucoup les femmes, là, qui s'en vont en sciences infirmières, donc, vont pouvoir avoir des postes d'IPS ouverts. Alors, comme je le disais et comme l'a dit le premier ministre, bien, on fait ce qu'on nous dit qu'on ferait. Et c'est exactement là où nous sommes. Et, bien qu'elle hoche de la tête, moi, je peux dire une chose, les gens sur le terrain, à Verdun notamment, je vais le dire, voient qu'il y a des changements. Et j'en suis très fière.

Alors, ma question vers le ministre : J'aimerais que vous puissiez nous détailler, M. le ministre, en quoi consiste le plan de déploiement de ces 2 000 IPS, parce que c'est 2 000 IPS, donc c'est 200 par année, et quels sont les investissements qui s'y rattachent.

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

**M. Barrette :** Question, M. le Président, qui est très intéressante, qui est aussi complexe qu'intéressante, je dirais. Mais je pense que ça vaut la peine de s'y adresser évidemment. Je vais citer notre collègue, la députée de Taillon. C'est vrai qu'on a besoin d'infirmières praticiennes spécialisées. Erronément, on nous reproche régulièrement de ne pas avoir aujourd'hui 2 000 infirmières praticiennes spécialisées, mais ce n'est certainement pas par manque de volonté, M. le Président, mais bien par manque de moyens. Ce n'est même pas, je dirais, M. le Président, par manque de budget, mais bien par manque de moyens.

Puis je vais prendre quelques instants pour rappeler aux gens le long chemin parcouru par les infirmières dans le dossier des infirmières praticiennes spécialisées. J'ai été impliqué là-dedans, moi, M. le Président, il y a maintenant plus, à l'oeil, là, plus de 13, 14 ans, 15 ans, là. Ça n'est pas un dossier récent, là, le dossier des infirmières praticiennes spécialisées. Puis je le dis en toute transparence, au jour 1, où on a commencé à évoquer la possibilité d'avoir au Québec des infirmières praticiennes spécialisées, qui est la traduction française des «nurse practitioners» qui existent en Amérique du Nord dans l'Amérique anglophone, il y a eu de la résistance. C'est vrai qu'il y a eu de la résistance, M. le Président. Il n'y a pas de doute là-dessus. Il y a eu de la résistance du corps médical.

Non seulement il y a eu de la résistance, j'étais, moi, aux premières loges, puis je vais vous dire pourquoi j'étais aux premières loges, parce que je faisais partie des quatre groupes de spécialités médicales. Parce qu'au début on s'adressait en premier aux spécialités médicales. Au début, début, début, là, bien, il y avait, à l'époque, 35 spécialités et on était quatre à y voir un intérêt.

Moi, j'y voyais un intérêt du côté technologique, qui n'était pas le sujet de l'heure à l'époque, et il y avait trois autres spécialités qui y voyaient un intérêt clinique organisationnel. C'étaient la cardiologie, la néphrologie et la néonatalogie, les soins intensifs d'enfants à la naissance. Et ces gens-là ont dit oui au développement de programmes de formation d'infirmières praticiennes spécialisées. Et ça a fait un certain nombre de remous dans notre comité médical. Et, quand je dis un certain nombre de remous, je le dis aussi sur l'aspect temporel. Ça a pris du temps avant que soit, et c'est le bon mot, digéré, là, dans le corps médical, le fait qu'on pouvait avoir des professionnelles autonomes qui travaillent en collaboration avec des médecins et qui ne soient pas des compétitrices.

C'est malheureux, mais la société est faite ainsi, hein, on le sait. Il y a toujours des gens qui défendent leur territoire. Je pense que, ma collègue députée de Taillon, elle connaît bien ça, elle qui est pharmacienne, qui a eu beaucoup, dans le passé, de batailles territoriales, elle aussi, à faire. Et elle en fait encore. Non, mais ça, ce n'est pas malsain, là, ce que je dis là, ce n'est pas... Regardez, pour une fois, je n'envoie même pas une craque, là.

• (12 heures) •

**Mme Lamarre :** ...

**Le Président (M. Merlini) :** ...je pense que, Mme la députée de Taillon, vous avez raison...

**Mme Lamarre :** ...est-ce que le ministre peut retirer ses paroles?

**Le Président (M. Merlini) :** M. le ministre, je vous invite à être prudent dans les propos utilisés...

**M. Barrette :** Ah! je vais faire attention, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini) :** ...et de vous en tenir à la question de la députée de Verdun, s'il vous plaît.

**M. Barrette :** Mais c'était amical, là, ce n'était pas méchant. Même l'amour fraternel ne passe pas.

**Mme Lamarre :** M. le Président, c'est parce que je fais excessivement attention pour éviter de me mettre en situation de conflit d'intérêts à tout moment. Le ministre devrait retirer ses paroles, s'il vous plaît.

**Le Président (M. Merlini) :** J'ai invité le ministre à être prudent dans ses propos, et on va continuer à la réponse de la question de la députée de Verdun.

**M. Barrette :** Je ne voulais absolument pas faire référence à un quelconque conflit d'intérêts. Alors donc, c'est ça, là, qui s'est un peu passé. Et il est arrivé, finalement, un moment où les choses ont progressé en ce sens que l'acceptation du milieu, là, non seulement s'est produite, mais ça a basculé dans l'autre direction. Aujourd'hui, on veut des infirmières praticiennes. Le corps médical qui, il y a 15 ans, était rébarbatif, aujourd'hui, ils veulent les avoir. Et même eux autres trouvent, là, qu'il n'y en a pas assez.

Et là on se retrouve dans la vraie problématique organisationnelle qui est aujourd'hui le frein. Il y avait un frein interprofessionnel réel, réel dans le passé. Et là ça a basculé vers : On en veut. Mais là il y a un frein organisationnel. Et, quand je dis organisationnel, ça veut dire quoi? C'est que, pour former 2 000 infirmières praticiennes spécialisées, bien, il faut des équipes de formation, il faut une volonté dans les facultés d'aller dans cette direction-là, il faut un financement évidemment et il faut, et c'est là qu'est peut-être une des clés les plus importantes, des places de stage. Et les places de stage, bien, ça, ça demande que quelqu'un, sur le terrain, accepte de faire la supervision nécessaire pour que les stages puissent se faire et amènent un candidat, une candidate à la diplomation.

Alors, aujourd'hui, là, ce que l'on a vécu dans, par exemple, les trois dernières années et, je dirais, les quatre dernières années et demie, et j'inclus le Parti québécois, le Parti québécois était... Je ne suis pas sûr qu'il était là, là. Je n'ai pas entendu le Parti québécois vraiment faire d'efforts substantiels, dans ses 18 mois, pour développer plus de places de stage. On n'a pas entendu ça. Mais nous, on en a fait un engagement électoral formel. Et, dès notre arrivée au pouvoir en avril 2014, on a commencé les démarches auprès des facultés de sciences infirmières, auprès du corps médical, auprès des cliniques, auprès de tout le monde, là, qui est impliqué dans la formation des infirmières praticiennes spécialisées, pour relancer ça, accélérer le rythme de formation.

Je vous le dis bien honnêtement, ça a été difficile la première année, faute de places de stage. Il a fallu faire un peu plus de persuasion. Ça s'est amélioré la deuxième année. Ça s'est amélioré cette année. Et là on est sur une lancée, on est vraiment sur une lancée. Et là on a une collaboration, là, qui est vraiment très bonne de la part de tout le monde. Et non seulement on a une collaboration, mais on a un enthousiasme que je n'ai jamais vu. Vous savez, les facultés de sciences infirmières, à un moment donné, se disaient : Oui, mais on n'est pas sûrs que vous voulez vraiment, le financement n'est pas là, ainsi de suite. Non, non. Là, ils sont convaincus, là, surtout avec les annonces que l'on a faites. Il y a un financement intrinsèque qui est là, annuel, que l'on connaît, de 19 millions. On y ajoute. C'est un vrai message, là.

Moi, là, quand on a fait la bataille des transferts fédéraux, on se rappellera que le gain que j'ai eu par rapport aux transferts a été un financement additionnel en enseignement supérieur. À la première seconde, j'ai décidé sans aucune hésitation qu'on allait diriger cet argent-là vers la formation des infirmières praticiennes spécialisées. Ça, ça a envoyé un message, M. le Président, très clair au réseau.

Et le deuxième message, qui était tout aussi important que le premier, l'investissement, c'était de dire à ces candidates, ces candidats-là : Vous aurez des emplois. Pourquoi une personne, elle quitterait sa pratique — parce qu'il y a des prérequis pour rentrer dans le programme — pourquoi une personne pourrait quitter sa pratique pour s'engager dans une formation qui a une certaine complexité et prendre le risque de ne pas avoir de job au bout? Il y aura des postes offerts dans les 2 000 cas. C'est simple, là. Puis, s'il y en a 2 200, il y en aura 2 200. Je ne dis pas ça à la légère, M. le Président. C'est qu'il y a environ trois semaines, avec ma collègue, Mme David, la députée de... Outremont, je m'excuse, la députée d'Outremont, ministre du comté... ministre de l'Enseignement supérieur, alors, on a eu des rencontres téléphoniques, une conférence téléphonique officielle avec toutes les doyennes.

Écoutez, moi, je n'en revenais pas. Je n'en croyais pas mes oreilles. Et là on avait les doyennes dans leur ensemble sur tout le territoire du Québec qui nous disaient à quel point les annonces avaient eu un impact et à quel point il y avait cette année d'excellentes candidates, tellement excellents, les candidats, tellement excellents et excellents qu'on nous a demandé, si on pouvait, de financer des postes additionnels. On a dit oui. On a dit oui, parce que l'enthousiasme est là, la qualité des candidatures est là. Pourquoi dire non? Alors là, on en ouvre plus que ce qui avait été prévu. Ce qui avait été prévu, M. le Président, ce n'est pas compliqué, c'est, à partir de cette année, 155 — on va excéder ce nombre-là — 205, 255, et 270 par la suite jusqu'en 2024. Parce qu'on va respecter notre engagement sur 10 ans. On respecte, nous, nos engagements. On annonce ce que l'on va faire et on le fait. Et ça va arriver. Et le financement va être au rendez-vous. Et, on le sait, le financement, c'est quelque chose qui est substantiel.

Le financement, M. le Président, vous le savez, c'est composé d'un certain nombre de choses. Il y a le financement qui provient du ministère de l'Enseignement supérieur, évidemment, mais il y a aussi, là-dedans, des sommes à prévoir. On donne des bourses à ces candidats et ces candidates-là pour favoriser l'entrée dans le programme. Des gens souvent ont des familles qui travaillent sur le marché et qui s'en vont... ils retournent à l'école. On leur donne une bourse pour les aider. On donne des bourses, s'ils sont dans une région éloignée, pour se déplacer. On les aide pour favoriser le déploiement de ces 2 000 infirmières. Évidemment, il y a des médecins, là, que l'on doit payer, parce qu'il y a une partie de supervision médicale dans la formation. Il y a des tarifs pour ça. Alors, les médecins, bien, il faut le prévoir. Au fil du temps, bien, ils vont se diplômer, ces gens-là, là. Ces infirmières-là vont arriver sur le marché et ils vont avoir un salaire. Et c'est très bien comme ça. Nous, on estime que, sur la période, il y aura un coût en salaire tout à fait justifié, là — ce n'est pas une critique, là, au contraire, on les veut — de 27 millions de dollars, par exemple.

Alors, ce n'est pas banal. Alors, quand on regarde la projection de ce que peut coûter annuellement la formation dans son ensemble, en 2017-2018, on estime que la somme dévolue par le gouvernement sera de l'ordre de 64 millions de dollars, ce qui n'est pas rien. Et, à terme, quand on prend l'ensemble de ces coûts-là, c'est là où on arrive à 1,4 milliard de dollars. Alors, je le mentionne, M. le Président, simplement pour illustrer le fait que 19 plus 10, c'est une partie de l'équation. L'équation est beaucoup plus complexe, beaucoup plus coûteuse. Et on a fait le choix dans nos budgets d'aller dans ces directions-là parce qu'à terme je suis convaincu que c'est rentable pour le réseau. On le sait, c'est clair, on le connaît, un service médical d'un certain type donné par une IPS, la qualité est équivalente à celle d'un médecin, mais

le coût, évidemment, il est moindre. C'est une décision qui socialement est bonne, mais elle l'est autant économiquement que socialement. Alors, on va remplir notre promesse de 2 000 IPS. Et là, la beauté, c'est que, maintenant, on est en train de réfléchir à ouvrir d'autres champs d'activité.

Et je pense que, là, je n'ai plus assez de temps. Et on y reviendra peut-être dans notre prochain bloc. Je continuerai là-dessus si mes collègues sont d'accord.

• (12 h 10) •

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met un terme avec ce bloc d'échange du gouvernement.

Maintenant, c'est au tour de l'opposition officielle. Et, M. le député de Saint-Jean, vous disposez d'un bloc de 17 min 30 s. À vous la parole.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. J'aimerais savoir, de la part du ministre... Le ministre a annoncé, en décembre dernier, un nombre de places supplémentaire, notamment pour nos aînés, mais aussi en santé mentale, etc. Mais, pour la partie pour les personnes âgées en perte d'autonomie, le ministre disait, à l'époque, que, du 1 472 place, 1 000 seraient réalisées d'ici le prochain budget, donc, parlant du printemps que nous sommes actuellement, donc le dernier budget. Donc, j'aimerais savoir, de la part du ministre, de ce 1 000 places, combien sont vraiment effectivement en fonction?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le député de Saint-Jean. M. le ministre.

**M. Barrette :** M. le Président, j'ai fait beaucoup d'annonces. Il y en a très peu qui ont réussi à percer le mur médiatique occupé à trop d'autres choses, alimenté par nos collègues des oppositions. Est-ce qu'il peut me préciser exactement à quelle annonce il fait référence?

**Le Président (M. Merlini) :** M. le député.

**M. Turcotte :** M. le Président, dans un article de *La Presse* devant moi, mais j'en ai d'autres, articles, d'autres médias, le 7 décembre 2016, le ministre a annoncé 2 100 places. Et je peux donner la répartition, là : 1 472 nouvelles places en hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 446 nouvelles places pour la santé mentale et 207 pour la réadaptation et la convalescence. Lors de cette annonce-là, le ministre a mentionné que 1 000 de ces places-là seraient réelles d'ici le prochain budget. Donc, en décembre. Je suppose que le prochain budget, c'est le budget qui vient de se passer. Donc, de ce 1 000 places là, combien sont effectivement en fonction?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le député de Saint-Jean. M. le ministre.

**M. Barrette :** Alors, l'annonce en question fait référence... C'est-à-dire, notre collègue fait référence à l'annonce de 100 millions de dollars que j'ai faite en décembre pour libérer des lits. J'en parlais hier. Alors, je vais quand même faire une remise en contexte. On sait qu'aujourd'hui entre 10 % à 15 % des lits de courte durée en santé physique et en santé mentale ensemble sont occupés à tous les jours par des patients qui devraient être ailleurs. Ils ne sont plus en mode de soins actifs, le traitement a été donné, la personne doit retourner chez elle, ou aller en convalescence avant de retourner chez elle, ou parfois aller en CHSLD parce qu'elle est rendue là. Ça, c'est la vie.

Alors, on comprend qu'entre 10 % et 15 %, c'est énormément de lits, puisque nous avons, en lits de courte durée au Québec, incluant la santé mentale, environ 17 000 lits courte durée. Bon, 10 % à 15 %, c'est quelque chose qui varie aux alentours, en moyenne, de 2 000. Et nous avons investi 100 millions de dollars pour libérer ces lits-là pour que les patients de l'urgence y aient accès et non pour faire autre chose. Alors, en date d'aujourd'hui, et la déclinaison que notre collègue a faite des différentes catégories est exacte, en date d'aujourd'hui, pour l'ensemble du Québec, nous avons 770 lits opérationnels. Ça, en français, ça veut simplement dire qu'on en a contracté et acheté 770.

La question pourrait venir à la suite, et peut-être que je m'avance, là : Pourquoi on n'est pas rendus à 1 000? Pourquoi on n'est pas rendus à 2 000? Pour la simple et bonne raison que toutes les places ne sont pas toutes disponibles aujourd'hui. Et, dans les faits, dans certaines régions, on a vraiment acheté, contracté la totalité de ce qui était disponible. On le savait, ça, à la case départ, que, dans certains cas, ou certaines régions plutôt que cas, on allait devoir même aller en appel d'offres. Mais ça, ça se fait relativement rapidement, là, parce que ces ressources-là ne nécessitent pas nécessairement, parfois oui, mais en général non, de nouvelles infrastructures. Qu'on pense, par exemple, à des ressources intermédiaires de type familial, c'est des gens qui choisissent d'aller dans ce secteur d'activité là. Bien, c'est des locaux existants, c'est des gens qui sont déjà sur le terrain, et ainsi de suite.

Alors, c'est un grand ensemble de possibilités, mais dont la finalité est de faire en sorte que la personne qui est à l'hôpital, qui est à un niveau de soins alternatifs — ce n'est pas des faits alternatifs, là, c'est un niveau de soins alternatifs, c'est-à-dire que la personne n'est plus en soins actifs — puisse être ailleurs plutôt qu'occuper un lit de courte durée.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. Est-ce que c'est possible de savoir, pour les 770 lits, la répartition entre... Parce que le ministre a abordé la question qu'il y a différents types de lieux ou de ressources qui peuvent offrir ces lits, donc, en ressources intermédiaires, en RTF ou en CHSLD. Est-ce que le ministre peut nous donner un pourcentage de répartition pour chacun des types?

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

**M. Barrette :** ...pas aujourd'hui. Je n'ai pas la répartition à portée de main maintenant, mais, oui, je peux le donner.

**Le Président (M. Merlini) :** Alors, est-ce que vous vous engagez à déposer cette information-là au secrétariat de la commission?

**M. Barrette :** Oui, je m'engage à déposer dès que je l'aurai.

**Le Président (M. Merlini) :** C'est noté. M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** M. le Président, est-ce que c'est possible que cette répartition-là soit aussi faite sur la base régionale, pour avoir un portrait par région, le nombre de...

**Une voix :** D'ici la fin de l'étude des crédits...

**M. Barrette :** Ça peut être un peu plus long, là, mais la réponse est oui.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. Est-ce que le ministre peut s'engager à déposer cette information-là d'ici la fin de l'étude des crédits?

**M. Barrette :** Bien, ça, pas nécessairement. Je m'engage à le déposer le plus tôt possible et, clairement, là, si je peux l'avoir dans la prochaine demi-heure, je vais la déposer. Si je ne l'ai pas avant la fin de l'après-midi, je ne l'aurai pas, là, mais je la déposerai dès que je l'aurai.

**Le Président (M. Merlini) :** Ça sera déposé au secrétariat. Si on ne l'a pas à temps pour la fin des crédits, ça sera envoyé, à ce moment-là, aux membres de la commission une fois qu'on aura les informations du ministre. M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. En parallèle, le ministre, le ministère a une volonté, que je ne questionne pas, sur faire en sorte qu'il y ait moins de chambres multiples dans les CHSLD.

**M. Barrette :** ...interrompre le collègue, M. le Président. Peut-être que... Je ne sais pas si...

**Le Président (M. Merlini) :** C'est en réponse à la question?

**M. Barrette :** Bien, c'est une partie de la réponse. Je ne sais pas si ça satisferait le collègue. La deuxième opposition nous a posé une question à cet égard-là, mais n'a pas demandé une stratification par catégorie. Mais j'ai le nombre de lits par région. Est-ce que ça, ça suffirait? Je l'ai au moment où on se parle.

**M. Turcotte :** Pour les régions, bien, ça nous va, mais j'aimerais ça cependant avoir une répartition. Le ministre, sûrement, est capable, ou le ministère, d'avoir un pourcentage ou le nombre de places du 770 qui sont en RI, en RTF, en CHSLD.

**M. Barrette :** Mais juste à titre informatif...

**Le Président (M. Merlini) :** Oui, rapidement.

**M. Barrette :** La question 291 du deuxième groupe d'opposition donne la répartition par région du nombre de lits, toutes catégories confondues. Je comprends que le collègue veut avoir ce chiffre-là par catégorie. Alors, le plus tôt possible, on lui fournira.

**Le Président (M. Merlini) :** Alors, poursuivez votre question, M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. Donc, le ministère, actuellement, fait un travail pour réduire le nombre de chambres multiples dans les centres de soins de longue durée. Entre autres, bon, à l'institut de gériatrie de Montréal, on voit qu'il y a une perte de 75 lits due à cette volonté-là ministérielle. Puis, encore là, on ne s'oppose pas à ça, mais c'est quand même la conséquence qui fait en sorte qu'il y a 75 lits de moins. Est-ce que le ministre peut confirmer cette information-là et nous dire quelles sont ses intentions pour les autres lieux, donc les autres institutions au Québec, les autres CHSLD? Est-ce qu'il y aura ce genre d'obligation là de perte de lits pour atteindre l'objectif de réduire le nombre de chambres multiples au Québec?

• (12 h 20) •

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

**M. Barrette :** M. le Président, ça, c'est clairement oui. Mais je veux quand même... Je ne veux pas rater l'occasion, M. le Président, de rappeler la position du Parti québécois, pas plus loin que le 2 décembre 2013, où le ministre de la Santé d'alors, M. Hébert, qui, dans sa profession, avait une expertise en gériatrie, qui disait, et ça, c'est important de s'en rappeler : «Avec les lits qu'on a actuellement — et je rappelle qu'on est le 2 décembre 2013 — on est capables de répondre aux besoins de la population pour les 10 ou 15 prochaines années sans avoir besoin de construire.» Moi, je ne suis pas parfaitement d'accord avec ça, «sans avoir besoin de construire», pour la raison très, très à propos qu'a mentionnée notre collègue, parce que, «sans avoir besoin de construire», c'est intéressant, hein, parce que le Parti québécois, en disant ça, disait qu'une chambre à six, ça va rester à six. Parce que, moi, là, transformer une chambre à six en six chambres à un, je ne peux pas le faire sans construire. Je ne suis pas capable de faire ça, moi. Alors, la position du Parti québécois disait qu'on avait assez de lits. Et c'était dans une proposition où on diminuait de 500 lits en 2013 le nombre de lits dans les années subséquentes. C'était ça, l'article. Le titre était *CHSLD : 500 lits de moins d'ici deux ans à Montréal*. Et l'explication était donnée par le ministre de la Santé de l'époque. Alors, lui, il fermait des lits, le Parti québécois fermait des lits, et il disait qu'en plus il n'avait pas besoin de construire. Et là je rejoins mon collègue de Saint-Jean, à savoir : Est-ce qu'on doit s'en aller vers les chambres à un lit? Bien, moi, je suis d'accord avec ça, et c'est ce que l'on fait.

Maintenant, là, il y a un enjeu, et c'est un enjeu qui est très simple. Si je voulais faire ça à la grandeur du réseau, bien, il me faudrait un méchant budget, là. Ça coûte cher, construire un CHSLD. Et peu de gens se rappellent qu'au Québec, au Québec, là, il y a près de 40 000 personnes, un peu moins, qui sont hébergées en CHSLD public ou conventionné. C'est une ville entière, ça. Alors, reconstruire une ville, là, c'est assez spectaculaire. Juste de même, là, je rappelle, là, que le même ministre en question, dans une autre entrevue — je n'ai pas la date... oui, j'ai la date ici, toujours la même année, en 2013 — disait qu'il y avait un surplus de lits à Québec. Il y en avait trop à Montréal, il y en avait trop à Québec, et il ne prévoyait pas construire.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** M. le Président, le ministre a procédé, en décembre dernier, à une annonce — bon, je comprends qu'il prétend en faire plusieurs, et là il ne se souvenait plus de cette annonce-là qu'il avait faite, mais il l'a quand même faite — pour désengorger les urgences, pour réduire les temps d'attente dans les hôpitaux, pour avoir plus de lits pour répondre à cet objectif-là ministériel. Cependant, au même moment, et là je n'embarque pas dans le débat, là, sur le fond, mais il y a quand même une perte de lits, là. 75 lits de moins à l'institut de gériatrie de Montréal en ce moment. Donc, du 75 lits, là, qu'on ferme, quand le ministre dit : Il y en a 770 nouveaux. Bien, il y en a... On parle de 695. On ne parle pas de 770. Et là, ma question, c'est : Ailleurs, au Québec, est-ce qu'il y aura d'autres fermetures de lits pour atteindre cet objectif-là?

Le ministre peut bien nous dire : Ça prend des constructions pour tout ça. Il y a une différence entre constructions, puis rénovations, puis réaménagements. Il le sait. Cependant, M. le Président, au même moment, le ministre, et il le sait, il le sait, il y a un problème avec les ressources intermédiaires. Les ressources intermédiaires ont de la difficulté à avoir du personnel. Pourquoi? Parce que les cas, en ressources intermédiaires, sont de plus en plus exigeants. On fait en sorte qu'il y a eu une reclassification à la baisse des soins apportés aux personnes qui sont en ressources intermédiaires.

Donc, actuellement, dans les ressources intermédiaires, c'est des gens qui nécessiteraient des soins CHSLD mais qui sont actuellement en ressources intermédiaires. Et là le ministre nous dit : Bien, on essaie de trouver des ressources. On ne veut pas trop construire. On veut que ça soit rapide, parce qu'on a un objectif de 1 000 d'ici le budget. Le budget, il est passé. On est en retard. On veut en faire 2 100. Donc, le ministre, actuellement, là, il fait quoi avec les ressources intermédiaires? Quel est son niveau... Probablement qu'il y a des négociations qui se passent avec les ressources intermédiaires, mais qu'est-ce qu'il répond aux ressources intermédiaires, là, qui ont de la difficulté à trouver du personnel, à maintenir le personnel parce qu'ils n'ont pas les budgets nécessaires du gouvernement pour assurer un personnel qualifié, faire en sorte qu'il puisse répondre aux besoins puis offrir les soins? Parce que, bon, on le voit, là, il y a de moins en moins d'infirmières, il y a de moins en moins de ressources offertes par les institutions dans nos ressources intermédiaires.

Donc, en ce moment, on a des ressources intermédiaires qui menacent de fermer ou qui ferment — on l'a vu encore la semaine passée au Saguenay—Lac-Saint-Jean, à Alma — et le ministre a une obligation, avec raison, d'offrir les places nécessaires pour les personnes qui ont besoin de soins et il a un retard dans son nombre de places en CHSLD ou dans des ressources. Donc, il fait quoi avec ça?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le député de Saint-Jean. En vous rappelant, M. le ministre, qu'il reste 2 min 45 s au bloc.

**M. Barrette :** M. le Président, là, de dire d'aller à Québec en passant par Paris, là, je pense que, dans la dernière intervention, on est allés à Paris puis on a fait une escale en Afrique du Sud, on est passés par Shanghai puis on vient de revenir à Québec. Alors là, je vais reprendre toutes les affirmations de notre collègue, là. Et, pour ce qui est de ma mémoire, si sa présentation... sa question avait été précise, j'aurais répondu immédiatement, parce que je n'ai pas annoncé 1 000 lits. J'ai fait une annonce de 100 millions de dollars pour les NSA. Et évidemment que notre collègue a choisi de prendre une fraction de l'annonce au lieu de faire référence à l'annonce. Ça, c'est comme de dire, hein, c'est comme de dire : Voici, vous avez un livre, puis il y a un mot dans le livre, puis le livre, c'est un dictionnaire, mais il me demande de lui envoyer la page avec un mot. C'est à peu près comme ça, là. Alors là, à un moment donné, il faut être précis.

Alors, pour ce qui est de sa mémoire, bien, je lui rappellerai que lui, il ne s'est pas rappelé que son parti avait décidé de baisser de 500 lits le nombre de lits de longue durée à Montréal, puis qu'il y en avait trop à Québec. Ça, là, quand c'est le temps d'avoir de la mémoire sélective, il n'y a pas de problème au Parti québécois.

**M. Turcotte :** ...ma question était claire...

**M. Barrette :** Bien là, c'est quoi, le règlement, là?

**Le Président (M. Merlini) :** À quel article vous faites référence, M. le député?

**M. Turcotte :** Bien, premièrement, il me prête des intentions en...

**Une voix :** 35.

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

**M. Turcotte :** Premièrement, il me prête des intentions, M. le Président. Article 35, Mme la collègue de Verdun. Et ma question était très claire : Il fait quoi avec les négos pour les ressources intermédiaires qui vivent une situation... Et ça va s'empirer avec tout ce qu'on parle, là, des problèmes dans les CHSLD et le manque de personnel. Ma question était très claire, M. le Président.

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

**M. Barrette :** ...évidemment, puisque...

**Le Président (M. Merlini) :** ...à la question du député, s'il vous plaît.

**M. Barrette :** Bien oui, puisque la question était précédée d'un immense préambule que je n'ai pas le choix de commenter. S'il ne veut pas que je commente son préambule, il a juste à ne pas en faire, de préambule. Ça va être bien plus simple. Qu'il pose la question directement.

Alors, je vais continuer avec son préambule. Alors là, il me reproche de parler de construction, puis il dit : La construction, ce n'est pas... Écoutez, là, lui, il dit — écoutez bien ça, là — que de passer de six lits à un lit, par exemple, c'est de la rénovation. Bien, moi, je veux juste vous dire, là, que, si, ici, là, je voulais faire une place Ville-Marie dans l'Assemblée nationale, elle est bien grande, notre salle, là, mais je vais être obligé de construire quelque chose.

Maintenant, pour ce qui est de la négociation à laquelle il fait référence, il nous a fait un long préambule pour nous parler de la difficulté d'avoir certaines ressources intermédiaires pour finir avec une question sur la négociation. C'est la deuxième fois, M. le Président, dans cette étude des crédits, c'est la deuxième fois, M. le Président, qu'une des deux formations politiques vient prendre fait et cause dans la négociation d'une organisation représentative avec le gouvernement. Bien, on est en négociation, M. le Président, on l'est encore, et la négociation va suivre son cours. Et ce n'est pas ici que ça va se régler.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Maintenant, nous allons du côté du gouvernement avec la députée de Chauveau. Vous avez un bloc de 20 min 30 s. À vous la parole, Mme la députée.

**Mme Tremblay :** Merci beaucoup, M. le Président. J'aimerais revenir sur le dossier des superinfirmières. Le ministre qui a annoncé récemment le projet Archimède à la Clinique médicale St-Vallier, qui vise notamment à traiter plus de patients. C'est un projet pilote d'une durée de cinq ans, pour lequel on a accordé 3,5 millions de dollars.

Et, M. le ministre, j'aimerais comprendre un peu plus en quoi consiste ce projet pilote, le projet Archimède.

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

• (12 h 30) •

**M. Barrette :** M. le Président, si ma collègue est d'accord, je vais juste peut-être terminer ma réponse précédente puis je pense que la collègue va être bien, bien intéressante, parce que... intéressée, pardon, parce que ça va rejoindre un peu la question qu'elle vient de me poser.

Et je vais la terminer, parce que là où j'allais en arriver il y a quelques minutes lorsque je parlais des infirmières praticiennes spécialisées, juste pour faire le lien, je disais que, là, il y avait un enthousiasme, et il y avait plus de candidates qualifiées, là, intéressantes qui se présentaient que de postes. Puis on a dit : On va prendre plus de postes. Et là je terminais ma phrase en disant «et en plus». Mais le «et en plus», il est le suivant : c'est que, là, on se rend compte que les trois domaines initiaux qui étaient la cardiologie, la néphrologie et la néonatalité, auxquels s'est rajouté, au fil du temps, les IPSPL, les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, bien là, on se rend compte avec le milieu... Et, quand je dis avec le milieu, là, je parle à la fois, oui, de l'ordre professionnel et des syndicats, les deux. Là, on parle à ces gens-là et les facultés puis on dit : Il me semble qu'il y a d'autres secteurs d'activité qui pourraient être très, très, très bons pour les infirmières praticiennes spécialisées particulièrement. J'en prends un comme exemple, qui est celui des CHSLD. Les

CHSLD, là, c'est un territoire, à mon avis, parfait pour les infirmières praticiennes spécialisées. Avec une formation adéquate et un certain nombre de décisions qui peuvent être prises de façon autonome, parfois en collaboration avec un médecin partenaire qui n'a pas toujours besoin d'être là, c'est un nouveau territoire. Et là on voit dans nos discussions qu'il y a de nouveaux territoires qui s'ouvrent.

Je vous donne un autre exemple qui est beaucoup plus... qui est un autre extrême, les oncologues. Les oncologues réalisent et en demandent. Et les ordres professionnels, les syndicats le voient aussi, les infirmières praticiennes spécialisées qui font pas juste l'intermédiaire au sens d'intermédiaire, mais qui sont le point de chute en oncologie. En oncologie, là. Au lieu d'appeler Dr Untel, j'appelle Sophie. Sophie, j'ai eu tel médicament. Puis Sophie connaît le monsieur ou la madame. Elle connaît le traitement, est capable, dans sa formation, si elle est formée, de prendre des décisions complexes, cliniques, changer des traitements à la limite. Mais là on arrive à ça. Et là qu'est-ce qu'on voit? Comme je le disais tantôt, on voit des médecins voir, et ils sont convaincus, là, ils ont vu la lumière, peut-être. Et là on voit les nouveaux champs d'expertise se développer et qui sont demandés.

Alors, à la fin, là, grâce à l'opportunité de l'accélération des programmes de formation, bien, ça ne sera plus juste des IPS, PL, néphro, cardio, néonate. On va en avoir dans beaucoup d'autres secteurs. Bien, je profite de l'occasion, pour ceux qui nous écoutent, pour réitérer et renchérir sur le fait que, venez, il y a des jobs pour vous autres. Et il y a des carrières extraordinaires à faire. C'est le début d'un nouveau chapitre. Ça aussi, c'est un début, un autre élément de la transformation du réseau qu'on est en train de mettre en place.

Ça, c'est en lien direct avec la question que ma collègue me pose, la députée de Chauveau. C'est en lien direct, parce que le projet Archimède est un parallèle ou un corollaire, c'est selon la mathématique que vous voulez utiliser, la géométrie que vous voulez utiliser, à ce que je viens de dire. Le projet Archimède en soi, c'est vraiment quelque chose d'unique. Et c'est unique de plusieurs manières.

La première manière, là, c'est que ce sont des médecins et des infirmières praticiennes spécialisées qui se sont assis ensemble puis ont dit : On peut faire mieux, on peut faire plus, on peut faire plus efficacement avec ce mode de fonctionnement là. Et je vais m'y attarder. Puis c'est la question aussi qui m'était un peu posée. Et je vais m'y attarder parce qu'on a vu, ce matin, à la période de questions, l'incompréhension totale du chef de l'opposition officielle de ce qu'est une superclinique et de ce qu'est certainement le projet Archimède. Parce qu'il y a un parallèle absolu à faire entre les deux, là. On a vu le chef de l'opposition officielle se mettre les deux pieds dans les plats et étaler à la face du monde son ignorance de ce qu'est une superclinique.

**Une voix : ...**

**Le Président (M. Merlini) :** Soyez prudent dans les propos utilisés par rapport au chef de l'opposition.

**M. Barrette :** O.K. Sa méconnaissance du milieu en question, qu'on va bien illustrer par un parallèle qui est celui du projet Archimède.

Le projet Archimède, là, ce sont des médecins de famille qui, avec les infirmières praticiennes spécialisées, ont posé l'hypothèse suivante : Si nous avons les équipes multidisciplinaires appropriées, évidemment, incluant des infirmières praticiennes spécialisées, nous pensons, le postulat à être vérifié est celui-là : nous pensons qu'un médecin peut avoir à sa charge, inscrits, non pas 1 000 patients, non pas 1 500 patients, mais bien 3 000. Imaginez si chaque médecin de famille avait à sa charge 3 000 personnes, 3 000. Il y a 9 000 médecins de famille au Québec, là. Faites le calcul, là. 9 000 fois 3 000, ça fait pas mal de monde, là, qui sont pris en charge, Ça fait plus et beaucoup plus que la population du Québec. C'est ça, leur hypothèse.

Est-il possible, quand on dit de prendre en charge, ça, ça signifie que les besoins de santé dans le continuum de santé de première ligne sont résolus au complet par cette équipe-là? Et, quand je dis «cette équipe-là», bien, ça veut dire qu'il y a un paquet, une majorité de moments, d'épisodes de soins qui sont totalement pris en charge par un autre professionnel que le médecin, notamment une infirmière praticienne spécialisée. Ça peut être un travailleur social, ça peut être un pharmacien, ça peut être une diététicienne, et ainsi de suite. Mais c'est une équipe suffisamment nombreuse, donc beaucoup plus nombreuse que les médecins, qui prennent en charge les patients pour leur moment, leur épisode de soins. Mais les médecins sont là pour les situations où c'est un peu plus complexe, un peu comme ce que j'ai illustré hier en lisant le texte de loi, hein? Contrairement à ce que la collègue, la députée de Taillon, disait, les infirmières autonomes, les infirmières praticiennes ont une pratique autonome, mais, dans la loi, dans certains cas, doivent référer à un médecin de famille ou une autre personne, un autre médecin. C'est ça qui est écrit là. C'est le médecin partenaire, c'est ça qui est écrit dans la loi.

Est-ce qu'on peut, et là je viens à mon point pour ce qui est de la méconnaissance du chef de l'opposition officielle, vous imaginer ce qu'une équipe additionnelle peut ajouter en termes de production? Dans les supercliniques, c'est exactement ça qu'on fait. Au niveau maximal des supercliniques, on envoie jusqu'à 12 personnes professionnelles de plus qui viennent faire quoi? Donner plus de services publics, payés par l'État en plus grand nombre.

C'est ça qu'on refuse du côté de l'opposition officielle. On ne veut pas voir que l'addition d'heures et de personnel entraîne une offre de service significativement augmentée qui va alléger les urgences. À Archimède, ça va plus loin que ça encore. On n'est pas à l'urgence, là, on est avant l'urgence. Et on met en place des équipes professionnelles multidisciplinaires avec une prédominance d'infirmières praticiennes spécialisées pour... et pour faire en sorte que la population n'ait plus à aller ailleurs pour des problèmes courants. C'est un magnifique projet.

Non seulement c'est un magnifique projet, c'est un projet qui est aussi... on le dit expérimental. Le choix du mot a été à dessein, là. On a choisi expérimental parce qu'il y aura une analyse clinique et économique faite par des professionnels,

des chercheurs de l'Université Laval, sans biais. Il y a des chercheurs au Québec dans ce domaine-là qui ont certains biais, je ne nommerai pas les chercheurs en question, mais les gens les connaissent. Là, on aura, ici, une analyse objective, objective du début à la fin.

Le début, M. le Président, ce n'est pas compliqué, M. Tremblay, Mme Boisvert, elle vient pour quelle raison? Et comment son problème a-t-il été réglé? Ça veut dire, à la fin, là, on va pouvoir faire une analyse organisationnelle, statistique, épidémiologique, clinique de ce qui se passe, de l'entrée à la sortie. Ça, ça aura un impact sur tout le Québec. Pourquoi? Parce que le projet Archimède a une autre qualité qui est fondamentale, il va s'exercer dans un quartier défavorisé.

Alors, les conclusions qu'on va pouvoir tirer de cette expérience-là, sur la base de l'analyse, vont pouvoir s'appliquer ailleurs parce que techniquement... et ça, je ne surprendrai personne si je dis que les problèmes de santé ont une relation directement proportionnelle à la situation socioéconomique, mais tout le monde va être d'accord avec le fait que ce que l'on va voir là non seulement est reproductible ailleurs pour le même niveau, mais est plus simple pour des niveaux plus favorisés. Un beau projet. Et ce projet-là, on le finance. On le finance, on le paie, c'est le public, là, même si c'est dans un cabinet privé, pour ne pas irriter les coeurs de l'opposition officielle. Mais c'est public et ça sera analysé, ça sera publié et ça sera un enseignement pour le Québec.

C'est un beau projet et en soi, et, à ce titre-là, je dois féliciter la présidente de l'association des infirmières praticiennes spécialisées, elle est là. C'est elle qui est l'initiatrice de ça, et les médecins ont embarqué. Moi, je trouve que c'est un magnifique projet. C'est ça, le projet Archimède.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Mme la députée Chauveau, il reste 10 minutes à votre bloc.

**Mme Tremblay :** Je voudrais maintenant qu'on revienne... Il reste combien de temps?

**Le Président (M. Merlini) :** 10 minutes.

• (12 h 40) •

**Mme Tremblay :** 10 minutes. J'aimerais maintenant qu'on revienne sur le guichet d'accès à un médecin de famille. Donc, on en a parlé tout à l'heure, le GAMF, qui est disponible directement par les usagers et par les médecins pour accélérer et faciliter l'inscription des usagers auprès d'un médecin de famille. Le GAMF, on l'a mentionné tout à l'heure, ce n'est pas la seule façon pour se trouver un médecin de famille, mais c'est quand même un outil supplémentaire qui est offert à la population, mais aussi aux médecins pour atteindre leurs cibles. Donc, on invite évidemment la population à continuer à s'y inscrire. Tout à l'heure, avec le député de Lévis, on a parlé de la projection de la prise en charge qui est faite par le système et qui n'est peut-être pas tout à fait juste en raison, là, des vieilles données de l'ancien système GACO. Maintenant, ce que j'aimerais savoir, M. le ministre, c'est : Est-ce que les médecins l'utilisent? Est-ce que c'est efficace? Déjà, est-ce qu'on peut voir les résultats, est-ce que ça a porté fruit?

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

**M. Barrette :** La réponse, M. le Président, c'est oui, les médecins l'utilisent. Il est vrai qu'au début, les médecins y ont vu quelques difficultés. D'ailleurs, on a apporté des changements à l'outil. Comme dans n'importe quel système, quand on le met en application, il y a une période de rodage qui nous permet de détecter quelques bogues, là — ça se dit, je pense, aujourd'hui, en français — dans le système, et ça a été corrigé.

Les médecins nous ont demandé, même sont allés plus loin... Et on le fait dans certains cas. Les médecins nous ont dit : Vous pourriez nous aider encore plus. Puis, dans l'entente qu'on a, on a dit qu'on les aiderait si on pouvait arriver à destination. Ils nous ont dit : Pourriez-vous nous aider à construire des listes? Mettons, moi, là, au lieu d'aller en chercher 50, bien, proposez-moi, construisez-moi une liste en fonction des lourdeurs des priorités, là, et des âges, la démographie, et ainsi de suite. Construisez-moi des listes. Moi, c'est plus simple pour moi si j'ai une liste de 50, par exemple, de 20, de 30 plutôt que d'en appeler 20 ou 30. On fait ça actuellement dans les régions plus métropolitaines. Et ça va bien, ça accélère les choses.

Alors, aujourd'hui, je dirais... Et c'est ça qui va arriver avec le temps, plus le temps va avancer dans l'année 2017 et plus le guichet va être utilisé, parce que je pense qu'on a vidé ou pas loin de vidé le pool de population auquel le médecin peut s'adresser directement, vous et moi et ceux qui nous écoutent qui vont voir le médecin. À un moment donné, quand on en a 800 000 à inscrire, c'est plus simple d'avoir un guichet. Et là il y a une mécanique qui se met en place. Et, s'il y avait consentement, je pourrais passer la parole au Dr Antoine Groulx, lui-même médecin de famille, qui... un de nos directeurs, qui est essentiellement à la tête de l'organisation de toute cette réforme-là en première ligne avec d'autres collègues. Mais il est un des architectes du fameux guichet.

**Le Président (M. Merlini) :** Est-ce que j'ai le consentement pour permettre au Dr Groulx d'adresser la commission?

**Des voix :** Consentement.

**Le Président (M. Merlini) :** Consentement. Alors, Dr Groulx, pour le bien de l'audiovisuel, vous identifier, donner votre titre et adresser la question qui a été posée.

**M. Groulx (Antoine) :** Alors, bonjour. Antoine Groulx. Je suis directeur général adjoint à la Direction générale des services de santé et médecine universitaire. Je poursuis dans le sens de ce que madame avançait?



**Le Président (M. Merlini) :** Allez-y. Oui.

**M. Groulx (Antoine) :** Alors, l'utilisation du guichet est effectivement importante. C'est un guichet qui permet, je vous dirais... pratiquement les trois quarts des inscriptions qui sont faites par les médecins sont actuellement tirées de ce guichet. On retrouve à peu près... Et là je pourrais avoir les chiffres exacts, là, à vous donner, mais on retrouve à peu près les trois quarts de ces inscriptions qui sont prises parmi ces trois quarts à même des octrois qu'on appelle des attributions particulières. Ces attributions particulières sont finalement une attribution de patients qui sont enregistrés sur le guichet et que les médecins veulent avoir, qui est faite et préparée à partir des gens qui travaillent sur les guichets, donc des gens des établissements qui travaillent au sein de ces guichets d'accès aux clientèles orphelines et qui préparent des octrois de patients respectant un ensemble de priorités, de priorités des plus urgents à inscrire aux moins urgents à inscrire, donc une espèce de portail relativement équilibré pour l'ensemble de ces patients. Alors, c'est effectivement à partir du guichet que ces inscriptions sont faites, donc dans une très large mesure.

**Mme Tremblay :** Une des critiques qu'on avait entendues de la part des oppositions notamment, c'est que les médecins préféreraient inscrire des patients en bonne santé, qui sont plus faciles à gérer et qui ont moins d'impact sur leur taux d'assiduité. Donc, si je comprends bien vos propos, ce n'est pas tout à fait fondé comme critique.

**M. Groulx (Antoine) :** Bien, au contraire, en fait, les médecins ont très largement dans le passé inscrit les patients les plus vulnérables tels qu'on le voit dans l'ensemble des patients actuellement inscrits au Québec. Les patients les moins vulnérables sont ceux qui sont encore à inscrire à l'heure actuelle de façon majoritaire. Donc, historiquement, c'est le contraire qui a été démontré. À partir du guichet, les attributions particulières comme les attributions automatisées, c'est-à-dire lorsque le médecin génère une liste à partir du guichet, sont des attributions qui, dans tous les cas, comportent un nombre important de patients de priorité A, B, C, qui sont des conditions de santé, si on veut, que l'on a reconnues comme prioritaires et qui demandent effectivement à être priorisées lors des octrois. Donc, tout à fait.

**Mme Tremblay :** Donc, c'est un outil qui est apprécié de la part des médecins puis évidemment des patients qui sont enfin pris en charge.

**M. Groulx (Antoine) :** Bien, en fait, des médecins, il l'est de plus en plus. Je vous dirais qu'un peu comme tous les systèmes informatiques — le ministre l'évoquait — quand on met en place un tel système, des ajustements peuvent être apportés pour raffiner l'adaptation. Des travaux ont été faits à cet égard avec la RAMQ. Et je vous dirais que, dans les dernières semaines, les derniers mois, le niveau de satisfaction du corps médical de cet outil GAMF est très grand par rapport à ce qu'il a pu être au tout début. Quant à la population, la popularité du guichet, elle a été très grande au lancement et elle redevient de plus en plus populaire, traduisant certainement aussi un intérêt manifeste qui est issu du résultat et du succès que connaît le guichet. Comme les patients parviennent à obtenir un médecin de famille par le guichet, un bouche-à-oreille s'opère et, ultimement, les patients obtiennent finalement un intérêt significatif et notoire à s'inscrire sur ce guichet, puisqu'ils gagnent effectivement, au solde, souvent, un médecin de famille.

**Mme Tremblay :** Donc, grosso modo, on pourrait dire qu'il y a combien de patients qui ont été pris en charge grâce à ce nouveau système? Est-ce qu'on a des données là-dessus?

**M. Groulx (Antoine) :** Ce sont des données que je pourrais certainement vous obtenir.

**Mme Tremblay :** Merci beaucoup. J'aimerais aborder un autre sujet, les Rendez-vous santé Québec, un nouveau système. Je ne vous cacherai pas que, depuis mon élection, et je dirais même quand je travaillais à la radio, parce que c'est un sujet qui avait fait l'objet de discussions, on se disait souvent : Bien, pourquoi, quand je veux voir mon médecin de famille, je dois faire la file à l'extérieur des cliniques, aux petites heures du matin, même en janvier quand il fait froid dehors et que je risque d'être encore plus malade, en espérant être dans les premiers pour réclamer un rendez-vous avec un médecin, ou encore pourquoi je dois appeler la veille ou aux petites heures du matin sans arrêt avec mon téléphone en espérant avoir une réponse au bout de la ligne, alors qu'Internet existe? Donc, je suis très fière de dire : Mais enfin on est arrivés au XXI<sup>e</sup> siècle avec une solution uniforme, une solution simple, une solution gratuite, parce qu'on a tous maintenant un ordinateur, une tablette, un cellulaire sur lequel on peut se brancher sur Internet pour prendre un rendez-vous. Bien, c'est ce qu'offre maintenant Rendez-vous santé Québec, donc une solution en ligne qui sera bientôt disponible pour tous les Québécois.

Je vous rappelle ce qui a été fait dans ce dossier-là jusqu'à maintenant. Donc, novembre 2015, adoption du projet de loi n° 20, qui confie l'opération de la solution à la RAMQ; mars 2016, octroi du contrat à la suite d'un appel d'offres; avril 2017, donc tout récemment, lancement officiel et mise en ligne du site Web d'information et la conférence, à ce moment-là, du ministre.

Donc, M. le ministre, j'aimerais que vous nous parliez plus en détail de ce nouveau système. Donc, comment ça va fonctionner? Qu'est-ce qu'on va pouvoir obtenir exactement comme information? Et à partir de quand ce sera implanté?

**Le Président (M. Merlini) :** M. le ministre, à moins que vous ne vouliez répondre en 45 secondes, je propose que vous donniez réponse à la députée de Chauveau lors du prochain bloc du gouvernement, qui va suivre le bloc de l'opposition officielle, un bloc de 18 minutes. M. le député de Saint-Jean, alors, à vous la parole.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. Le projet de loi n° 81 a été adopté le 9 juin 2016, le projet de loi n° 81, Loi visant à réduire le coût de certains médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments en permettant le recours à une procédure d'appel d'offres. À la question 124 des réponses aux questions particulières de l'opposition officielle, à la question «Nombre d'appels d'offres lancés en vertu du projet de loi n° 81» ainsi que le bilan, la réponse qui est écrite : «Aucun appel d'offres n'a été lancé au cours de l'exercice 2016-2017. Le règlement final prévoyant les modalités des appels d'offres a été publié le 5 avril dernier.»

Première question : Est-ce que le ministre a l'intention de procéder au premier appel d'offres dans un avenir rapproché?

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

• (12 h 50) •

**M. Barrette :** M. le Président, évidemment, je pense que mon collègue et tout le monde comprendra que là on entre dans un territoire pour lequel je peux difficilement donner des réponses précises parce que, là, faire un appel d'offres, après, ça va être sur quoi, et ainsi de suite, ça, c'est le genre de choses qui, dans une mécanique d'appels d'offres, je ne peux pas vraiment divulguer à l'avance, là. Ce qui est important pour nous, et je pense que tout le monde l'a compris, c'est de faire en sorte qu'on ait des leviers pour obtenir un meilleur prix dans le médicament, particulièrement dans le médicament générique, évidemment, parce que l'appel d'offres ne peut se faire que dans le générique.

Alors, nous nous sommes donné un levier, un excellent levier. On travaille à son application. Et ce n'est pas par mauvaise foi, là, M. le Président, je ne pense pas pouvoir aller plus loin dans mes réponses. Le levier est là, il était recherché et il aura un effet, il n'y a aucun doute là-dessus, et on verra dans les prochaines semaines et mois.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** Merci, M. le Président. Le ministre est quand même... Le ministre veut procéder par appel d'offres, il a déposé un projet de loi, il y a eu une étude du projet de loi, le projet de loi a été adopté en juin 2016. Le ministre a quand même aussi déposé un règlement et, maintenant, le règlement final... bon, en avril dernier. Donc, le ministre doit avoir quand même une idée de quand ce mécanisme-là d'appels d'offres va pouvoir être en branle et combien d'appels d'offres pense-t-il faire dans l'année 2017.

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

**M. Barrette :** Alors, je vais répondre le plus précisément possible à la première partie de la question. Nous sommes prêts, dans les prochaines semaines, à faire un appel d'offres. Combien on en fera? Là, on va trop loin dans le détail, parce que ça, c'est révélé. Si je dis, par exemple, qu'on va faire 200 appels d'offres en deux ans, j'envoie le message à l'industrie que je vais diviser, en catégories et en sous-catégories, blablabla, les centaines et milliers de molécules qu'il y a sur le marché. Alors, je ne suis pas disposé à donner ce genre d'information là aujourd'hui, pour des raisons d'intérêt gouvernemental. Ce n'est pas politique, c'est purement gouvernemental, pouvoir de négociation. Et, quand je prends le chiffre 200 comme exemple, je le prends à dessein, parce que c'est ridicule. Il n'y a personne qui va faire 200 appels d'offres dans les deux prochaines années, là.

Alors, simplement pour faire comprendre que me demander d'aller un peu plus loin, je m'enlève, moi, comme agent négociateur, comme donneur d'ouvrage, là, prenez l'expression qui vous conviendra, je m'enlève un levier puis je ne peux pas faire ça, là.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. M. le député de Saint-Jean.

**M. Turcotte :** M. le Président, qu'est-ce qui explique le délai entre l'adoption, le 9 juin 2016, du projet de loi et l'adoption du règlement final le 5 avril dernier?

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

**M. Barrette :** Bien, écoutez, je peux vous en donner un, qui est de... Et là je ne vais certainement pas lancer le blâme sur les gens concernés, là, on sort d'une grève des juristes, là. Mais je pense que notre collègue est au courant que la rédaction de certains règlements et projets de loi a été ralentie. Et je pèse mes mots, je ne lance le blâme à personne. Je ne fais qu'indiquer que notre mécanique habituelle a subi un ralentissement de bon aloi, hein, tout ça s'est passé selon les règles, mais il y a une circonstance exceptionnelle qui a ralenti la production, et de projets de loi et de règlements, et ça s'est fait selon les règles de l'art de la négociation prévue de nos conventions. Puis c'est bien correct comme ça. Mais, à la question, il y a une réponse factuelle, qui est celle-là.

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

**Mme Lamarre :** Merci, M. le Président. Alors, en réponse à la question qui avait été posée tantôt à M. Groulx, on la retrouve, nous, dans nos questions en ce qui concerne les guichets : le nombre de personnes qui ont une demande d'enregistrée au guichet qui ont été inscrites auprès d'un médecin de famille, c'est 243 893 personnes. Le nombre de personnes qui attend actuellement sur le guichet, c'est 498 075 personnes. Donc, il y a énormément de gens qui souhaitent être sur ce... en fait, qui ont besoin encore d'un médecin de famille et qui sont stationnées sur ce guichet.

En fait, 60 % des gens qui sont sur le guichet le sont depuis un an, depuis la période la plus... Je vous dirais, dès que le guichet a été ouvert par le ministre, eh bien, les gens se sont précipités, se sont inscrits, et il y a actuellement 60 % des gens qui sont sur le guichet qui ont été dans les premiers qui se sont inscrits sur ce guichet-là et qui sont encore stationnés sur ce guichet-là.

Maintenant, on a demandé, dans l'étude de crédits, à avoir un petit peu plus de détails sur... des détails démographiques sur les personnes qui étaient là. Et ce qui est assez frappant et bouleversant, je vous dirais, c'est de constater... Vous savez, M. le Président, l'espérance moyenne de vie pour les hommes au Québec, c'est 80 ans et six mois. L'espérance de vie moyenne pour les femmes, c'est 84 ans maintenant. Alors, on a actuellement, sur le guichet d'accès, donc, des gens qui n'ont pas de médecin de famille qui veulent en avoir un, on a 12 000 personnes qui ont 80 ans et plus. Ça veut dire que les hommes qui sont sur ce guichet-là, il reste, en principe, selon leur espérance de vie, six mois avant qu'ils puissent bénéficier d'un médecin. Après ça, ils risquent de mourir, alors, si on y va statistiquement. Mais moi, j'y vais de façon humaine et je me dis : Qu'est-ce qui peut justifier, dans une société comme le Québec, le fait qu'âgés de 80 ans et plus nous ne soyons pas capables d'avoir accès à un médecin de famille? Est-ce qu'il y a une chance que ces gens-là n'en aient pas besoin, que ça ne soit pas une priorité? Et on a 12 000 personnes de plus de 80 ans qui n'en ont pas. Alors, qu'est-ce que le ministre prévoit faire pour corriger cette situation-là?

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

**M. Barrette :** M. le Président, je suis très déçu de l'attitude et de l'approche de notre collègue, vraiment, vraiment, vraiment. Et je vais bien illustrer mon propos, M. le Président. Au Québec, pour les personnes de plus de 80 ans, 95,4 % des citoyens du Québec âgés de plus de 80 ans sont inscrits à un médecin de famille. Et le 5 % restant, M. le Président, ça représente environ 17 000 personnes. Et je tiens à informer la collègue, qui choisit de ne pas le prendre en considération, que, dans nos CHSLD, il y a 40 000 personnes. Et qu'une très, très, très grande partie de ces gens-là ont plus de 80 ans. Et ceux qui ne sont pas inscrits sont probablement en CHSLD.

Il y a une limite, M. le Président, à prendre la parole. Il y a une limite à prendre la parole et faire ce genre de propos là qui noircissent une situation qui est extrêmement positive dans la réalité et qui mettent le focus sur une situation qui n'est probablement pas celle que la collègue décrit. Moi, là, que 95,4 % des gens soient inscrits chez un médecin de famille pour la population de plus de 80 ans, c'est un succès considérant le fait que les personnes restantes qui ne sont pas inscrites à un médecin de famille, bien, il y en a une grande partie qui ne sont pas aptes probablement et qui n'ont pas d'intérêt à être inscrites à un médecin de famille parce qu'en CHSLD. Et, par-dessus ça, M. le Président, il y aura toujours des gens qui ne cherchent pas nécessairement à être inscrits à un médecin de famille.

Alors, au Parti québécois, et particulièrement ma collègue, elle le fait régulièrement, on décrit une situation volontairement comme étant négative...

**Une voix : ...**

**Le Président (M. Merlini) :** Un instant! Un instant, M. le ministre. Un instant, M. le ministre. Le temps que vous avez utilisé était de 2 min 30 s. Puis le ministre est encore à l'intérieur de son 2 min 30 s pour sa réponse. M. le ministre, rapidement.

**Mme Lamarre : ...**

**Le Président (M. Merlini) :** Je n'en vois pas, Mme la députée. Veuillez continuer à la réponse, s'il vous plaît, M. le ministre.

**M. Barrette :** Et je n'en ai pas. Et je n'ai fait que faire un constat. Et, comme toujours, lorsque notre collègue est coincée, on essaie de m'interrompre et de changer de sujet. Je vais lui redonner la parole maintenant avec le plus grand des plaisirs.

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

• (13 heures) •

**Mme Lamarre :** Merci, M. le Président. Je pense que le ministre n'a pas bien écouté l'origine de mes 12 000 patients de 80 ans et plus. La question qu'on a posée, ce sont des patients qui sont en attente au guichet d'accès de médecine familiale. 12 000 personnes. Là, il y en a 11 919, personnes de plus de 80 ans qui ont essayé de s'inscrire, soit par informatique ou quand ils ne l'ont pas par téléphone. Et, en attendant, elles se sont inscrites pour obtenir un médecin de famille. On n'est pas dans ceux qui n'en veulent pas, de médecin de famille. On est dans ceux qui en veulent et qui ont 80 ans et plus. Qu'est-ce qu'il faut de plus pour avoir accès à un médecin de famille au Québec?

Si, à 80 ans, on n'est pas capables d'avoir accès à un médecin de famille, c'est vraiment problématique. Et je pense que le ministre doit, à un moment donné, faire face à la réalité de ces chiffres-là. C'est lui qui a instauré un guichet. C'est lui qui a dit, à la population du Québec : Passez par cette voie-là. Ce sera la façon la plus sûre d'obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille. Et là les chiffres sont là. Les chiffres sont têtus. Ils donnent l'heure juste. Et ce sont 12 000 personnes de plus de 80 ans. Je rajouterais, il y a 28 785 personnes entre 70 et 80 ans, ce qui n'est pas non plus des gens très jeunes et des gens qui, en général, ont des problèmes de santé et qui méritent d'avoir, de façon urgente, un médecin de famille. Mon collègue, tantôt, le député de Lévis, a fait référence à des situations concrètes également.

Alors, il faut, à un moment donné, que le ministre prenne acte, reconnaisse les limites de ces outils, de ces mesures, et dise qu'est-ce qu'il va faire concrètement pour ces 12 000 personnes de 80 ans et plus qui demandent, qui supplient pour avoir un médecin de famille et qui n'en ont pas.

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

**M. Barrette :** M. le Président, on n'est pas dans l'enflure politique ici, là. Qui demandent, qui supplient... Alors, moi, je vais citer Réjean Hébert, sous le Parti québécois. Qu'avez-vous fait, vous autres? Qu'avez-vous fait, lorsque vous étiez au pouvoir, quand on titrait, le 20 février 2014 : *Médecins de famille, un jeu de patience, 687 jours?* C'est au Parti québécois que les citoyens du Québec étaient stationnés dans un ghetto qui était votre outil. C'est au Parti québécois qu'on n'a rien fait. C'est au Parti québécois qu'on a créé la situation actuelle. C'est au Parti québécois qu'on s'en fichait complètement, M. le Président. C'était ça, la réalité de son parti. Et la collègue, M. le Président, quand elle prend la parole en tentant de dénigrer ce que nous faisons, qui est un succès, elle dénigre automatiquement les actions de son parti. Je suis heureux qu'elle le fasse. Elle le fait à répétition.

La réponse, monsieur, elle est très claire, M. le Président. On a mis en place un outil qui va faire en sorte que, dans les prochaines semaines, les prochains mois, ces gens-là auront accès à un médecin de famille. Mais tout ne se fait pas en une journée. Et je vais lui donner un exemple, M. le Président, très simple. À partir du moment où, pour être inscrit, on doit avoir une évaluation première, en personne, qui prend environ une heure, qu'elle fasse le calcul, ça fait 12 000 heures qu'on doit répartir sur un certain nombre d'individus.

Les médecins de famille ont pris à bras-le-corps cet enjeu-là et le réalisent. Il ne peut pas se réaliser en un jour. Et nous leur avons donné 18 mois pour le faire, et ils sont en train de le faire. Et le seul angle que trouve la députée de Taillon pour critiquer ce que l'on fait, c'est que tout n'est pas réalisé en une journée. C'est ça, la politique du Parti québécois, une politique de désinformation de la réalité. C'est ça, le Parti québécois. Ils ne veulent pas... et ils ont une inquiétude profonde et ils craignent intensément le succès qui sera au bout de cet exercice-là.

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

**Mme Lamarre :** M. le Président, le ministre extrapole à chaque fois. Il gaspille des secondes précieuses dans un contexte où on a besoin de réponses précises. Alors, j'ai posé une question précise : Qu'est-ce qu'il a comme plan concret pour les 12 000 personnes de 80 ans et plus? S'il n'a rien de concret, à part le fait qu'ils sont inscrits puis que leur tour va arriver, bien, c'est ça qu'on entend, puis la population l'entend, puis elle jugera. Alors, je vais passer à une autre question.

Alors, dans les personnes vulnérables, on a, bien sûr, les personnes très âgées, mais on a aussi les tout-petits. Alors, dans les bébés de zéro et d'un an, on a 4 823 parents qui ont inscrit leur bébé de moins de deux ans sur le guichet d'accès et qui sont toujours sur ce guichet. 4 823. Pour les enfants de deux à cinq ans, qui sont des enfants qui sont souvent sujets à des infections des voies respiratoires, à différents problèmes de santé et où, très souvent, on va aussi avoir à poser un diagnostic sur des maladies plus graves, comme de la fibrose kystique, ou des maladies qui vont avoir besoin d'être diagnostiquées le plus tôt possible, on a 11 870 enfants de deux à cinq ans qui sont inscrits sur le guichet. Ce qui fait, en tout, 16 600 enfants du Québec qui ont moins de cinq ans et qui sont en attente sur le guichet. Alors, qu'est-ce que le ministre compte faire pour ces enfants?

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

**M. Barrette :** Je peux vous dire certainement ce que je fais, et certainement ce que je ne ferai pas. Alors, je ne ferai jamais, jamais, jamais ce que le Parti québécois propose de faire actuellement, parce que là où nous amène la députée de Taillon, c'est de faire une sélection de patients sur d'autres critères que ceux que nous avons. Elle sait très bien, la députée de Taillon, elle le sait, elle le sait que nous avons une priorisation des patients. Une personne âgée passe avant une personne en pleine santé de 18 ans, tout comme les enfants passent tôt, hein? On en a, des critères de vulnérabilité — c'est comme ça que ça s'appelle — et l'attribution des places se fait en fonction de ça.

Et là arrive la question du temps. Et, je le répète, M. le Président, nous avons dit que cette démarche-là se ferait sur une période de 18 mois. Mon collègue le Dr Groulx est venu à l'instant au micro expliquer qu'on donnait les patients les plus vulnérables en premier aux médecins. C'est ce que l'on fait. Mais là où nous emmène la députée de Taillon, c'est de faire une sélection encore plus. Ce n'est pas compliqué, au Parti québécois, les citoyens ne sont pas tous égaux. Et, quand on met en place des grilles, des échelles de vulnérabilité, le Parti québécois fait de la politique. Il voudrait aller plus loin. Bien, qu'elle nous indique, la députée de Taillon, que ferait le Parti québécois s'ils avaient entre leurs mains notre outil.

Et je rappelle, M. le Président, que le Parti québécois s'est opposé à tout ça. Et l'ironie de la chose, c'est qu'aujourd'hui les outils auxquels se sont opposés et le Parti québécois et la CAQ, maintenant, ils sont bons. Ils n'étaient pas bons avant, et là il faut les utiliser avec plus d'agressivité. C'est incroyable, M. le Président. C'est même, à mon sens, politiquement inacceptable.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon, il vous reste 45 secondes.

**Mme Lamarre :** Je suis très contente que le ministre m'ait posé une question, parce que je l'ai, la réponse à sa question. 3 245 médecins de famille ont eu une attribution au guichet d'accès. 3 245 seulement sont allés, puis ils sont allés une fois. Alors, si le ministre demandait aux médecins de prioriser les gens qui sont sur le guichet d'accès, parce que

ce sont des gens qui ont signalé un problème de santé clair, net et précis et qui veulent avoir un médecin, il y aurait une façon de faire en sorte que ces patients-là soient pris en priorité. Et les autres qui se présenteront spontanément, sur la bonne foi, pourront avoir leur place après les gens qui se sont identifiés comme voulant avoir des soins et demandant en s'inscrivant sur un guichet.

Ça, là, ce n'est pas départager les gens. C'est donner priorité à l'outil qu'on a créé et qui donne un signal clair aux gens que ceux qui ressentent des symptômes... Parce que la présomption du 85 %, c'est de dire : Le 15 % des gens, ce sont des gens qui ne sont pas malades et qui ne veulent pas en voir, des médecins. Alors, ceux qui disent : Moi, je veux en voir, comment se fait-il qu'on n'ait pas plus que la moitié des médecins, la moitié des médecins de famille qui aient pris un patient sur le guichet d'accès? La réponse est là.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon. Ça met fin au bloc avec l'opposition officielle. Nous avons un dernier bloc maintenant pour terminer notre avant-midi, quoiqu'on a dépassé midi, avec le gouvernement pour un bloc de 21 minutes. Qui prend la parole? Chicanez-vous pas, là. Mme la députée de Chauveau.

**Mme Tremblay :** J'aimerais revenir pour avoir la réponse du ministre. Tout à l'heure, je lui ai posé une question concernant Rendez-vous santé Québec. Donc, j'aimerais l'entendre à ce sujet.

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

**M. Barrette :** Je donnerai la réponse lorsque j'aurai complété ma réponse à celle de la députée de Taillon. C'est exactement ce que l'on fait, M. le Président, c'est exactement ce que l'on fait. Le problème de la députée de Taillon, je vais le répéter, c'est que la députée de Taillon voudrait, elle, parce qu'elle les aime beaucoup, que les médecins soient des employés de l'État et qu'on leur ordonne de prendre tel patient. Bien, la société...

**Mme Lamarre :** Article 35. Clairement, il me prête des intentions...

**Le Président (M. Merlini) :** Un instant, s'il vous plaît.

**Mme Lamarre :** ...il dit : La députée voudrait que... Alors, ça fait plusieurs fois qu'il évoque cette situation-là. C'est vraiment un cas de 35, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini) :** Effectivement. M. le ministre, je vous demande d'être prudent dans vos propos, et de ne pas prêter d'intentions à la députée de Taillon quand vous illustrez votre point.

**M. Barrette :** Très bien, alors je l'invite, je l'invite, à son prochain bloc, à nous dire, un, si son souhait est de mettre les médecins à salaire et si, deux, elle veut avoir... si son parti vise que, dans son programme électoral, les médecins soient sous l'autorité, dans leur pratique, du gouvernement. Parce que c'est ce dont elle parle. Nous, à l'intérieur de ce qui est possible légalement au Québec, nous avons mis en place une mécanique qui est exactement celle qu'elle suggère, et qui est mise en application, et qui ne peut pas, et je le répète, avoir un résultat maximal en deux mois, pour les raisons que j'ai expliquées abondamment. Alors, aujourd'hui, ce qu'elle fait est de dépendre une situation d'une façon que l'on comprend, que l'on voit, et là il n'y a pas d'intention...

**Mme Lamarre :** Article 35. Il me prête encore des intentions.

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

**Mme Lamarre :** Qu'il arrête de dire ce que je fais, et qu'il fasse ce qu'il a à faire. C'est tout.

**Le Président (M. Merlini) :** Il est en train de répondre à votre question. Il a déjà corrigé ses propos. Ce n'est pas prêter une intention de dire ce que vous faites, Mme la députée. Alors, M. le ministre, veuillez continuer, s'il vous plaît.

• (13 h 10) •  
**M. Barrette :** ...M. le Président, particulièrement quand elle fait vraiment ça, elle dépeint une situation qui ne correspond pas, en gravité et en intensité, à la situation. Et ça, M. le Président, il y a des mots pour ça que, malheureusement, je ne peux pas prononcer.

Alors, je vais conclure là-dessus, M. le Président. Il y a 95,4 % des gens de 80 ans et plus qui n'ont pas accès à un médecin de famille et qui, pour les autres, y auront accès. Et ce sera le cas pour tous ceux qui en ont besoin, parce qu'on a mis en place une mécanique qui le permet, n'en déplaise à la députée de Taillon.

Maintenant, pour ce qui est de Rendez-vous santé Québec, alors, qu'est-ce que Rendez-vous santé Québec? C'est quelque chose qui n'est pas compliqué. Nous avons choisi de moderniser notre système de santé, au grand désespoir du Parti québécois. Parce que, je vais le répéter, ça, ce n'est pas prêter des intentions. Ce n'est même pas gérer les émotions de mes collègues au Parti québécois. C'est simplement faire des constats. On sait qu'au Parti québécois... Qu'est-ce qu'on ne veut pas voir, hein? À tous les jours, je suis convaincu qu'il y a quelqu'un, au Parti québécois, qui se couche, s'endort en se disant : Il ne faut pas que ça marche. Parce qu'on ne veut pas que ça fonctionne, hein? Parce qu'on veut aller en campagne électorale avec quelque chose de négatif à dire.

**Mme Lamarre** : ...encore, il y a quelqu'un qui se couche, au Parti québécois, à tous les soirs en se disant...

**Le Président (M. Merlini)** : Oui, effectivement.

**Mme Lamarre** : ...qu'il ne veut pas que ça marche. Comment le ministre peut objectivement...

**Le Président (M. Merlini)** : Merci, Mme la députée. M. le ministre, je vous avise une dernière fois d'être prudent dans vos propos et de ne pas prêter des intentions ni à la députée de Taillon ni aux gens du Parti québécois de cette façon, en disant qu'ils se couchent en pensant à... que le système de santé que vous dirigez ne fonctionne pas. Alors, je vous invite encore une fois à une grande prudence.

**M. Barrette** : M. le Président, je suis convaincu que, si on leur donnait le choix, qu'au Parti québécois on préfère que le succès soit minimal. Plus près de 0 % que de 100 %.

Alors, je pense que, pour transformer le système de santé, il fallait un gouvernement, un, qui sache de quoi il parle, et qui, deux, prenne les décisions qui soient appropriées. C'est quelque chose qu'on n'a pas vraiment vu entre 2012 et 2014, jusqu'au mois d'avril. Alors, depuis ce temps-là, nous posons les gestes nécessaires pour transformer le réseau, le moderniser. Et, quand on regarde ce qui se passe sur la planète en termes de relations entre le patient et le système de santé, on constate que, dans la plupart des pays industrialisés, il est possible, sauf au Québec, et je dirais même dans la plupart des provinces canadiennes, je dirais même presque partout au Canada, de prendre un rendez-vous sur un site Web. Un site Web, ce n'est rien d'autre qu'une application que l'on peut utiliser sur son téléphone, sur sa tablette, sur son ordinateur pour prendre un rendez-vous. Et c'est ce que l'on propose à la population.

On sait que, dans les dernières années, il y a eu beaucoup de controverses sur le fait qu'il y avait, sur le marché, un système de prise de rendez-vous d'une compagnie, que je ne nommerai pas, qui était gratuit dans certaines circonstances et payant dans d'autres. Or, avec les lois que nous avons passées récemment à propos des frais accessoires, c'est quelque chose qui n'est pas possible et qui n'est pas souhaitable non plus, à mon avis. Et d'ailleurs, quand on regarde les autres systèmes, il n'y a pas ça dans les autres systèmes de santé. Il n'y a personne qui paie pour prendre un rendez-vous, en aucune circonstance. C'est ça, la réalité.

Alors, nous avons choisi de mettre en place un système universel de prise de rendez-vous pour un citoyen, un patient auprès de son médecin auquel il est inscrit ou auprès d'un autre médecin si ce médecin-là n'est pas disponible. Là, on tombe, on comprend, dans l'assiduité, là. Si un médecin n'est pas disponible, bien, il faut avoir accès à un autre avant d'aller à l'urgence. L'idée est de donner une opportunité de rendez-vous chez un médecin, avec un médecin, autrement que d'aller à l'urgence. Rendez-vous santé Québec, c'est ce que ça fait.

Alors, de la façon dont ça fonctionne pour les médecins qui sont participants... participants à l'outil, pas participants à la RAMQ, là, pour un médecin qui accepte de fonctionner avec ce système de rendez-vous là... Et là la question qui viendra après, c'est : Est-ce que tout le monde devrait un jour être avec ça? Pour moi, je vous le dis tout de suite, c'est oui, la réponse à ça. Alors, le médecin, avec ce système-là... c'est-à-dire, le citoyen, avec ce système-là, va s'identifier, s'inscrire par le biais de sa carte d'assurance-maladie et de ses données personnelles et voir la disponibilité, une plage de disponibilité soit chez son médecin soit, si son médecin n'est pas disponible, chez un autre médecin, dans un rayon de x kilomètres, qui sera sélectionné par le patient lui-même. Alors, ce que ça, ça fait, bien, ça permet au citoyen, en toutes circonstances, d'avoir un accès à ça.

Pour donner quelques informations supplémentaires, je pourrais même passer la parole au P.D.G. de la RAMQ, d'ailleurs, M. Jacques Cotton, qui est avec nous aujourd'hui, et qui a, sous son autorité, le développement et le déploiement de cet outil.

**Le Président (M. Merlini)** : Est-ce que j'ai le consentement des membres de la commission pour permettre à M. Cotton d'adresser la commission? M. le député de Lévis?

**M. Paradis (Lévis)** : Consentement.

**Le Président (M. Merlini)** : Consentement? Merci beaucoup. Alors, M. Jacques Cotton, veuillez vous identifier pour les biens de l'audiovisuel et aller à la réponse, s'il vous plaît.

**M. Cotton (Jacques)** : Oui. Jacques Cotton, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Effectivement, on a eu le mandat de développer cet outil, Rendez-vous santé Québec. Actuellement, on va avoir un site pilote, que le ministre a annoncé, là, avec les cliniques de Laval, pour nous permettre de tester ce système-là. Parce que ça nous prend tout le temps un endroit pour faire des essais, pour faire les améliorations avant de voir à l'implantation, éventuellement, plus large pour l'ensemble du Québec. C'est un système qui va permettre aux citoyens, effectivement, soit par le Web ou soit, même, par téléphone, parce que ce n'est pas tout le monde qui peut avoir accès à Internet, de pouvoir prendre un rendez-vous, là, en appelant sa clinique, puis c'est la clinique qui va mettre le rendez-vous sur le système, ce qui va éviter aux gens d'aller faire la file ou d'appeler à toute heure, des fois, avec des heures très limitées. Donc, ça va être un accès beaucoup plus grand, en fonction des plages, naturellement, que les médecins vont rendre disponibles.

C'est pour ça qu'on a cet exercice pilote là, M. le Président, à Laval avec six cliniques, pour tester, là, les différentes fonctionnalités du système et faire les ajustements nécessaires avant de l'ouvrir à l'ensemble des citoyens. Mais actuellement, si les gens veulent voir un peu ce que ça va donner quand il sera disponible pour l'ensemble, sur le site Web

de la RAMQ, il y a une petite capsule vidéo qui explique un peu comment va fonctionner le prochain système, là, qui va être disponible bientôt pour les gens de Laval, qui sont dans les six cliniques, et éventuellement pour l'ensemble des citoyens du Québec. Ça donne déjà une idée de la version actuelle, qui va probablement avoir des améliorations, mais on a déjà quand même une bonne idée de ce que le logiciel va offrir comme possibilité de services. On a tous les exemples, un peu, là... que le ministre a un peu décrits tantôt.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. Cotton. Mme la députée de Chauveau.

**Mme Tremblay :** ...on se donne combien de temps pour le déployer dans l'ensemble du Québec?

**M. Cotton (Jacques) :** Le plan de déploiement n'est pas établi encore, là. C'est le ministre qui va décider un peu avec les fédérations médicales. Là, ce qui a été convenu, ce qui est actuellement convenu, c'est le site pilote avec les six cliniques de Laval. Puis probablement que, selon le résultat aussi, il y a des modifications qu'on aura peut-être à apporter au système. On verra notre capacité d'être disponibles pour l'ensemble du Québec à l'automne ou en janvier. Ça va dépendre des ajustements qu'on aura à faire. Mais nous, actuellement, sans faire le... on serait capables, là, de subir un certain grand déploiement. Le système est prêt. C'est pour ça qu'on est prudents puis qu'on travaille avec six cliniques, juste s'assurer qu'on n'a rien oublié, puis voir avec les utilisateurs aussi, là, les changements. Mais, par après, on va être rapidement disponibles, nous, pour... Le système va être disponible pour le déploiement. Il est prévu pour ça. Ça va être plutôt une stratégie de déploiement qu'il y aura à élaborer, éventuellement, pour l'automne.

**Mme Tremblay :** Merci beaucoup, M. Cotton. Alors, je cède maintenant la parole à mon collègue.

**Le Président (M. Merlini) :** M. le député de Beauce-Sud, à vous la parole. Il reste 11 minutes au bloc gouvernemental.

• (13 h 20) •

**M. Busque :** Alors, je vous remercie, M. le Président. Alors, puisque c'est ma première intervention ce matin, alors j'en profite pour saluer mes collègues et les collègues des oppositions, bien entendu, saluer le ministre et tous les gens qui l'accompagnent.

Alors, ma question, M. le ministre, concernera la loi n° 92 et les nouveaux pouvoirs qui sont conférés à la Régie d'assurance maladie du Québec.

Alors, le 6 avril 2016, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait, à l'Assemblée nationale, le projet de loi n° 92. Les dispositions contenues dans ce texte initial visaient à renforcer, à différents titres, les pouvoirs conférés à la RAMQ et à lui accorder des outils supplémentaires pour intervenir. Alors, la loi n° 92 fut sanctionnée le 7 décembre 2016.

Alors, j'aimerais vous informer de quelques éléments contenus dans cette loi. Entre autres, la loi permet à la Régie de l'assurance maladie du Québec de recouvrer, d'un professionnel de la santé ou d'un tiers, une somme illégalement obtenue d'une personne assurée. La loi prévoit des sanctions administratives pécuniaires applicables au professionnel ou au tiers ayant réclamé ou obtenu un paiement à l'encontre de la loi ainsi qu'une augmentation du montant des amendes applicables. La loi permet également à l'assurance maladie d'attribuer des pouvoirs d'inspection à la régie.

Parlant de nouveaux pouvoirs, parlant de pouvoirs d'inspection, le 23 mars dernier, dans un article publié, titré comme suit : *Les inspecteurs de la Régie de l'assurance maladie du Québec débarquent à l'Institut de l'oeil des Laurentides...* alors, commentaire qu'on retrouvait dans cet article : «Ce serait la première fois de l'histoire de la RAMQ que des inspecteurs se présentent à l'improviste pour saisir des documents. Cette opération serait rendue possible par la loi visant à accroître les pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie, adoptée fin 2016, qui donne des pouvoirs d'inspection et d'enquête accrus à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Auparavant, les enquêtes devaient être initiées uniquement à la suite de plaintes. Désormais, la Régie de l'assurance maladie du Québec peut lancer des enquêtes de son propre chef.»

Alors, M. le ministre, on voit clairement un exemple de nouveaux pouvoirs de la Régie de l'assurance maladie du Québec. J'aimerais vous entendre justement un peu plus, de façon générale, sur cette nouvelle loi, la loi n° 92, et sur ce qu'elle change au niveau de la Régie de l'assurance maladie du Québec ainsi que pour tous les Québécois.

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

**M. Barrette :** M. le Président, s'il y a consentement, je redonnerais la parole à M. Cotton, parce qu'évidemment tout cet exercice-là, là, a été le résultat d'une intervention de la Vérificatrice générale dans le rapport que nous connaissons et qui était dirigée vraiment très directement à la RAMQ. Et M. Cotton, dans ce dossier-là, a eu à piloter vraiment tout le côté juridique qu'il nous amène aujourd'hui. Et il est probablement la personne la mieux placée pour répondre à la question, là.

**Le Président (M. Merlini) :** Alors, M. Cotton, allez-y. Vous avez la parole.

**M. Cotton (Jacques) :** Merci, M. le Président. Bien, effectivement, comme le mentionnait M. le député de Beauce-Sud, la RAMQ dispose maintenant de nouveaux pouvoirs depuis décembre 2016. Il y a quelques éléments que j'aimerais mettre en évidence. M. le député en a parlé, le pouvoir d'inspection. Ce qui est modifié, effectivement, c'est le pouvoir d'inspection. Maintenant, la régie peut se présenter sans avis, dans des heures raisonnables, là, à toute heure raisonnable, dans n'importe quel endroit où un professionnel de la santé, un dispensateur de services, un fabricant de médicaments ou un grossiste en médicaments reconnu exerce ses fonctions ou ses activités, et exiger des informations et des documents.

Naturellement, il a été prévu aussi dans ces pouvoirs-là qu'il y a des infractions pénales qui sont prévues pour si on fait entrave au travail d'un inspecteur. On peut aussi également, maintenant, la régie, exiger tout document contenu dans le dossier d'une personne assurée. C'est quand même un changement important. Et la régie a la possibilité maintenant de demander une injonction à la Cour supérieure pour faire cesser des pratiques qui contreviennent à une disposition des lois qu'elle administre.

Autre changement important, c'est les délais de prescription, délais de prescription qui passent maintenant de trois ans à cinq ans pour des services qui étaient jugés non conformes par la RAMQ, et jusqu'à 10 ans pour des services faussement décrits. Donc, ça, c'est quand même un changement important, ce qui nous permet d'avoir le temps de faire nos enquêtes. Et, en plus, le délai de prescription, dès qu'on signifie à quelqu'un qu'il est sous enquête, est bloqué pendant un an. Donc, ça nous permet... justement, ça donne le temps à la régie de faire ses travaux, de faire ses enquêtes sans perdre des années où on peut récupérer de l'argent si jamais il y avait de l'argent à récupérer. Naturellement, les amendes aussi, on l'a mentionné, sont maintenant substantielles. Et on a également réduit, pour raccourcir les délais, le temps où un professionnel ou un tiers peut contester une décision de la régie. Auparavant, les gens avaient jusqu'à six mois pour contester une décision de la régie. Maintenant, c'est passé à 60 jours.

Selon la nature des fautes, le député de Beauce-Sud en a parlé, il y a des sanctions administratives et pécuniaires qui peuvent être appliquées également. Et la régie aussi a le pouvoir maintenant de réclamer à un citoyen... si jamais il aide une personne à obtenir un service, avec une carte d'assurance maladie, pour lequel il n'était pas admissible. La régie a le pouvoir aussi de rendre une décision et de recouvrer, d'un fabricant ou d'un grossiste en médicaments, un montant qui correspond aux ristournes, gratifications ou autres avantages non autorisés qu'il a consentis.

Et, changement important aussi, la régie a le pouvoir, la possibilité maintenant de divulguer un renseignement à un ministère, un organisme et un corps de police. La régie peut recouvrer aussi auprès des professionnels de la santé sans qu'un citoyen fasse une réclamation. Auparavant, dans les frais facturés particulièrement, on devait avoir une réclamation d'un citoyen avant de pouvoir réclamer l'argent auprès d'un professionnel de la santé. Maintenant, dès qu'on constate qu'il y a une pratique qui est non conforme, on peut réclamer l'argent, même si les citoyens ne nous ont pas fait une demande de remboursement. Et, pour les citoyens, ce qui est également intéressant, c'est que les gens disposaient d'un an, avant, pour nous faire des réclamations. Maintenant, ils disposent de cinq ans pour nous envoyer leur réclamation.

De quelle façon maintenant la régie s'est donné les moyens pour répondre à tous ces nouveaux pouvoirs là? Bien, effectivement, on a dû revoir notre façon de fonctionner. C'est un changement majeur, hein, et ça fait déjà deux ans au moins qu'on travaille sur ces nouveaux pouvoirs là. Et également je l'associe aussi à la démarche qu'on a faite de changer tout notre système de rémunération pour augmenter tout notre système de contrôle. On a également, dans l'objectif d'assurer la réalisation et la continuité d'un virage contrôle — c'est comme ça qu'on l'appelle à la RAMQ, le virage contrôle — que la RAMQ a entrepris... on a mis une nouvelle équipe, qui a été mise en place afin d'assurer la coordination puis la mise en application de tous ces nouveaux contrôles là et de ces nouveaux pouvoirs là et de faire les arrimages à l'interne avec les différentes directions.

L'analyse des besoins des effectifs aussi. Ça, on en avait parlé à différentes tribunes. Est-ce que la régie a les effectifs nécessaires pour jouer notre rôle? Effectivement, on a fait l'analyse de nos effectifs. Ça nous a permis d'identifier des mesures à très court terme où on a fait le choix de laisser de côté, dans toute cette réorganisation-là, des contrôles qui étaient moins à risque et de diriger nos gens sur des contrôles qui étaient plus à risque. Et, avec ces nouveaux contrôles là, associés au système de rémunération... on aura peut-être l'occasion de reparler... qui est maintenant en place. On en a parlé longtemps, qu'il s'en venait. Maintenant, il est en place.

Au moment où le projet de loi, parce que c'était un projet de loi à l'époque, était à l'étude, le ministre transmettait, au bénéfice de la RAMQ, une demande pour l'ajout de 95 000 heures rémunérées à son enveloppe d'effectifs. Ça pouvait donner jusqu'à la possibilité d'embaucher 50 personnes. De ce nombre, on a eu 22 effectifs supplémentaires, c'est-à-dire environ la moitié, 40 000 heures, qui nous ont été octroyées. Ces heures-là nous ont été octroyées en novembre 2016, et on a mis en place, à partir de ces nouveaux effectifs là, une nouvelle équipe spécialisée. Puis je m'explique. Cette nouvelle équipe spécialisée là, en lien avec nos pouvoirs et notre nouveau système de rémunération, est composée d'analystes, d'actuaire dédiés, avec différents professionnels, à déceler des situations atypiques au niveau de la facturation des professionnels de la santé, développer des algorithmes et permettre de mieux contrôler, avec des filtres à l'entrée, déjà, tout le... ce que nous permet de faire maintenant notre nouveau système de rémunération.

Je vous rappelle qu'on compte plus de 350 personnes actuellement à la RAMQ qui sont dédiées aux activités de contrôle, dont 80 % de ces 350 personnes là sont au contrôle de la rémunération des professionnels. La balance est pour l'admissibilité des gens et de l'assurance médicaments. De ça, on a environ 16 inspecteurs, une vingtaine d'enquêteurs, une quarantaine de professionnels de la santé, médecins et pharmaciens. Et il ne faut pas s'arrêter seulement aux... Quand on dit 21 enquêteurs et 16 inspecteurs, en tout temps, on peut ajouter des gens pour des dossiers bien particuliers. Je peux, moi, donner le pouvoir d'enquêteur à des gens, des pouvoirs d'inspecteur, au besoin, avec une spécialité particulière, pour travailler sur un dossier. Donc, ça, c'est notre base pour travailler. Mais, en tout temps, selon les dossiers qu'on a à traiter, on ajoute des gens de façon ponctuelle sur des temps bien précis.

En conclusion, est-ce que la RAMQ dispose de tous les outils nécessaires puis les méthodes d'analyse de ses systèmes plus performants pour mieux contrôler la facturation des professionnels? Je vous dirai oui. Avec les mesures mises en place, avec le nouveau système de rémunération à l'acte aussi, qui nous permet, là, avec les pouvoirs, de faire ce lien-là, la RAMQ est beaucoup mieux outillée qu'elle l'était auparavant pour contrôler la facturation des professionnels, puis elle le sera davantage avec toutes les mesures encore à venir.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Cotton. Ça met fin à nos travaux cet avant-midi.



Et, compte tenu de l'heure, je suspends donc les travaux de la commission jusqu'à 15 heures, où nous poursuivrons notre mandat. Bon appétit à tous.

*(Suspension de la séance à 13 h 30)*

*(Reprise à 15 heures)*

**Le Président (M. Merlini) :** À l'ordre, s'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! Nous allons reprendre nos travaux à la salle de l'Assemblée nationale.

Je vous rappelle que la commission est réunie 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.

Nous en étions rendus, ce matin, après la dernière intervention du gouvernement, au deuxième groupe d'opposition officielle. Vous avez un bloc de 21 min 30 s, M. le député de Lévis, la parole est à vous.

**M. Paradis (Lévis) :** Merci, M. le Président. Alors, continuons sur notre lancée et je vais échanger encore avec le ministre concernant le guichet d'accès, d'autant plus qu'on a eu des éclaircissements également du Dr Groulx un peu plus tôt cet avant-midi. Deux choses.

D'abord, je sais, M. le Président, que le ministre disait un peu plus tôt dans notre précédent échange que les gens pouvaient aussi... et d'ailleurs c'était la recommandation au cas que j'ai donné plus tôt ce matin, que les citoyens peuvent, au-delà du guichet d'accès, tenter d'obtenir, en tout cas de trouver un médecin de famille par d'autres voies, ce qui avait été proposé à Pierre, mon exemple, lorsqu'il a dit : Bien, ça fait depuis mars 2014 que je suis là-dessus puis j'ai une condition de santé qui est loin d'être favorable. Et on lui a répondu : Bien, oui, mais on fait notre possible, mais il y a moyen aussi de faire des démarches.

Tout simplement dire et informer le ministre, M. le Président, qu'il a fait ce qu'on lui a dit, qu'on l'avait informé que des médecins d'une clinique précise dont j'ai le nom avaient de la place, il a appelé, et qu'on lui a dit au téléphone que les médecins ne passaient que par le guichet. Alors, ce n'est pas nécessairement facile pour le citoyen qui est un peu perdu dans ça et qui espère, comme le ministre l'a dit, probablement pouvoir avoir un médecin plus rapidement qu'il ne l'a présentement.

M. le Président, dans les crédits, à la question 299, sur le délai moyen d'attente pour des patients orphelins inscrits au guichet d'accès aux médecins de famille, il y a... puis c'est parce qu'il faut parler des bonnes choses quand on aborde ce thème-là, puis là il y a deux choses qui se contredisent, là, il y a les deux données. Le ministère indique qu'en mars 2017, le délai de prise en charge variait de 178 à 263 jours selon la condition médicale du patient, 429 000 personnes classées hors délai.

D'abord, question bien simple, là, que les gens le sachent, quand l'on dit 429 000 personnes classées hors délai, classées hors délai de quoi dans la tête du ministre? Du 30-90 à venir ou hors délai du nombre de jours qui avait été indiqué, ne serait-ce qu'à titre informatif, M. le Président?

**M. Barrette :** À titre informatif, M. le Président, c'est l'un ou l'autre ou l'un et l'autre, dépendamment des cas.

**M. Paradis (Lévis) :** D'accord, j'ai bien compris. L'autre tableau du ministère, celui-là est daté de décembre 2016, ça indiquait des délais variant de 444 à 598 jours selon la condition médicale, 434 000 sont classés hors délai. Au besoin, si le ministre le souhaite, j'ai aussi ces données-là que je peux déposer s'il veut vérifier ou avoir les chiffres face à lui. Alors, s'il le souhaite, je suis en mesure de déposer, M. le Président, ces documents-là, histoire de savoir ce dont on parle. En trois mois donc, c'est parce que c'est trois mois, décembre 2016 à mars 2017, il y a des délais d'attente qui auraient baissé de moitié même s'il y a seulement 5 000 patients de moins qui sont classés hors délai. Mathématiquement, il y a un problème.

Je demande au ministre lequel des deux tableaux reflète la réalité parce que, si on a, un jour, à s'y référer, il faudrait que le ministre constate les mêmes chiffres que nous d'autant plus qu'ils émanent de son ministère.

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

**M. Barrette :** M. le Président, je comprends bien la question qui m'est posée, mais je soumettrai à mon collègue bien respectueusement que, si on est pour, un jour, prendre un point de référence, parce que c'est ça qui est la question fondamentale de l'approche de mon collègue, qui est bien correcte... Alors, ce que notre collègue me demande, c'est : Il va bien falloir, à un moment donné, avoir un point de référence pour porter un jugement. C'est ça qu'il nous dit. Puis c'est correct, je suis même d'accord avec ça, M. le Président.

À un moment donné, il nous faut un point de référence sur lequel se baser pour porter un jugement, poser un geste critique même et ainsi de suite. Ça ne sera pas possible avant le 31 décembre 2017 à cause du défaut intrinsèque... pas le défaut, ce n'est pas un bon mot, à cause du biais intrinsèque qui vient de ce que j'ai expliqué de matin en ce qui a trait au GACO précédent, vous savez, le GACO, là, où les patients étaient parqués sous le Parti québécois. Bien, ça introduit un biais, et nous aussi, en partie, et ça introduit un biais. Alors, tant qu'on n'aura pas normalisé la chose, et la chose va être normalisée vers la fin 2017, si les médecins ont rempli leur engagement, parce que, lorsqu'ils l'auront rempli, cet engagement-là, sur le plan purement technique, parlons simplement de théorie, qui devrait se réaliser en pratique, là, mais sur le plan conceptuel, normalement, au fil de cette année-ci, 2017, devraient être inscrits tous les patients de l'ancien GACO, parce qu'eux sont mis en haut de la liste. C'est comme ça que ça devrait se passer.

Alors, normalement, les prochains patients, mettons à l'automne, là, progressivement, tous les patients qui seront sur le GACO seront de plus en plus les derniers rentrés, donc assujettis à une analyse du type de celle que veut faire le collègue, à savoir ont est rendus là, vous êtes inscrit le 15 novembre 2017, vous êtes un patient non vulnérable, bien, vous, là, vous devez être inscrit chez un médecin, si les médecins font leur travail tel que convenu, en dedans de 90 jours. C'est ça, ce moment-là.

Alors, tant qu'on n'a pas éliminé la liste du biais passé, on n'aura pas un point de référence valide et valable, mais plus on avance dans l'année, plus on s'approche de ce point de référence là. Et j'ose dire aujourd'hui, puis je pèse mes mots parce qu'on va certainement me citer, au 31 décembre 2017, c'est certain que c'est un point de référence valide.

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

**M. Paradis (Lévis) :** On peut s'étonner quand même, et je me demande, M. le Président, si le ministre partage quand même mon étonnement qu'en trois mois, parce que ce sont des données qui émanent du ministère, on soit passés dans des chiffres donnés d'un délai de 444 jours à 178 jours, parce que je n'arrive pas à me l'expliquer non plus puis je ne sais pas si le ministre a une explication, là, parce que les comptes rendus qu'on a, ce n'est pas qu'il y a plus de personnes qui ont reçu un médecin de famille, parce que le chiffre des hors délai sans médecin est toujours aussi important. Alors, c'est simplement aussi que je comprends mal cette différence-là dans un espace de temps si court, sans résultat réel en fonction des chiffres qui nous sont donnés.

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

**M. Barrette :** M. le Président, je n'ai pas l'explication détaillée, mais c'est sûr, et je peux... c'est vraiment une indication que je donne, là, ce n'est pas du tout une formule mathématique et une explication qui va satisfaire notre collègue. Même moi, elle n'est pas, pour moi-même, parfaitement satisfaisante. Au fil du temps, on fait des ajustements, on fait du peaufinement, il y a des choses que l'on corrige et pour arriver à une explication purement mathématique ou purement base de données, là, de quelqu'un qui gère des cellules et des colonnes, là, non, je n'ai pas la réponse qui peut lui expliquer. Mais globalement, par contre, la réponse que je donne est valable.

Puis je le répète, M. le Président, la base de données que l'on a actuellement, elle est biaisée et, tant que la population de la base de données... je ne parle pas de la... même s'il y a des patients au bout, je comprends, là, mais c'est un terme qu'on utilise, là, en statistique. Même si la population qu'on analyse et qu'on projette dans le futur est sous-optimale, bien, c'est celle que l'on a, et celle-là, avec le temps, va s'épurer, et la donnée, au fil du temps, et je sens qu'on aura encore cette discussion-là non pas dans des crédits à l'automne, mais... je l'ai dit et je le redis, là, plus on avance dans l'automne, plus on s'approche du 31 décembre 2017 et plus la donnée devient un point de référence valable et valide.

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

• (15 h 10) •

**M. Paradis (Lévis) :** M. le Président, j'ose espérer, en complétant, parce que le ministre a avancé, puis, oui, il y a une pression, puis j'ose espérer, au nom des patients, puis je parlais de Pierre ce matin, puis vous savez que les gens réagissent vite, hein, puis les gens, dans ce contexte-là, avec ces données-là, ont tendance à suivre beaucoup... Et je pense à... et je le salue, Fernand, qui a 76 ans et qui est diabétique, donc à un âge avancé avec une problématique de santé certaine. Pour lui, en tout cas, à son inscription, on lui a dit 801 jours. Bien, je comprends que Fernand devrait être sur le point d'avoir un appel, mais lui aussi sera à même de nous dire s'il y aura eu réponse à sa demande un peu plus tard. Mais assurément, et comme le dit le ministre, on aura l'occasion de revenir sur ce dossier-là.

J'aborderais un autre dossier qui est important, parce qu'on l'a aussi abordé. On a parlé des CHSLD, et là je vais aller du côté de ceux et celles qui sont aussi l'âme de ce système-là, ce sont les préposés, les préposés aux bénéficiaires, évidemment. Je parle des infirmières, des infirmières auxiliaires, bon, mais je parle spécifiquement. Maintenant, parlons des préposés aux bénéficiaires, parce qu'il y a une problématique, et le ministre l'a déjà mentionné, il me corrigera si je me trompe, mais il a dit : On a une problématique au niveau du recrutement, on en manque. On a besoin de ressources. Il y a une pénurie qui frappe toutes les régions du Québec, mais particulièrement aussi la région de Québec.

À un point tel que le gouvernement a accepté, pour pallier à ce manque-là, que 25 étudiants reçoivent une formation de cinq semaines. Il va y avoir deux semaines théoriques, il va y avoir trois semaines pratiques. Normalement, la formation, et les préposés qui nous écoutent le savent, doit être de 750 heures et dure six mois. 25 étudiants, ceux-ci, ceux-là doivent terminer d'ici les prochaines semaines. Ils sont déjà embauchés. Le besoin est là, c'est 25. On en aurait besoin de davantage, mais il faut croire que là c'est extrêmement urgent. On a décidé, donc, pour pallier à cette situation, de couper dans la formation, formation importante, là, M. le Président, qui doit veiller au quotidien, là, au soin, au bien-être de milliers d'ainés vulnérables et non autonomes, pour plusieurs d'entre eux, dans les CHSLD.

Là, le gouvernement explique que ces nouveaux préposés vont recevoir l'appui, en fait, vont être accompagnés par et encadrés, j'imagine, et là est tout le sens de la question, par des préposés ayant eu la formation adéquate. On peut se poser la question : Est-ce que ces nouveaux préposés, ces nouvelles recrues qui prendront du service seront aussi bien formées que les détenteurs d'un DEP? Bien non. C'est bien évident, on ne peut pas suppléer puis on ne peut pas compenser 750 heures et six mois de formation par cinq semaines.

Question qui est légitime : Est-ce que la qualité des soins offerts par ceux et celles qui vont avoir bénéficié d'une formation écourtée vont être les mêmes que ceux que donne un préposé? On peut légitimement de poser la question. Et ce n'est pas, comprenons bien, là, ce n'est pas la volonté qui manquera pour ceux qui veulent s'engager dans ce travail-là

extrêmement important mais qu'on devrait valoriser davantage. Ce n'est pas le fait qu'ils ne voudront pas les donner, mais ils n'auront pas la formation qu'on fait. Sachez que, dans la formation qui est donnée actuellement dans les 750 heures de cours, bien, on peut travailler en CHSLD, en CLSC, centres hospitaliers, ressources intermédiaires, ressources de personnes âgées. Puis c'est assorti de stages dans le milieu. Donc, on comprend que les nouveaux préposés formés rapidement n'auront pas la possibilité de faire ces stages-là.

La question que je me pose, M. le Président... Ce n'est pas la première fois qu'on a une pénurie à laquelle on doit répondre. Elle va peut-être se répéter. Il y a un fort taux de roulement pour un travail essentiel, mais pas facile. Est-ce que le ministre de la Santé peut s'engager? Et j'aimerais avoir une copie, parce que les gens s'inquiètent, du programme de formation accélérée en cinq semaines, histoire de voir ce que les gens vont suivre. Quel est le cursus de ce cours-là? Alors, on va axer sur quoi davantage? Je pense qu'au profit de ceux et celles qui y travaillent déjà, ceux et celles qui recevront des soins, c'est peut-être le fun de voir sur quoi on va s'engager puis vers quoi d'abord on va les former en priorité là-dessus, ce que l'on n'a pas.

Suggestion qui a été faite, et je la lance déjà au ministre, les gens ont dit : Pourquoi ne pas avoir favorisé une formation en continu, c'est-à-dire une formation long terme? Vous me direz, bon, par exemple, on lance un programme de formation progressif, évolutif permettant aux préposés en formation de commencer à travailler, encadrés, supervisés, mais inévitablement de devoir poursuivre leur formation de 750 heures, qui existe, doit être essentielle pour un travail aussi important. Question au ministre.

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

**M. Barrette :** Bon. M. le Président, pour qu'on soit sur la même page, et je vais redonner la parole à mon collègue s'il le désire, il me demande si je suis disposé à lui déposer un document qui résume la formation de cinq semaines comparée à la formation normale. Est-ce que c'est ça?

**M. Paradis (Lévis) :** Bien, M. le Président, en fait, quel est le programme de ce cours effectivement, en tout cas, que moi, je n'ai pas, qui existe peut-être mais que je n'ai pas vu. Mais je pense qu'il est essentiel, histoire de savoir de quelle façon seront formés ces futurs préposés plus rapidement.

**M. Barrette :** Bon, avec plaisir, M. le Président. Je ne l'ai pas formellement à ma disposition actuellement, parce qu'on me demande un document formel. Mais ça va me faire plaisir d'aller du côté de l'éducation, parce qu'évidemment la formation de PAB se donne dans le réseau de l'éducation et non par le ministère de la Santé. On va l'obtenir et on va le fournir.

**Le Président (M. Merlini) :** Alors, lorsque vous l'avez, vous pourrez l'envoyer au secrétariat de la commission, et nous en distribuerons à nos membres.

**M. Barrette :** Avec plaisir. Et la même chose évidemment pour la formation écourtée. M. le Président, je vais tenter, ici, de faire un... Je vais faire un commentaire qui a comme objet de rassurer la population. Puis, vous allez voir, vous allez être surpris de mon commentaire. Je pense que le collègue va être surpris, lui aussi, du commentaire. Aujourd'hui, là, pour faire une spécialité, mettons gastroentérologue, il faut faire un cours de médecine de cinq ans et une résidence de cinq ans. Parfois quatre plus cinq. Ça dépend des universités. On parle de médecine ici, là. On parle de la santé des gens au sens du risque du terme. Je pense que tout le monde va être d'accord qu'une erreur médicale peut potentiellement avoir, dans bien des cas, plus de risques qu'une erreur de quelqu'un d'autre, quoique des erreurs d'autres personnes peuvent avoir des impacts tout aussi graves.

Il a été envisagé et expérimenté, M. le Président, de donner des formations écourtées, raccourcies directement vers la gastroentérologie. Je prends l'exemple de la gastroentérologie, ce n'est pas vraiment ça dans la vraie vie, l'exemple, là, mais il a été écourté de donner des formations directes sans passer par le tronc commun, par exemple, qui est le cours de médecine avant d'arriver à une spécialité. Ça s'est vu. Il a même été expérimenté... Ça, ça a été fait à l'Université McMaster en Ontario, d'offrir des cours de médecine non pas de cinq ans, mais de trois ans, en omettant un paquet de choses qui ont été considérées comme étant presque de la culture générale médicale, pas nécessaire pour faire un cours de médecine, pour pratiquer la médecine.

Le point que je veux faire ici, c'est que, même dans un monde d'une complexité qui est celui... celle de la médecine, il est envisagé et a été testé des formations écourtées. C'est chez des populations sélectionnées, là, et ainsi de suite, et ça s'est fait. Alors, je fais le parallèle volontairement en disant ceci : Est-ce que le fait d'avoir une formation écourtée génère un risque accru pour les patients? Alors, si c'est faisable dans un dossier, un sujet complexe, un environnement complexe comme la médecine, il me semble que ça devrait être faisable aussi dans l'univers différent mais important des préposés.

Maintenant, il faut retenir aussi qu'actuellement, pour pratiquer le métier de préposé aux bénéficiaires, dans les conventions que nous avons actuellement, il n'y a pas cette obligation-là de formation. C'est une formation qui est offerte, mais qui n'est pas obligatoire. Est-ce que c'est préférable? Est-ce qu'il y a une plus-value à la formation? La réponse, c'est oui, mais elle n'est pas obligatoire. Si je refais mon parallèle, même une formation écourtée en médecine, là, on ne peut pas être médecin sans formation, mais on peut avoir une formation écourtée.

Pour être préposé aux bénéficiaires, on n'a pas obligatoirement besoin d'une formation, mais c'est préférable, et la portion mitoyenne qui est tout aussi préférable entre pas de formation, ce qui est faisable, et une formation mitoyenne, je pense que c'est un choix raisonnable d'appoint dans une situation d'exception. C'est ça qu'on a fait.

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

**M. Paradis (Lévis) :** C'est important, cet échange-là, M. le Président, parce que, on le sait tous, le travail des préposés aux bénéficiaires, il est, de un, essentiel, de deux, pas nécessairement facile, puis va au-delà, et les préposés en ont souvent parlé, de ce qu'on pourrait supposer. Il y a un environnement, il y a... D'ailleurs, si cette formation-là de 750 heures avec stage existe, bien, c'est parce qu'elle vaut quelque chose. C'est évident. Et là, bien, on décide de former parce que le besoin oblige à une formation raccourcie parce que... rapidement sur le terrain. Là, la façon dont parle le ministre, je veux rien que bien comprendre, est-ce que le ministre est en train de nous dire ou, en tout cas, d'ouvrir la porte au fait qu'on pourrait créer une... je dis ça de même puis je le mets entre guillemets, là, je ne sais même pas si le terme est exact, mais une deuxième catégorie de préposés aux bénéficiaires qui seraient des préposés aux bénéficiaires moins formés? Parce que le danger est aussi là, hein? Si on fait à peu près la même chose, si on est aussi importants, Dieu sait que, sur le terrain, on l'est, bien, je veux dire, une formation de cinq semaines, c'est quand même moins pesant qu'une formation de six mois.

Alors, le danger est aussi là, de faire en sorte qu'on crée quelque chose qui deviendra une espèce de norme faisant en sorte que ce dont on avait besoin comme formation oblige aussi une qualité à ce chapitre-là. Le ministre disait : On choisit une solution mitoyenne, mais pas permanente, et puis on répondait aussi, du côté de son attaché de presse, que ce sont des initiatives locales. Bien, je veux rien que m'assurer que c'est bien ça, parce que, de la façon dont le ministre me parle, M. le Président, quand il donne l'exemple des gastroentérologues, il me donne l'impression qu'éventuellement on peut dire : Ça pourrait aller. Puis ma crainte, c'est de faire en sorte que ça devienne une espèce de norme défaisant la précédente. Même si le cours n'est pas obligatoire, que le ministre nous rassure.

• (15 h 20) •

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

**M. Barrette :** M. le Président, je pense qu'ici le thème de notre échange demeure un thème de réassurance du public puis je pense que c'est ça qui est l'objectif de mon collègue, puis, là-dessus, on est directement sur la même page.

Je le dis, il est largement préférable et nous n'avons pas l'intention de créer deux classes de préposés aux bénéficiaires. La permission d'aller vers une formation écourtée, c'est pour pallier à des problématiques aiguës. Ce n'est que ça. Il n'y a pas d'autre raison. Il n'y a pas de plan de créer deux catégories de préposés aux bénéficiaires. Mais, pour rassurer la population, parce que je pense que la population a besoin d'être rassurée sur ce point-là, la formation écourtée exige que, dans la partie de l'accompagnement sur le terrain, on soit accompagné d'un préposé senior, donc, expérimenté pour la fin de l'apprentissage. Alors, conséquemment, bien, il n'y a pas toujours, à tout moment, des préposés seniors obligatoirement partout.

Ne serait-ce que pour cette raison-là, on ne peut pas penser que ce serait faisable d'avoir deux catégories de préposés. De toute façon, ça n'a pas de sens, ça. Puis je vous dirais bien humblement, là, que, et même bien pragmatiquement, que les organisations syndicales ne toléreraient jamais ça. Je suis sûr qu'elles ne toléreraient pas ça, là, d'avoir trois catégories de préposés, celui qui n'a pas de formation, probablement un peu plus vieux, le formé de façon écourtée, puis le formé complètement. Alors, moi, pour moi, c'est une voie qui est impraticable.

Mais, en même temps, quand on a des situations aiguës à corriger, la situation est aiguë, puis là il faut voir l'autre côté de la médaille, l'autre versant de la montagne. On a l'opportunité d'engager des gens, on connaît des milieux où il y a une carence en nombre de préposés, qui, elle, génère des difficultés dans l'organisation des soins. Qui paie au bout? La conséquence, c'est le patient.

Alors, il me semble que le choix raisonnable est de faire ce que l'on fait, et je termine en disant qu'on a fait ça en 2011 et 2012. Ça arrive ponctuellement. Il n'y a jamais personne qui a rapporté, puis ça n'a jamais fait la manchette, que les préposés qui avaient eu une formation écourtée ponctuellement et poursuivie par l'accompagnement de seniors n'avaient pas donné d'aussi bons services que d'autres personnes.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc d'échange avec le deuxième groupe d'opposition. Maintenant, nous allons du côté du gouvernement et ça sera au tour de Mme la députée de Crémazie. Vous disposez d'un bloc de 18 minutes.

**Mme Montpetit :** Je vous remercie, M. le Président. J'aimerais profiter de l'occasion pour aborder un dossier de mon comté. Le mois dernier, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a procédé à une réorganisation des services sur son territoire, notamment dans ma circonscription, à l'accueil psychosocial du CLSC Ahuntsic. Dans cette réorganisation, le CIUSSS a pris le temps, s'est assuré notamment de rencontrer l'ensemble des organismes communautaires du comté qui ont un lien avec les accueils psychosociaux du territoire pour s'assurer de mettre en place, bon, des couloirs de référencement, des couloirs de communication très efficaces aussi et il a assuré aussi la population que l'ensemble des suivis des usagers continuerait de se faire sur place au CLSC d'Ahuntsic.

Malheureusement, il y a beaucoup d'informations erronées qui ont été véhiculées concernant l'accueil psychosocial d'Ahuntsic, notamment l'opposition, qui a même laissé jusqu'à entendre que le CLSC d'Ahuntsic avait été fermé. Donc, j'aimerais ça profiter de l'occasion pour donner la parole au ministre, pour rassurer les citoyens à cet effet, notamment sur l'accès à la première ligne, mais également l'accès à des services psychosociaux dans la circonscription, mais sur l'ensemble du territoire aussi. Merci.

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

**M. Barrette :** M. le Président, bien, je remercie d'abord notre collègue, la députée de Crémazie, mais je ne peux pas me retenir de dire, M. le Président, que bientôt le comté s'appellera Maurice-Richard, parce que ça me touche personnellement beaucoup. Et je félicite encore notre collègue d'avoir fait tous les efforts, mais, M. le Président, je pense qu'il faut remettre les choses dans leur contexte. Puis le contexte, il est celui-ci : le Parti québécois, et c'est une citation d'une... c'est une référence dans un article qui a été publié, le 17 mars 2014, en pleine campagne électorale, dans son programme, disait ceci : «Pour aller plus loin, nous devons favoriser le travail d'équipe entre tous les professionnels de la santé afin que le médecin puisse soigner plus de patients." [...]150 professionnels de la santé tels que des nutritionnistes, des travailleurs sociaux, [...]des kinésiologues s'ajoutent et travailleront en collaboration avec des médecins. Il s'agit d'un moyen [concert] pour soutenir la pratique médicale en GMF et pour assurer un meilleur suivi des patients, en particulier ceux souffrant d'une maladie chronique.»

Dans son comté, M. le Président, ce qui s'est passé, c'est quelque chose de très simple. Il y a eu une réorganisation qui a été faite. Pourquoi a-t-elle été faite? Exactement dans l'esprit de l'engagement du PQ. On l'a fait, et c'est à peu près la même chose, parce qu'en général les solutions se ressemblent. Alors, nous avons fait quoi?

Un, premièrement, nous avons réorganisé sans supprimer un seul poste. Il n'y a eu aucune suppression de poste. Non seulement il n'y en a pas eu, mais, en plus, on a augmenté le nombre de points de service dans ce CIUSSS. Il y en avait quatre, M. le Président, il y en a maintenant 15. Alors, quand des gens de l'extérieur critiquent le fait qu'on a réorganisé et disent : Ah! vous avez fermé un point de service, bien là, c'est un choix volontaire de s'aveugler soi-même à la réalité qui est celle qui est la plus pertinente, à savoir réorganisation doit signifier meilleure adaptation aux besoins de la population, et la première adaptation est évidemment la proximité.

Et c'est ça qui a été fait dans le comté de ma collègue, comté de Crémazie, bientôt Maurice-Richard. On est passés, dans le CIUSSS, de quatre points de service dans le CIUSSS à 15.

Non seulement il n'y a pas eu réduction de personnel, mais il y a eu une augmentation des intervenants sociaux en première ligne dans ce secteur d'activité là puisqu'on a intégré sur le terrain à proximité un certain nombre de travailleurs sociaux.

Alors, dans la réalité, M. le Président, ce qui s'est passé chez ma collègue, que je remercie encore de me poser la question, c'est non pas une réduction de services, mais une meilleure délivrance de services avec une adaptation territoriale plus appropriée en augmentant le nombre de professionnels mis à la disposition de la population, alors que bien des gens vont dire : Ah! vous avez changé telle chose, vous diminuez les services, alors que c'est exactement le contraire. Moi, M. le Président, je considère que le CIUSSS a vraiment pris la bonne décision de ce côté-là.

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

**Mme Montpetit :** Bien, je vais remercier le ministre. Je pense qu'il y a certaines informations qui avaient été véhiculées qui ont créé une certaine inquiétude chez des personnes qui ont déjà utilisé... soit utilisé l'accueil psychosocial, penseraient l'utiliser éventuellement. Donc, je suis très contente qu'on puisse rassurer les citoyens de Crémazie à cet effet. Merci, M. le Président.

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

• (15 h 30) •

**M. Busque :** On vous remercie, M. le Président. Alors, pour ma deuxième intervention de la journée, M. le Président, je vais entretenir le ministre du nouveau système SYRA. Alors, à titre de député nouvellement élu à l'automne 2015, une des premières séances que j'ai eu le plaisir d'assister, c'était une séance de la Commission de l'administration publique, et cette séance-là réunissait la Vérificatrice générale ainsi que les représentants de la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'occasion du dépôt d'un rapport que la vérificatrice avait fait sur l'administration de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Alors, on avait eu le privilège de rencontrer M. Cotton et son groupe, et on avait eu le privilège aussi de poser des questions, entre autres, à M. Cotton, et on s'était fait entretenir sur différents sujets, les demandes de paiement, paiement à l'acte, comment ça fonctionnait. On avait été informés qu'il y avait beaucoup de codes de facturation qui pouvaient être utilisés par les différents professionnels qui offrent des services. On avait été informés aussi de la façon dont les vérifications étaient faites et des résultats que celles-ci entraînaient. Et on apprenait également que, fondamentalement, la relation qu'entretenait la Régie de l'assurance maladie du Québec et des fournisseurs de services était une relation hautement basée sur un haut niveau de confiance.

Alors, M. le Président, à mon avis, c'est quelque chose de très important, la confiance. Cependant, il est souhaitable, si on désire garder un haut niveau de confiance avec les gens avec qui on est en relation d'affaires, d'avoir des moyens très efficaces au niveau vérification, au niveau suivi, tout ça pour assurer un bon contrôle et s'assurer que tout roule bien. Alors, à mon avis, c'est la meilleure façon de garder des bonnes relations et un haut niveau de confiance.

Alors, si vous me permettez, je vais revenir un peu au rapport de la Vérificatrice générale en mentionnant quelques recommandations de ce rapport qui... que j'ai pris, là, un article publié le 27 novembre 2015, et on y lit, bien entendu, certaines recommandations, dont une des premières, qui va comme suit : «La Régie de l'assurance maladie du Québec ne prend pas suffisamment en compte les risques d'erreur ou de fraude relatifs à la rémunération des médecins, alors que celle-ci représente 62 % de ses dépenses de programmes.» Alors, on voit que les salaires versés ou les paiements des actes représentent une part importante des sommes qui sont versées aux professionnels. Une deuxième recommandation était à l'effet que «les différentes unités administratives participant au processus de contrôle a posteriori ne sont pas encadrées de manière à [...] assurer qu'elles interviennent de façon structurée et complémentaire afin de maximiser l'efficacité de leurs interventions». Et une dernière qui mentionnait que «les mesures d'évaluation de l'efficacité et de la performance mises en place par la RAMQ ne portent pas sur le contrôle exercé à l'égard de la rémunération des médecins».

Alors, ça, c'étaient quelques recommandations du rapport qui vont dans le sens de ce qui se faisait au niveau des pratiques qui étaient en cours, à ce moment-là, ou qui avaient été en cours au niveau de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Alors, aujourd'hui, avec ce rapport et l'expérience vécue, alors c'est là qu'on arrive avec le nouveau système SYRA, ce système qui vise à moderniser les processus et les traitements informatiques, qui assurent l'application des ententes en matière de rémunération à l'acte. La portée du projet est centrée sur la réduction des délais d'application et la simplification des processus, tant pour les professionnels que pour la régie.

Alors, écoutez, j'aimerais, moi, poser la question au ministre, et possiblement qu'elle sera transférée à M. Cotton, nous le verrons. Suite à l'implantation de ce nouveau système là, est-ce qu'on peut d'ores et déjà mesurer les impacts positifs sur les différents volets qui avaient été couverts dans le rapport de la Vérificatrice générale?

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

**M. Barrette :** M. le Président, s'il y a consentement des collègues, comme c'est une question très technique — à laquelle je pourrais répondre, là, mais on est plus dans l'informatique, sur ce point-là — je passerais la parole au P.D.G. de la RAMQ, M. Cotton, encore une fois, qui pourra nous entretenir plus en détail de la chose.

**Le Président (M. Merlini) :** M. Cotton, allez-y, vous avez la parole.

**M. Cotton (Jacques) :** Merci, M. le Président. Effectivement, lors du dépôt du rapport de la Vérificatrice générale, dans les éléments de recommandation qui ont été faits à la RAMQ, dans les outils qui nous manquaient pour vraiment compléter le plan d'action par rapport à ces recommandations-là, il y en avait deux, éléments importants : il y avait les pouvoirs et il y avait un nouveau système de rémunération. Je pense que ça ne réglait pas tout, mais c'étaient deux éléments quand même importants, M. le Président, pour nous permettre d'améliorer nos contrôles, ce que nous avons mis en place dans les deux dernières années.

Le système SYRA, je veux juste rappeler que c'est une décision qui a été prise en 2013. Ça a pris trois ans à mettre en place... à développer, c'est-à-dire, même pas mettre en place, là, l'implantation a commencé en 2016, mais ça nous a pris trois ans à développer ce nouveau système là. C'est un système qui a coûté 35 millions, qui a été un investissement important dans un des projets informatiques assez majeurs, dans ces années-là, du gouvernement du Québec, qu'on a livré en fonction des coûts. Il n'y a eu aucun dépassement de coûts. C'est important de le rappeler, parce que souvent on a l'image que les projets informatiques du gouvernement sont tout le temps des dépassements de coûts. Et on a respecté l'échéancier aussi. Donc, l'implantation du système a commencé en avril 2016, et actuellement 99 % des médecins qui facturent à l'acte sont transférés sur le nouveau système de rémunération. Ce nouveau système là donne quand même des bénéfices tangibles au niveau des contrôles qu'on peut mettre en place. Je vous rappelle qu'on reçoit 55 millions de demandes de paiement à chaque année de la part des professionnels de la santé.

Dans les contrôles qu'on peut améliorer avec ce système-là, qui est en place maintenant depuis le 1er janvier, totalement implanté depuis le 1er janvier 2017, on parle que l'information de facturation maintenant est beaucoup plus précise, ce qui va permettre un meilleur aiguillage des requêtes d'information au niveau de la RAMQ puis des possibilités de croisement de données qu'il ne nous était pas possible de faire avant. Donc, c'est vraiment un outil moderne qui va aider à améliorer tous nos nouveaux contrôles.

Je vous rappelle que notre ancien système de rémunération, il datait d'une trentaine d'années, environ, avec les difficultés qu'on pouvait avoir pour améliorer les approches plus novatrices en contrôle de rémunération.

On a une plus grande possibilité d'exploitation, naturellement, et d'interprétation des données. On peut se permettre maintenant... puis j'en ai parlé un peu tantôt quand on a parlé des pouvoirs de la RAMQ, on peut mettre en place déjà, dans le système, des grilles d'analyse, des grilles, des filtres, qu'on appelle, qui vont déjà détecter avant paiement des situations qui méritent d'être questionnées... ça ne veut pas nécessairement dire qu'ils ne seront pas payés, mais qui méritent d'être questionnées. Donc, on détecte des cas atypiques plus facilement, qui, des fois, sont permis aux ententes négociées, mais qui peuvent soulever quand même des questionnements sur l'organisation des services et les pratiques, et ce qui nous permet de le questionner. Souvent, auparavant, on voyait ces choses-là à retardement, puis il y en avait probablement plusieurs qui pouvaient nous échapper.

En plus d'effectuer des vérifications par échantillonnage après paiement, ce qu'on continue à faire, comme on faisait avant, on va privilégier beaucoup l'introduction des validations avant paiement, ce qui va permettre justement de ne pas verser des honoraires avant de valider un minimum de choses sur des pratiques qui sont questionnables. Des exemples de nouvelles validations, je vous en cite quelques-unes : l'application avant paiement de contrôles sur le nombre maximum d'actes professionnels, peu importe le nombre de patients; les validations des maximums de services rendus par établissement. Donc, c'est toutes des lumières jaunes qui vont s'allumer, si je peux utiliser l'expression, qui vont permettre à nos équipes d'analyse... que je vous ai parlé ce matin, là, qu'on a au-dessus de 350 personnes maintenant à l'analyse et au contrôle, dont 80 % sont au contrôle des professionnels de la santé.

On a une gestion automatisée aussi des calculs et puis du contrôle des honoraires. Maintenant, ce n'est plus les professionnels qui font le calcul de leurs honoraires, c'est le système qui calcule automatiquement les honoraires, en fonction des plages aussi. Tout ça se fait de façon automatique, ce qui évite aussi des erreurs, parce qu'auparavant on pouvait détecter beaucoup d'erreurs parce qu'il y avait beaucoup d'interventions manuelles pour même le professionnel de la santé pour clarifier sa facturation. Donc, en cohérence avec notre nouveau potentiel d'utilisation du système, on a mis en place une équipe spécialisée qui va maximiser l'utilisation de ce système-là en fonction de grilles d'analyse.

Le système permet de refuser, comme je disais tantôt, avant paiement des demandes de paiement qui se faisaient automatiquement auparavant. Des éléments de contexte sont également proposés pour des informations qui touchent respectivement les actes médicaux en fonction... si les services ont été rendus en des soins d'urgence, des soins de chirurgie principale, des gardes en disponibilité, beaucoup plus d'informations qui nous aident à améliorer nos contrôles qu'on est à mettre en place actuellement avec ce système-là.

En somme, la RAMQ a pris un virage en profondeur avec ses nouveaux outils, avec ses nouveaux pouvoirs afin de revoir ses moyens de contrôle puis s'adapter aux nouveaux besoins et aux nouveaux enjeux qu'on vit actuellement. On parle d'un véritable virage en matière de contrôle en mettant l'accent sur les contrôles a priori. Ça, c'est suite à une veille internationale qu'on a fait des organisations similaires à la RAMQ où on privilégie, dans les nouvelles approches de contrôle, les contrôles a priori, donc avant de payer, d'exercer certains contrôles. Et on continue quand même de faire nos contrôles a posteriori.

Et, au-delà des contrôles, bien, c'est un système aussi qui se voulait pour faciliter la facturation aux professionnels de la santé et de leur rapporter aussi une amélioration dans leur façon de travailler et de faire des liens avec la Régie de l'assurance maladie.

On va maintenant passer à la phase II, d'ici décembre 2017, pour les autres professionnels de la santé, c'est-à-dire les optométristes, les dentistes, les chirurgiens maxillo-faciaux, ça devrait être terminé en décembre 2017. Et, comme je le disais tantôt, bien, maintenant, on a 99 % de nos médecins qui facturent à l'acte qui ont transféré leur facturation sur notre nouveau système depuis le 1er janvier.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. Cotton. M. le député de Beauce-Sud, il vous reste une minute.

**M. Busque :** Bien, je vous remercie, M. Cotton. Parlant de transformation et d'amélioration, moi, j'aurais une question pour le ministre. M. le ministre, on a parlé, là, avec la loi n° 10, puis tout ça, là, de réduire la bureaucratie. On avait l'engagement de réduire de 10 % la bureaucratie. Alors, j'aimerais savoir où est-ce qu'on en est, M. le ministre, avec cet engagement de réduction de 10 % de la bureaucratie.

**Le Président (M. Merlini) :** M. le ministre, en 35 secondes.

• (15 h 40) •

**M. Barrette :** En 35 secondes, M. le Président? Je pense que je vais malheureusement attendre le prochain bloc. Et je fais prendre les 25 secondes qui me restent pour remercier M. Jacques Cotton très formellement aujourd'hui. M. Cotton bientôt quittera la présidence parce qu'il partira à la retraite. Et, par sa dernière intervention ou, en fait, ses dernières interventions, vous avez vu à quel point il a été occupé et à quel point il a mené plus loin les transformations qui étaient demandées par tous et toutes, tant par la Vérificatrice générale que le ministère. Et les transformations qu'il a pilotées certainement amèneront la RAMQ dans un nouvel environnement, à la satisfaction de la population.

Bravo, M. Cotton. Aujourd'hui, je m'en vais le souligner et vous souhaiter une bonne retraite éventuelle, parce qu'à un moment donné vous allez partir.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le ministre. Merci à vous, M. Cotton. Nous allons maintenant avec un bloc de l'opposition officielle, un bloc d'une durée de 15 minutes. Et ça sera Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve. À vous la parole.

**Mme Poirier :** Merci, M. le Président. Alors, c'est à titre de porte-parole de la métropole que je m'adresserai à la commission en lien avec le projet du CHUM. Alors, on sait que le CHUM, dont le directeur, M. Clermont — je pense que M. Clermont Gignac est ici avec nous aujourd'hui — a fait le projet en lien aussi avec le Collectif Santé Montréal, et la livraison, comme on le sait, était prévue pour avril 2016. Alors, il y a eu des retards. Le contrat prévoyait d'ailleurs un paiement de 11 millions par mois à Collectif Santé Montréal jusqu'en 2050 pour la construction et 1 million par mois pour l'entretien. Donc, 12 millions par mois multiplié par 11 mois de retard, donc 132 millions de pertes et d'impacts financiers pour le Collectif Santé Montréal.

Alors, ma question, et j'en ai plusieurs, questions plutôt courtes pour comprendre le mécanisme, alors quels sont les impacts financiers actuellement pour le gouvernement en termes d'argent? Parce que ce retard de 11 mois a fait en sorte que le gouvernement a dû avoir des dépenses. Alors, j'aimerais avoir le montant des dépenses, de l'impact du retard de la livraison du CHUM actuellement.

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

**M. Barrette :** M. le Président, je comprends bien l'intérêt que notre collègue d'Hochelaga-Maisonneuve porte à ce dossier-là, et je comprends bien le message que les questions seront courtes et elles vont appeler des réponses tout aussi courtes pour une raison simple. Je vais me limiter exceptionnellement à donner des réponses très courtes et très globales, donc pas avec la précision que voudrait la collègue à cette étape-ci. Dans un futur relativement rapproché, j'espère, on pourra être plus précis, la raison étant qu'actuellement nous sommes encore en négociation avec d'autres groupes, notamment du côté du CUSM. Et le fait de répondre trop précisément aux questions très pertinentes qui me seront posées aurait la fâcheuse conséquence de révéler nos positions. Et là je ne peux pas vraiment aller là.

Par contre, je peux dire une chose. Nos projets, à date, les deux, les trois, en fait, parce qu'on a trois mégaprojets à Québec et qui ont chevauché les gouvernements, là, on a été, tous les gouvernements, là-dedans depuis plusieurs années,

nous avons été dans nos contingences. Alors, nous sommes dans notre budget tel que prévu. Il n'y a pas de coût excédentaire. Maintenant, quelles ont été les marges? Comment se sont conclus ceci, cela dans les deux cas? Pour des raisons évidemment de négociation, d'évitement de recours juridiques, et ainsi de suite, là, on est encore là-dedans avec les deux groupes, surtout avec le groupe de McGill, je dirais, du CUSM, qui va bien, ceci dit, mais, pour des raisons évidentes, là, je ne pourrai pas être suffisamment précis, j'en suis convaincu, là. Mais nous sommes à l'intérieur de notre budget.

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

**Mme Poirier :** Puisque le ministre l'a évoqué, le budget de contingence était de combien? Et, puisque le ministre nous dit qu'on est à l'intérieur, est-ce qu'on peut avoir des données?

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

**M. Barrette :** Si vous le permettez, avec consentement, je suis accompagné du directeur du projet, là, à toutes fins utiles. J'oublie le nom...

**Une voix :** ...

**M. Barrette :** Non, le titre. Le titre.

**Une voix :** ...

**M. Barrette :** Directeur exécutif. Alors, M. Clermont Gignac, si vous le permettez, pourra répondre à ces questions-là.

**Le Président (M. Merlini) :** Est-ce que j'ai consentement de la commission pour permettre à M. Gignac de répondre? Alors, très bien. M. Gignac, veuillez vous identifier pour le bien de l'audiovisuel et ainsi de mentionner votre titre.

**M. Gignac (Clermont) :** Oui. Clermont Gignac.

**Le Président (M. Merlini) :** Allez-y.

**M. Gignac (Clermont) :** Clermont Gignac, directeur exécutif du Programme de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. Je pourrais vous dire que c'est évident que c'est de la business, c'est des affaires. On a dévoilé l'ensemble des budgets totaux, mais ce n'est pas d'usage, en affaires, nécessairement, vu que les projets ne sont pas terminés encore, de dévoiler les coûts des réserves de risque et de contingence qu'on a. Ce qu'on vous dit, c'est qu'on est rentrés dans les budgets. Jusqu'à maintenant, le centre hospitalier de Sainte-Justine, 900 millions, 940 millions, il reste à peu près 50 millions de travaux à faire. Nous sommes à l'intérieur des budgets, et il reste suffisamment d'argent dans les contingences pour compléter confortablement la fin du projet. Ça, c'est de un.

Le deuxième, le CHUM, le CHUM qui vous intéresse, le CHUM, lui, a deux entités. Le Centre de recherche du CHUM, qui a été terminé et livré voilà trois ans, et, encore là, on est rentrés à l'intérieur des enveloppes pour un projet de 550 millions. Le CHUM, on vient, depuis un mois... on a livré... on a pris possession, l'acceptation provisoire du projet, on est à l'intérieur des prévisions qu'on avait faites. C'est quand même un projet de 3,1 milliards. On est à l'intérieur. Il nous reste à peu près, pour la phase II, 400 à 500 millions de travaux à faire. Les provisions de risque et les provisions de contingence sont suffisantes, sont confortables pour compléter le projet en 2020. Et pour revenir à votre première question, effectivement, on a appliqué l'entente de partenariat à la lettre, de sorte que, depuis le 22 avril 2016 jusqu'au 1er avril de cette année, ils n'ont reçu aucun montant mensuel.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. Gignac. Mme la députée.

**Mme Poirier :** Je vais faire un bloc avec deux questions, puis vous allez voir où... Alors, je comprends qu'il y avait un certificateur indépendant qui permettait de régler les avis de différends dans le processus. Alors, ma question est simple : Combien d'avis ont été soumis à ce certificateur? Combien en dollars en tant que tels? Combien on en a gagné en pourcentage ou en dollars? J'aimerais mieux en dollars. Et combien nous, on a gagné — bien, vous, vous avez gagné — versus le constructeur? Et est-ce que ces avis de différends ont été inclus dans les extras?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, Mme la députée. M. Gignac.

**M. Gignac (Clermont) :** Questions très précises. Le certificateur a eu à se prononcer, je vous dirais... je n'ai pas le nombre exact, là, mais c'est tellement petit, il y en a peut-être six ou sept pendant la vie du projet, qui a duré, pour la première phase, plus de cinq ans. Et il y a eu pas plus que cinq ou six, et je crois qu'on en a perdu une, puis eux en ont... nous, on les a gagnés puis on en a perdu une, mais, au global...

Vous savez, c'est la façon normale de faire des choses. Ça ne réussit pas toujours, mais on est sortis de la première phase, qui est plus de 2 milliards, en se serrant la main. Les entrepreneurs, le consortium, on avait réglé tout ça ensemble.



Parce que c'est l'habitude : à la fin, vous prenez tout ce qui traîne puis vous essayez d'en venir à une entente, ce n'est jamais blanc, ce n'est jamais noir. Puis on s'est entendus. Et, au bout de la ligne, c'est une solution gagnante-gagnante pour eux, pour nous. Puis nous, on rentre dans notre budget. On a eu, à la fin, une quittance pour s'assurer que tous les problèmes étaient réglés. Il n'y a même pas un seul ordre de changement qui n'est pas réglé, que ça soit un ordre de changement en extra ou en crédit avec eux.

Donc, tout s'est bien terminé, et on... Actuellement, le CHUM est en train de... pour les cinq prochains mois — ça prend six mois, mais il y a déjà un mois de passé — ils sont en train d'activer toute cette nouvelle facilité, s'approprier, entraîner, former les gens qui vont déménager, de sorte que, d'ici Noël, les trois hôpitaux auront été déménagés.

• (15 h 50) •

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. Gignac. Mme la députée.

**Mme Poirier :** Est-ce que vous avez eu recours à une stratégie pour... Justement, vous nous dites : On s'est entendus main dans la main. Est-ce que vous avez eu une stratégie particulière, une stratégie, par exemple, qui prévoyait de préparer la guerre pour éventuellement négocier la paix? Qui pourrait tout simplement aussi... une stratégie qui prévoyait de couper court aux discussions stériles, d'appliquer à la lettre l'entente? Alors, est-ce que vous avez eu recours à cette stratégie-là pour en arriver justement à votre entente? Et cette entente-là, elle est de combien?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, Mme la députée. M. Gignac. Ou M. le ministre?

**M. Barrette :** Je peux peut-être prendre une partie de la réponse. Disons qu'il y a un certain nombre de décisions qui ont été prises par M. Gignac, un certain nombre de décisions qui vont dans le sens de la question qui est posée, qui était posée par M. Gignac et son équipe, mais qui devait recevoir mon approbation. Alors, vous ne serez pas surpris, M. le Président, et la collègue ne sera pas surprise si, dans la façon de faire la négociation, nous avons une position forte. Je vais la qualifier comme ça. Non, ce n'est pas nécessairement une approche préparer la guerre pour faire la paix, mais c'est certainement une approche de prise de position non pas intraitable, mais certainement très forte dans un esprit qui était très simple : Nous ne paierons pas ce qui n'est pas justifié. Et, en négociation, à un moment donné, il faut que le message qui soit envoyé à la partie partenaire ou adverse, selon le moment, soit clair. Je dirais que, tant de mon côté que du côté de M. Gignac, ça a été le cas. Maintenant, pour ce qui est des montants de règlement, je ne pense pas qu'on puisse évidemment divulguer ça aujourd'hui.

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

**Mme Poirier :** Bien, écoutez, M. le Président, j'aimerais ça, déposer un document qui date de décembre 2015, qui était la proposition de positionnement général. J'aimerais le déposer et j'aimerais... Parce que justement, dans ce document, on nous dit : Préparer la guerre pour éventuellement négocier la paix, etc. Et j'aimerais aussi connaître... Parce qu'au tableau des engagements financiers du ministère, que je vais vous déposer aussi, en date de décembre, on retrouve une somme de 77,9 millions de dollars. Est-ce que c'était le premier versement de l'entente?

#### Documents déposés

**Le Président (M. Merlini) :** D'abord, je vais accepter le dépôt du document. Merci beaucoup. O.K. Alors, M. le ministre, pour la réponse? M. Gignac?

**M. Gignac (Clermont) :** Dans l'entente qu'on a convenue, les deux parties, et je pense que le ministre a bien répondu, on était solides sur nos positions et disons qu'on a... Ça a joué dur un certain temps, mais, au moins, pour danser, il faut toujours être deux danseurs, et ça a bien fonctionné avec eux. Ils étaient ouverts. On a regardé et on est arrivés à une entente globale : pour les extras, les crédits, on a mis le gros bon sens là-dedans pour en arriver à une entente. Et, je veux dire, actuellement, il n'y a pas de... Je ne veux pas dévoiler, parce qu'on est en négociation... Oui?

**Le Président (M. Merlini) :** Oui, Mme la députée.

**Mme Poirier :** Est-ce que l'engagement financier qui est là de 77,9, c'est le premier versement de cette entente? J'ai besoin d'un oui ou d'un non.

**Le Président (M. Merlini) :** M. Gignac.

**M. Gignac (Clermont) :** Le 77 qui est là, c'est un ensemble de... Il y a toujours... À tous les mois, il y a des chèques qui sont faits à l'entrepreneur. C'est pour ça que j'aimerais bien savoir quelle est la ventilation de 77. Parce qu'on a... Il y a des mois, on faisait des chèques de 150 millions. O.K.? Il faut que je...

**Mme Poirier :** Est-ce que M. Gignac peut juste me confirmer?

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

**Mme Poirier :** Est-ce qu'il y a un montant qui a été versé en décembre dans le cadre du règlement de cette entente? Une quittance? Lui, il nous a parlé de la quittance tout à l'heure. Alors, est-ce qu'il y a eu un montant qui peut faire partie du montant qui est là, de 77,9, qui est un montant de la quittance qui a été versé en décembre 2016?

**Le Président (M. Merlini) :** On a les documents...

**M. Gignac (Clermont) :** Je suis certain qu'il y a un montant d'argent, mais, comme je vous dis, là, il faut que je regarde le montant, parce qu'à tous les mois on fait des montants, là. Il y en a en décembre, il y en a en janvier. Celui-là, 77, je ne peux pas vous donner ça live, là. Je peux voir la ventilation.

**Mme Poirier :** M. Gignac...

**Le Président (M. Merlini) :** Un instant, un instant. S'il vous plaît! On laisse M. Gignac répondre.

**Mme Poirier :** Bien, c'est parce qu'il me reste une minute.

**Des voix : ...**

**Le Président (M. Merlini) :** Non, non.

**M. Barrette :** Il me reste une minute, je vais l'interrompre.

**Des voix : ...**

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

**M. Barrette :** Article 36. C'est M. Gignac qui a la parole.

**Le Président (M. Merlini) :** Oui.

**M. Barrette :** Et d'entendre comme commentaire : Oui, bien, là, il me reste une minute, c'est quoi, ça? Il me reste une minute, ça me permet...

**Le Président (M. Merlini) :** Effectivement, on ne peut pas...

**M. Barrette : ...ça m'autorise d'interrompre la personne?**

**Le Président (M. Merlini) :** Non, non, non. Le temps est arrêté lorsqu'un appel au règlement est fait. Effectivement, on ne peut pas interrompre la parole d'un député ou d'une personne qui répond au nom... autorisée par le ministre.

M. Gignac fait état du fait qu'il a besoin de ce document. On est en train de faire imprimer le document que vous avez déposé. Peut-être que, lors d'un prochain bloc, il pourra répondre plus adéquatement à la question que vous avez posée en ayant le document que vous avez déposé en main à ce moment-là.

Alors, là, il vous reste encore du temps. Si vous voulez continuer, madame...

**Mme Poirier :** Ma question, elle est simple, M. le Président. Il y a un versement qui a été fait en décembre. Ma question, elle est très simple : Est-ce qu'il y a eu un versement de fait dans le cadre de la quittance, un premier ou des versements dans le cadre de la quittance? Parce que votre réponse, elle est importante, là, M. Gignac. Dans l'entente, il est prévu qu'il n'y a pas de versement de fait avant la livraison. Alors, est-ce que, dans le cadre de la quittance, vous avez livré un montant à l'entrepreneur et qui fait partie de la transaction, donc qu'on voit en décembre 2015?

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

**M. Barrette :** Je vais prendre cette question-là. Je l'avais dit dans la première ou la deuxième réponse que j'ai faite à la collègue. Je savais que la collègue allait vouloir aller plus profondément dans les transactions. Que ce soit à la quittance, avant la quittance, après la quittance, tout ce qui traite des paiements, des règlements, de la conclusion, à l'exception de dire que nous sommes dans notre budget, j'ai dit, en introduction, qu'on n'irait pas là pour des raisons très légitimes en termes de négociation, de pouvoir de négociation. On ne peut pas aller là, là. Ce n'est pas de la mauvaise foi. Ces chiffres-là, sans aucun doute, sortiront au grand jour non pas parce qu'ils sont masqués, mais parce qu'on les tait aujourd'hui pour des raisons de négociation. Et ça, je pense — surtout par les premiers commentaires ou premières réflexions que notre collègue a faits à la suite de mon commentaire — que cette chose-là était comprise et admise par notre collègue. Alors, on n'ira pas plus loin, là, là-dedans. Je sais où est-ce que ça nous mène, on ne peut pas y aller.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Cette minute de réponse est prise sur le temps du gouvernement qui a le prochain bloc. Alors, ce sera, encore une fois, M. le député de Beauce-Sud. À vous la parole pour 16 min 30 s.

**M. Busque :** Alors, M. le Président, ça me fait plaisir de répéter cette question-là, parce qu'elle est très importante pour moi, et j'y tiens très à coeur. Alors, toujours dans un souci de transformation du réseau, d'amélioration et d'augmenter le niveau d'efficacité, je m'étais adressé au ministre à la fin du bloc passé, à savoir... Au niveau de l'engagement électoral de 2014 du Parti libéral du Québec, on s'était engagés à réduire de 10 % l'encadrement, de 10 % la bureaucratie au niveau du réseau de la santé. Alors, moi, je voulais avoir un portrait de la situation aujourd'hui. Est-ce que nous avons effectivement réduit de 10 % la bureaucratie au niveau du réseau de la santé du gouvernement du Québec? Ma question est pour le ministre.

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

• (16 heures) •

**M. Barrette :** M. le Président, ça me permet de faire le lien avec un commentaire qui est souvent fait par les gens de la CAQ. Je ne nomme personne. Je fais simplement parler de la CAQ. Souvent, on dit, à la CAQ, qu'on a volé leur programme. Bon, moi, dans mon cas, évidemment, on ne peut pas dire ça, là, ayant moi-même écrit une grande partie de leur programme qui a été modifié par la suite.

Ici, M. le Président, j'ai le résumé de la plateforme électorale de la CAQ lors de la dernière élection en 2014. Je montre ça, M. le Président, pour illustrer à quel point le chef de la deuxième opposition est contradictoire dans ses propos et ses positions. Ici, M. le Président, vous voyez qu'il y a très précisément 10 engagements, pas 11, pas 12, 10. Il y a un engagement en santé, à toutes fins utiles, d'ordre budgétaire, c'est celui-ci : «Allègement des structures bureaucratiques par l'élimination des agences de santé.» On parle évidemment de rémunération des médecins, et ainsi de suite. Mais, en santé, là, l'élément le plus important en termes de bureaucratie, c'est le seul, c'est : «Allègement des structures bureaucratiques par l'élimination des agences de santé.» Dans le même document, M. le Président, il y a le cadre financier, oui, le cadre financier est arrivé un peu plus tard, et, à la page 5 et à la page 6, sont étalés les effets des mesures du programme électoral de la CAQ sur les revenus et les dépenses. Bien, M. le Président, alors que la mesure n° 5 des engagements de la CAQ sur le plan de la bureaucratie était d'éliminer les structures, les agences en santé, dans le cadre budgétaire, il n'y a aucun effet documenté en termes de dollars. C'est quand même extraordinaire. Ça, c'est un engagement, là, pour faire des économies, et, semble-t-il, ça n'a pas généré d'économies dans notre cadre financier.

On n'est pas surpris de la confusion de la CAQ quand on entend, tel que rapporté récemment à une émission, *Cartes sur table*, sur un des réseaux très présents actuellement dans les médias, on va dire, dans l'actualité... est cité le chef de la deuxième opposition en disant ceci à propos de la bureaucratie, je le cite : «Mais allez vous promener sur les étages dans les grands hôpitaux de Montréal, vous allez voir qu'il y a autant de monde qu'il y en avait dans les bureaux. Le problème en santé, entre autres, c'est le ratio qui est disproportionné. Il y a à peu près comme deux personnes dans les bureaux pour trois qui travaillent auprès des patients.» Toute une affirmation, ça, deux personnes dans les bureaux pour trois qui travaillent auprès des patients. «C'est un ratio qui n'a pas d'allure quand on le compare avec ailleurs dans le monde.» Et là, toujours dans la même émission, un peu plus loin dans la discussion, le chef de la deuxième opposition dit ceci : «Quand on regarde le programme de la CAQ en 2014, on avait fourni un détail complet des endroits où on coupait dans la bureaucratie.» Je vous ai montré le programme, M. le Président, là. Le programme complet, c'est une ligne, en fait, une phrase : «Allègement des structures bureaucratiques par l'élimination des agences de santé.» Un peu léger, là, on va convenir, M. le Président.

Alors, qu'en est-il de ce que l'on a fait? Alors, on va entrer un petit peu dans le détail. Nous nous étions engagés d'une façon chiffrée à réduire la bureaucratie de 10 %. Ça veut dire quoi? Alors, M. le Président, que le chef de la CAQ considère qu'il y a deux cadres, à toutes fins utiles, pour trois employés qui donnent des services, le ratio, en 2013-2014, le ratio d'encadrement pour l'ensemble de notre réseau était de 17,9 salariés par cadre.

Alors, on voit la connaissance profonde que le chef de la deuxième opposition a du réseau de la santé, ce qui jette un tout autre regard sur le programme de la CAQ.

Notre cible à nous, M. le Président, était de 20,3 employés salariés par cadre en 2018. La réalité, M. le Président, c'est qu'on a atteint notre cible non pas en 2017-2018, mais en 2015-2016, où le ratio était de 20,7 par cadre. En 2015-2016, M. le Président, 83 % de nos installations, nos établissements, nos CISSS, nos CIUSSS et nos établissements non fusionnés avaient atteint la cible, et on s'attend à ce que tout le monde l'ait atteinte d'ici 2017-2018.

Dans les faits, M. le Président, rappelons-nous que nous avons annoncé que nous allions réduire le nombre de cadres de 1 300. Les gens sur le terrain ont tellement bien fait leur travail qu'il y a eu aujourd'hui une réduction de 2 049 cadres de moins. Les cadres, là, ça ne donne pas des services, ça, là. Ça ne soigne pas les patients, ça ne change pas les patients, ça n'aide pas les patients à s'alimenter, là, ce sont des cadres, et ce sont des cadres qui sont plutôt supérieurs que sur le terrain. En termes de nombre, nous sommes passés essentiellement, M. le Président, de 11 139 équivalents temps plein, dans nos cadres, à 9 090 au 31 mars 2017, ce qui évidemment est une progression absolument spectaculaire.

Non seulement nous avons réduit la bureaucratie de plus de 10 %, mais on l'a fait plus tôt qu'annoncé. Alors, ça, M. le Président, je pense qu'on peut qualifier ça de succès. C'est un engagement électoral que nous avons chiffré. Nous nous sommes engagés à le faire et nous l'avons dépassé, ce qui est complètement différent de l'engagement sommaire de la CAQ en 2014 et certainement beaucoup plus précis que les commentaires faits par le chef de la deuxième opposition à l'émission *Cartes sur table*, qui, lui, nous annonçait non pas 20 ou 17 employés salariés par cadre mais bien trois pour deux. Trois pour deux, là, ça fait 1,5 employé par cadre, ce qui évidemment n'a aucun sens.

J'insiste là-dessus, M. le Président, parce que la population qui nous écoute, à un moment donné, elle doit faire des choix. Qui veut-elle choisir? Des gens qui connaissent leurs choses, qui prennent des engagements qu'ils réalisent, qui prennent des engagements formels, structurés, quantifiés ou ce qui m'apparaît de l'extérieur. Alors, ce côté-là, M. le Président, nous avons livré la marchandise et plus, et le mérite en revient évidemment aux gens du réseau.

Le réseau, là, a réussi à faire ça puisqu'ils ont excédé la demande. On ne leur a pas demandé, là, d'aller jusque-là. Ils ont analysé, conclu, posé des gestes. Et ce que ça montrait, c'est que, oui, il y avait trop d'encadrement. On

le savait, c'est pour ça qu'on a pris cet engagement-là et on a réussi à faire la transformation sans nuire aux services et on est allés au-delà. Mais ceux qui sont allés au-delà, c'est ceux et celles sur le terrain qui ont fait ces constats-là et qui ont jugé que c'était approprié de le faire. Je prends un moment pour saluer ces gestionnaires-là qui ont pris des bonnes décisions.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Mme la députée Verdun, il reste sept minutes au bloc du gouvernement.

• (16 h 10) •

**Mme Melançon :** Merci, M. le Président. Alors, voilà, je vais parler d'un sujet que je connais très bien. Depuis le 5 décembre dernier, j'ai l'honneur immense de représenter les gens de Verdun et, comme députée, et même durant la campagne électorale, ce dont les gens me parlaient énormément à Verdun, c'est deux choses en santé : le fait que nous soyons, à Verdun, des champions en soins à domicile, et ça, j'avais souvent entendu le ministre en parler, et l'agrandissement de l'Hôpital de Verdun, deux sujets très, très chers aux gens de Verdun.

Et, durant la campagne électorale, je me suis engagée à suivre ce projet afin de le livrer dans les meilleurs délais. J'ai eu l'occasion à quelques reprises d'en parler, bien sûr, avec le ministre. Et je veux rappeler aux gens que ma formation politique s'était engagée à rénover l'Hôpital de Verdun, et on en avait fait l'annonce en mars 2014 alors que nous étions en campagne électorale lors de l'élection générale de 2014.

Je sais que le ministre connaît très bien l'importance de ce projet, car il a lui-même annoncé, à Verdun, le 17 novembre 2014, un agrandissement, l'agrandissement de l'hôpital, un agrandissement de 37 % de l'aire actuelle, dont deux nouvelles ailes pour les soins ambulatoires. Et, contrairement à ce que laissent entendre certaines personnes de l'opposition officielle, investir dans le béton, ça s'avère être très important, surtout à l'Hôpital de Verdun, où, on le sait, c'est un hôpital qui a été fondé en 1932 et il n'y a que l'urgence qui a été rénovée en 2005 et, depuis, pour le reste de l'hôpital, il y a des travaux majeurs qui doivent être effectués.

J'ai visité l'hôpital — et je tiens à la saluer, là, avec Mme Sonia Bélanger du CIUSSS, avec Mme Ulric aussi, qui est la présidente du C.A. — et j'ai constaté, sur les lieux, il y a 60 % des chambres qui sont doubles actuellement, il y a 30 % des chambres où... qui hébergent trois ou quatre patients. Là, j'ai vu de mes yeux vu qu'il faut sortir le premier patient sur le bord de la porte pour pouvoir sortir le deuxième patient du fond parce que les chambres sont trop petites. On manque d'espace et on est à l'étroit. D'ailleurs, l'objectif clinique de cet agrandissement-là, c'est de pouvoir offrir des soins de qualité, et de la qualité de service, et des soins sécuritaires et pour les gens et pour les travailleurs.

Alors, comme on est à l'étroit, ça prend l'agrandissement. L'hôpital, donc, je le disais tantôt, n'a pas reçu d'investissement majeur, dis-je, depuis 25 ans. J'ai rencontré les médecins, j'ai rencontré les travailleurs de l'hôpital, d'ailleurs, bon nombre lors du bal de la fondation de l'hôpital, là, qui avait lieu le 1er avril dernier, et, tout comme les citoyens, ils suivent avec intérêt les étapes de ce projet. Contrairement à d'autres collègues qui sont au salon bleu, je comprends qu'un hôpital, ça ne se rénove pas en claquant des doigts.

Sauf que, comme j'ai pris l'engagement de voir avec mes citoyens que je devais faire le suivi, et je prends ça très au sérieux, et le ministre le sait, moi, j'aimerais savoir du ministre quelles sont les étapes à venir, quelles sont les finalités de ce projet d'agrandissement là et, bref, ou on en est rendus.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, Mme la députée de Verdun. M. le ministre, il vous reste trois minutes.

**M. Barrette :** Merci, M. le Président. Alors, oui, je peux très bien comprendre évidemment que, pour ma collègue, ce sujet-là soit un sujet qui est très important, parce qu'elle a bien souligné quelle était la situation et les enjeux à Verdun. Je ne me souviens pas si notre collègue l'a mentionné, mais l'Hôpital de Verdun remonte à... On dit 1932, mais ça avait même commencé par un pavillon avant. Ça remonte aux années 20. Et ça me permet de faire une parenthèse, M. le Président, qui est très pertinente, parce que, quand on regarde l'architecture historique de Verdun, Montréal, la ville de Montréal, à l'époque, hein, le canal Lachine, là, Verdun, c'était Montréal. Le tournant du XXe siècle, la révolution industrielle, les heures peut-être de gloire de Montréal en Amérique du Nord, c'étaient ces années-là. Et, à Verdun, c'était évidemment, comme d'autres autour, c'était une ville de travailleurs, d'ouvriers qui travaillaient à l'époque dans un environnement évidemment très difficile, hein? On n'avait pas les CSST d'aujourd'hui, on n'avait pas les environnements de protection, et ainsi de suite. Bref, c'était du monde qui travaillait fort, qui avait, donc, conséquemment, on le sait, des problèmes de santé qui étaient importants. Et un hôpital a été construit dans les années 20.

Ça remonte à longtemps, là. C'est centenaire bientôt. Et là où je veux en venir, M. le Président, ça, ce n'est vraiment pas souvent mentionné, il y a quelques semaines, j'allais dans un comté. Il y avait un médecin qui était là, que je rencontrais. Et son grand-père avait été ministre de la Santé dans ses années, les années Duplessis. Et, dans sa biographie, c'était assez intéressant, on montrait... puis j'y reviendrai probablement dans le prochain bloc, parce que c'est intéressant... ça montrait, M. le Président, que, dans les années 40 et 50 et le début des années 60, se sont construites, au Québec, 181 installations, hôpitaux, et ainsi de suite. Ils sont tous encore en opération, toute la gang. Puis c'en est une. Même avant, ça a été avant. Mais la partie moderne a été construite — moderne étant maintenant rendue au renouvellement — dans ces années-là.

Bien, à un moment donné, il faut les renouveler, évidemment, là. Et c'est ça qui est l'enjeu à Verdun. La population de Verdun, il y a beaucoup de personnes âgées qui sont là, là. Puis il y en a là-dedans qui ont littéralement vu cet hôpital-là évoluer toute leur vie. Et il va se soi, comme la collègue l'a bien décrit, puis j'y reviendrai dans mon prochain bloc, parce que ça se termine, l'état des lieux, quand on y circule, ne serait-ce que 15 minutes, justifie largement, là comme ailleurs, un renouvellement, une mise à niveau. Et je peux comprendre évidemment que ce soit si important pour elle et la population qu'elle représente.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc de temps avec le gouvernement. Nous allons maintenant du côté de l'opposition officielle. Mme la députée de Taillon, vous disposez d'un bloc de 15 minutes.

**Mme Lamarre :** Oui, M. le Président. Donc, différents thèmes, évidemment, dans ce bloc. Premier thème, je vous dirais, ça concerne le Commissaire à la santé et au bien-être. Le ministre, l'année passée, avait clairement dit qu'il ne l'abolissait pas, mais qu'il le faisait passer finalement au niveau de l'INESSS, donc l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. On était un peu préoccupés, parce que le commissaire à la santé avait, depuis une dizaine d'années, trouvé une équipe très dynamique, très compétente, et il était capable de produire au moins deux à trois rapports par année, des rapports qui nous donnaient un portrait sur notre situation au Québec, des portraits, par exemple, sur l'urgence, des portraits sur les CHSLD, des portraits sur la rémunération des médecins, donc des enjeux très, très, très québécois, très factuels et bien orientés sur nos besoins. Et, on le sait, on n'en a pas beaucoup, de rapports du Québec.

Alors, on a demandé quel était, dans le fond, le nombre, le pourcentage d'employés, mais également de projets. Et on doit constater, là, qu'on a zéro en termes d'augmentation pour 2016-2017 au niveau du nombre d'employés de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux et on a également zéro dans la section Commissaire à la santé et au bien-être.

Alors, est-ce que le ministre peut me dire combien de personnes travaillent actuellement dans des mandats qui qui sont ceux du commissaire à la santé et également combien de mandats a-t-il donnés au Commissaire à la santé et au bien-être, puisqu'il avait dit qu'il ne l'abolissait pas complètement, mais qu'il le faisait passer l'INESSS? Donc, combien de mandats? Lesquels? Et quelle date ont-ils été demandés à l'INESSS?

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

**M. Barrette :** Alors, la question est précise et la réponse le sera aussi évidemment. La situation, elle est telle qu'elle était. Alors, comme je l'avais dit dans le passé, les activités et les portions de la loi qui traitent du Commissaire à la santé et au bien-être seront intégrées à l'INESSS. Pour ça, ça demande un changement législatif qui, lui, n'est pas encore avancé, parce qu'il dépend du ministère des Finances. C'est par la mise à jour, probablement la loi omnibus, je pense, que ça passera. Ce n'est pas le ministère de la Santé qui a cette autorité-là, ce qui fait que la situation actuelle est la même qu'il y a un certain nombre de mois. Le personnel de l'INESSS qui reste en place, parce que beaucoup de gens ont choisi de partir, est au nombre de six ou sept, là, dépendamment de la période en place et ce qui avait été convenu... est que l'INESSS allait terminer les mandats qui étaient cours. Alors, il n'y a pas de nouveau qui a été... Le CSBE ... je m'excuse, là, je suis désolé, j'ai fait un lapsus. L'équipe du CSBE demeure en place en partie, parce qu'il y en a une partie qui a décidé d'aller dans d'autres secteurs. Dépendamment de la période, il y en a six ou sept, mais il n'y a pas de nouveau mandat qui a été donné parce qu'il a été convenu qu'avant de faire la transformation législative l'équipe du CSBE allait terminer les mandats existants.

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

**Mme Poirier :** Le ministre a déposé, quand même, plusieurs projets de loi au cours de la dernière année. Ce n'était pas possible pour lui d'inclure une section qui aurait concerné les obligations légales dont il a besoin pour maintenir les activités du CSBE?

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

**M. Barrette :** Bien, moi, j'ai fait un certain nombre de vérifications et on m'a indiqué que ça devait passer par la voie des Finances. Alors, je peux être l'objet d'un reproche, mais je ne peux pas défaire l'État duquel je fais partie.

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

**Mme Poirier :** Bien, je ne veux pas dire ce que le ministre comprend, mais je dois conclure, donc, qu'il n'y a pas eu de projet et d'étude qui a été confié au CSBE depuis plus d'un an.

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

**M. Barrette :** Ce n'est pas vrai, parce que ce n'est pas ce qui a été convenu, M. le Président. Ce qui a été convenu, c'est que les activités et responsabilités du CSBE allaient être intégrées à l'INESSS. Pour l'intégrer à l'INESSS, il doit y avoir un changement législatif. Ce changement législatif n'est pas sous mon autorité. Conséquemment, oui, la collègue a raison, il n'y a pas eu de nouveau mandat, parce qu'il était convenu qu'avant de se retrouver à l'INESSS l'équipe terminait les mandats courants, et c'est ce qui est en train d'être fait.

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

**Mme Poirier :** Est-ce que la ministre a fait une demande au ministre des Finances d'inclure cette modification législative dans un prochain règlement qui concernerait une loi... dans une prochaine loi au niveau du ministre des Finances?

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

**M. Barrette** : On m'indique que c'est même prévu dans le budget, M. le Président.

**Le Président (M. Merlini)** : Merci. Mme la députée.

**Mme Poirier** : Est-ce qu'on peut nous indiquer à quel endroit?

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

**M. Barrette** : Dans l'autre budget de l'année passée, M. le Président. Là, je n'ai pas la page en référence, pas dans ce budget-ci, mais dans le budget de l'année passée.

• (16 h 20) •

**Le Président (M. Merlini)** : Le budget 2016-2017?

**M. Barrette** : Exactement.

**Le Président (M. Merlini)** : Très bien. Mme la députée.

**Mme Poirier** : On comprend que ça a été budgété en 16-17, mais qu'il ne s'est rien passé en 2017.

**M. Barrette** : Bien, non. Mais non, on ne comprend pas ça du tout, M. le Président. On comprend bien ce qu'on veut comprendre, là, mais la réalité... Il n'y a rien à comprendre, il n'y a qu'à constater les faits. Le fait est que, dans le budget de l'année passée, ça a été prévu. La réalité est qu'il y a un parcours administratif à suivre et que ce parcours-là, il est emprunté au moment où on se parle. Ça chemine dans les circonstances que l'on connaît, et on sait que, législativement, toujours dit avec les plus grands égards possible, nous n'avons pas pu, dans la dernière année, aller à la vitesse de la lumière. Alors, on ne comprend rien, on constate que. Ce n'est pas la même phrase, ça n'a pas le même poids, ça n'a pas la même portée ni la même intention, mais je ne prête pas d'intention, je laisse les gens juger de ça d'eux-mêmes.

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

**Mme Lamarre** : Oui. Je suis sur un autre enjeu. Le ministre, quand il a fait le projet de loi n° 10, il a parlé de gouvernance. En termes de gouvernance, quand on choisit des membres d'un C.A., que ce soient les... Donc, les membres du C.A. doivent être vraiment en dehors de conflits d'intérêts le plus possible. Je ne nommerai pas la personne, mais je veux simplement redire au ministre que la personne qui est actuellement présidente du C.A. du CHUM et de Sainte-Justine, du CHU Sainte-Justine, est actuellement vice-présidente principale, ressources humaines, affaires gouvernementales et communications corporatives pour McKesson, qui est un des plus grands grossistes en médicaments, mais également en technologies médicales.

Donc, ça veut dire les robots qui sont achetés par les hôpitaux, les médicaments, différentes fournitures qui sont fournies. Et, dans le cadre du projet de loi n° 130, en commission parlementaire, j'ai demandé combien le CHUM et le CHU de Sainte-Justine achetaient par année chez McKesson. Je pense que le ministre doit se souvenir de la réponse. S'il ne s'en souvient pas, je vais lui redonner, mais, clairement, ce qui nous a été transmis et qui a été confirmé ensuite par le P.D.G. du CHUM et de Sainte-Justine, c'est de l'ordre de 600 millions de dollars d'achats annuels qui est fait par McKesson. Et, à partir du moment où la présidente du conseil d'administration et vice-présidente, je répète, ressources humaines, affaires gouvernementales... Une vice-présidente affaires gouvernementales, c'est... et j'ai du respect, c'est un travail, mais c'est une lobbyiste, c'est vraiment ça qui est son travail. Et elle est vice-présidente.

Alors, moi, je demande au ministre qu'est-ce qu'il va falloir de plus pour que quelqu'un soit potentiellement en conflit d'intérêts dans un poste. Et je ne dis pas qu'elle ne prend pas des bonnes décisions, mais, à tout le moins, il y a une apparence incroyable de conflit d'intérêts, et je trouve que, si le gouvernement veut envoyer un message justement de saines pratiques de gouvernance, parce que c'était même l'objectif du projet de loi n° 10, il doit corriger la situation rapidement.

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

**M. Barrette** : Bien, M. le Président, c'est évidemment une chose que nous avons prise en considération lors de sa nomination. Et je suis content de voir qu'encore une fois, vous savez, et je l'ai dit... C'est la deuxième fois juste aujourd'hui, puis c'est la deuxième fois juste aujourd'hui parce que ça fait longtemps qu'on n'a pas eu l'occasion d'échanger aussi longtemps, ma collègue et moi. C'est la deuxième fois aujourd'hui où, encore une fois, la députée de Taillon se met à contrepied de son propre gouvernement à l'époque. Parce que la personne en question, qu'on ne nommera pas, lorsque son parti était au pouvoir, était au conseil d'administration de l'Hôpital Sainte-Justine.

Alors, ce qui, aujourd'hui, apparaît à notre collègue, membre du Parti québécois, parlant au nom du Parti québécois, comme un conflit d'intérêts n'était rien du tout lorsque le Parti québécois, il n'y a pas longtemps, là, vraiment pas longtemps, était au pouvoir. Je n'ai jamais entendu une seule intervention. Il n'a jamais été rapporté, dans les médias, quelque intervention que ce soit du ministre de la Santé de l'époque, de la première ministre de l'époque, de qui que ce soit au gouvernement du Parti québécois statuant, évoquant un conflit d'intérêts au conseil d'administration avec cette personne-là. Peut-être que les gens, à l'époque, au Parti québécois, ont considéré que ces fonctions dans une organisation qui avait vraiment tous les garde-fous possibles pour se prémunir d'un tel conflit d'intérêts... ont jugé qu'il n'y en avait pas, de conflit d'intérêts.

Parce que rappelons la fonction d'un conseil d'administration. Un conseil d'administration a comme responsabilité de s'assurer de la saine gestion de l'hôpital exercée par les gestionnaires. Ce n'est pas un rôle autre que celui-là. Un conseil n'achète pas, ne fait pas des appels d'offres, ne sélectionne rien et ainsi de suite. Par contre, oui, il est essentiel, malgré tout, pour une personne qui n'a pas ces fonctions-là mais qui est sur un conseil d'administration de se retirer lorsqu'un tel sujet est débattu au conseil d'administration, ce qui, lorsqu'on a fait nos vérifications pour la nommer au CHUM, avait été constaté. Elle s'est toujours retirée lorsqu'un sujet arrive à l'ordre du jour. Alors, quand on a à mettre dans la balance ces éléments-là, bien, on constate que le conflit d'intérêts, du moins, c'est ce que l'on a conclu... et je conclus, moi, que le Parti québécois a conclu la même affaire puisqu'ils l'ont laissée là, à Sainte-Justine, à l'époque.

Alors là, c'est quoi? C'est-u deux poids, deux mesures? Est-ce qu'on est encore comme ce matin, il y a des citoyens qui sont différents des autres? Est-ce que c'est ça? Moi, j'aimerais que notre collègue nous dise ce qu'elle pense...

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

**M. Barrette :** ...de la situation qui existait avant.

**Le Président (M. Merlini) :** On va aller à une autre question. Mme la députée Taillon.

**Mme Lamarre :** M. le Président. Alors, je note simplement le choix que le ministre a fait. J'aurais une belle opportunité de réévaluer cette situation-là sur toute l'île de Montréal. Il me semble qu'il pourrait y avoir une autre personne qui soit apte à occuper ces fonctions qui d'ailleurs n'occupait pas les mêmes fonctions lorsque nous étions au pouvoir parce qu'il n'y avait pas la fusion du CHUM et de Sainte-Justine.

Ma question est la suivante, M. le Président : On a eu, ce matin... j'ai posé une question au ministre sur les heures d'ouverture des supercliniques à savoir qu'il avait fait une exception pour les six cliniques de Laval et je lui ai demandé : Est-ce que les prochaines... est-ce qu'il y a un engagement pour que les prochaines cliniques soient toutes, les supercliniques, soient toutes ouvertes 84 heures par semaine? Je cite, M. le député de La Pinière, M. le ministre de la Santé : «Alors, M. le Président, la totalité, sans exception, des prochaines supercliniques seront ouvertes 84 heures par semaine avec des engagements formels.»

La question a même été posée par le chef de la première opposition et le premier ministre a répondu : Oui — sans aucune hésitation — toutes les prochaines cliniques seront ouvertes 84 heures par semaine.

On apprend à l'instant qu'il y a eu une nouvelle entente, un nouveau programme, GMF-R, et qu'il y a une dérogation quant à l'obligation d'offrir 84 heures de service par semaine.

Est-ce que le ministre peut nous reconfirmer que toutes les futures supercliniques... Ça a été publié aussi dans *Le Soleil*, mais est-ce que le ministre peut nous confirmer que toutes les prochaines supercliniques vont être ouvertes 84 heures?

Parce que, je le répète, c'était la valeur ajoutée principale des supercliniques qui avaient été promises par le ministre et, quand on a fait l'étude du projet de loi n° 20, chaque fois qu'on demandait que les GMF aient des heures d'ouverture allongées, le ministre disait : ce sera comblé par les supercliniques. Et là on entend même que des GMF, d'autres GMF, veulent bénéficier du même privilège que celui qui a été offert aux GMF de la ville de Laval. Est-ce que le ministre peut nous donner son analyse et reconfirmer ce qu'il a dit, ce matin, à l'ensemble des députés?

**Le Président (M. Merlini) :** M. le ministre, en 30 secondes.

**M. Barrette :** Oui, en 30 secondes. J'aimerais que la députée dépose le document qui traite de ce qu'elle vient d'apprendre à l'instant. Je ne sais pas de quoi elle parle. C'est assez difficile pour moi de commenter une nouvelle comme ça dont on ne connaît pas la nature. Elle vient dire : Nous apprenons, à l'instant, qu'il y a une dérogation essentiellement pour une superclinique. Comme je n'en ai pas signée, là, récemment, de dérogation, là, je ne sais pas de quoi elle parle. Alors, je veux bien répondre, mais on parle de quoi? Est-ce que la députée, maintenant, est disposée à déposer le document qui démontre ce dont elle parle?

**Le Président (M. Merlini) :** Mme la députée, pour le dépôt.

**Mme Lamarre :** Je vais déposer l'article.

#### Document déposé

**Le Président (M. Merlini) :** Oui. Merci beaucoup. Ça met un terme à ce bloc d'échanges avec l'opposition officielle. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour un bloc de 18 minutes. Mme la députée de Verdun, la parole est à vous.

• (16 h 30) •

**Mme Melançon :** Il me fait plaisir de déjà redonner la parole au ministre, qui était en train d'exprimer et d'expliquer à quel point l'agrandissement de l'Hôpital de Verdun était nécessaire et souhaitable, et peut-être nous éclairer un peu sur le calendrier à venir pour la suite.

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

**M. Barrette :** Parfait. Merci, M. le Président. Et c'est vraiment quelque chose d'intéressant, et je continue où j'étais précédemment. Et, lorsqu'on s'est quittés pour ce bloc gouvernemental là, je disais qu'on n'avait qu'à circuler 15 minutes dans l'hôpital pour constater la vétusté d'un hôpital où les chambres ont été construites pour être parfois à quatre, parfois à plus, rarement à un, et avec des installations, ne serait-ce que toilettes et compagnie, qui étaient celles d'une autre époque. Et ce n'est pas rare, M. le Président, dans un hôpital comme celui-là, de constater qu'aujourd'hui une chaise roulante d'aujourd'hui, là, parce qu'elles aussi, elles ont changé avec le temps, là, ça ne rentre pas dans la salle de bains. Des fois, on a de la misère à se rencontrer dans le couloir. Alors, on peut imaginer la distance qu'il y a entre les lits, même un lit d'aujourd'hui, M. le Président. Vous savez, un lit, à l'époque, là, c'étaient quelques poteaux de métal, là, puis avec un matelas, puis c'est tout. Là, aujourd'hui, c'est des systèmes électriques, et ci, et ça. C'est plus volumineux, et ainsi de suite. Alors, c'est un hôpital qui, définitivement, mérite une mise à niveau. Et je peux, donc, comprendre l'importance qu'attache notre collègue à ce dossier-là.

Je cherche ma feuille financière que j'avais il y a quelques instants pour donner l'information appropriée, M. le Président. Ce ne sera pas long.

**Le Président (M. Merlini) :** On a trop de papiers, M. le ministre.

**M. Barrette :** Oui, j'ai trop de papiers. C'était ma feuille. Ah! elle est ici, M. le Président. Elle a, comme un tapis volant, volé sur le bureau de mon collègue le sous-ministre adjoint aux finances.

Alors, M. le Président, alors, pour ce qui est de la séquence, parce que c'est la question — et là, finalement, on va dans le vif du sujet — ce que cherche ma collègue, évidemment, c'est la confirmation que le projet va aller de l'avant et qu'il n'arrêtera pas. Donc, je rappelle à la population, M. le Président, que, lorsqu'un projet est inscrit au PQI et qu'il commence son cheminement au dossier d'opportunité, il est financé, il est provisionné, il arrivera à destination. Mais je rappelle également que chacune des séquences, il y en a trois, chacune des séquences, pour les deux premières, prend, en général, entre un an et demi et deux ans, et la construction, surtout quand on construit sur un site en opération, bien, ça prend une durée de l'ordre de quatre ans, là. Je n'ai pas vu, moi, une seule rénovation majeure se faire en bas de trois ans. C'est, en général, quatre ans.

Alors, où en sommes-nous, M. le Président? Je vais donner quelques dates qui vont orienter la population. Alors, à un moment donné, il faut commencer par donner un contrat pour faire les analyses immobilières, et ça, ça a été donné le 25 novembre 2016. Donc, il y a de l'argent déjà qui est engagé pour commencer à faire les évaluations du plan clinique, ce qu'on va mettre là-dedans et essentiellement comment on va l'équiper. La conclusion de cette analyse-là se fera en 2017, à savoir que la Société québécoise des infrastructures, qui a la responsabilité du projet, a le mandat de nous donner ses conclusions le 2 octobre 2017. Donc, c'est très bientôt. Et la décision de passer à la prochaine étape du Conseil des ministres devrait se faire, là, je dis approximativement, parce que ce n'est jamais cédulé comme ça à l'avance, le 1er décembre 2017.

Après, on passe immédiatement à la phase de planification. La décision du Conseil des ministres en décembre 2017, c'est pour passer à la planification. La planification, c'est les plans et devis, la vraie affaire, les plans, là, les vrais, vrais, vrais plans sur lesquels on va se baser pour aller à la construction. Mais la décision de cette phase-là sera prise essentiellement approximativement en août 2019. Pourquoi de décembre 2017 à août 2019? Parce que c'est la vraie phase de dessin des plans et devis. Bien ça, là, ça veut dire qu'on décide, là, à quelle hauteur va être la prise électrique, puis quelle va être la marque du lavabo qui va être dans une chambre, puis quelle grandeur la chambre va être, et ainsi de suite. Alors, on comprend la complexité, on comprend la complexité d'un hôpital. Ça ne se fait pas, ça, en deux semaines, là, et ça n'est jamais standard d'un endroit à l'autre, surtout quand on est dans une rénovation d'un bâtiment qui est plus vieux. Ça demande un certain travail. Et, après cette décision-là, en août 2019, on s'en va à la construction. Mais là ça, c'est simple, c'est les plans et devis définitifs et les appels d'offres. Et là on peut compter essentiellement quatre ans.

Ce qu'il est important de retenir, M. le Président, pour la collègue et pour la population qu'elle représente, c'est que la démarche qui est entamée est provisionnée. Il n'y a pas de retour en arrière. Ça va arriver à destination selon la séquence appropriée. Et non seulement c'est clair, mais c'est dans notre document du Plan québécois d'infrastructures présenté au budget. C'est déjà dans nos documents. Alors, il y a une trace. Non seulement il y a une trace, mais, l'année prochaine, là, à l'étape suivante, ça va être écrit à l'étape suivante. Et même le public peut avoir accès à ces documents-là et constater l'avancement des travaux. Et actuellement je peux vous indiquer que l'information se trouve à la page 66 de notre document sur le Plan québécois des infrastructures. Alors, rassurez-vous toutes et tous, nous allons de l'avant et nous ne reculerons pas.

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

**Mme Melançon :** Je tiens à remercier le ministre. Et je crois que les gens auront bien entendu. Et je comprends que tout est bien sur les rails. Le projet est sur rails et tout suit son cours normal. Je le disais en introduction tout à l'heure, j'ai la chance à Verdun d'avoir un modèle de soins à domicile vraiment très performant. On en a parlé longuement en campagne électorale. Et, bien sûr, le ministre va sourire, mais j'ai fait la rencontre de l'extraordinaire Dre Dechêne, qui est une leader dans ma communauté, bien sûr, dans Le Sud-Ouest, mais aussi dans Verdun et — mais je vois la collègue qui est tout à fait d'accord avec mon propos — je me sens très choyée et je sais que la population de Verdun est très choyée parce que ce modèle-là fonctionne à merveille. On a des résultats qui sont probants.

J'ai entendu le ministre sur plusieurs tribunes faire l'éloge du modèle qui est en place à Verdun. Et il faut se promener, là, il faut être sur la rue, M. le Président, à Verdun et sur la Wellington, puis voir justement les médecins, sac à dos, ou voir les infirmiers, sac à dos, se promener. On les reconnaît. On les connaît et on les reconnaît parce que, Verdun,



on est quand même dans une communauté tissée serrée, je vais dire ça ainsi. Et, moi, ce que je vois, c'est qu'on vise des clientèles qui sont clairement identifiées. Je pense aux personnes handicapées, les personnes en perte d'autonomie, bien sûr, les troubles graves de santé mentale, les personnes avec un problème de santé physique.

Moi, ce que j'ai envie de savoir du ministre, parce que je ne suis pas une spécialiste, donc, dans les soins à domicile, c'est pourquoi est-ce qu'on a le meilleur modèle de soins à domicile à Verdun. Qu'est-ce qui fait que ces soins-là fonctionnent? Et je vous ai déjà même entendu dire, M. le ministre, on aimerait ça calquer ce modèle-là pour partout au Québec. J'aimerais vous entendre un peu plus sur le dossier.

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

• (16 h 40) •

**M. Barrette :** M. le Président, c'est vraiment une excellente question parce que... En fait, ce n'est pas une question, c'est qu'on me demande d'exprimer mon appréciation du modèle qui est en place au CLSC Sud-Ouest—Verdun. Et ça, ça n'a rien à voir avec la réforme qu'on a faite à date, ça n'a pas à voir avec ce que l'on va faire, mais ça a à voir surtout au mérite d'une équipe extraordinaire qui est pilotée par la Dre Geneviève Dechêne, qui, depuis des années — elle a fait sa carrière là-dedans d'ailleurs — a réussi à mettre en place une équipe interdisciplinaire, une vraie, là, très interdisciplinaire, là, de divers professionnels, des infirmières, des travailleurs sociaux, des gens qui travaillent ensemble, mais pas juste ensemble entre eux dans un CLSC, mais ensemble dans un réseau, un réseau qui va de la maison à l'hôpital. Et ces gens-là, là, interviennent... c'est-à-dire prennent tellement bien en charge les gens qui sont en perte sévère d'autonomie ou en soins palliatifs. Écoutez, ce sont les gens que je connais qui évitent le plus des hospitalisations. Et, lorsqu'il y a le plus d'hospitalisation, c'est ceux que je connais, là, qui réduisent le plus le temps d'hospitalisation. Ils ont mis en place une façon de fonctionner en équipe qui fait en sorte que les gens sont vraiment suivis en interdisciplinarité. Et ça, ça veut dire que ça ne demande pas à l'équipe de se transporter constamment dans le domicile d'une personne, ça demande à une équipe de connaître sa clientèle pour faire en sorte que chacun des membres de l'équipe puisse répondre à un besoin de la clientèle si ce n'est pas le membre en question qui va sur place. Je m'explique.

Dans un monde que je qualifie d'habituel, pour ne pas dire normal, dans un monde habituel, là, si on ne connaît pas bien une clientèle âgée, en perte d'autonomie, et que la personne a des signes d'infection pulmonaire, mettons, ou des voies respiratoires, si le médecin ne connaît pas la personne ou si l'équipe ne connaît pas la personne, cette personne-là, là, va probablement être transférée, et venir à l'hôpital, ou aller au CLSC, hein? Bien, dans leur système, là, où les gens se connaissent et connaissent la clientèle et tout le monde connaît sa clientèle, parce que c'est vraiment une prise en charge interdisciplinaire, bien, régulièrement, là, les gens sont tellement bien connus qu'une infirmière à domicile va appeler le médecin qui est de garde, disponible, et : Mme Unetelle, aujourd'hui, elle ne file pas, on la connaît bien. Aujourd'hui, c'est bien clair, là, qu'elle fait un petit peu de température, elle tousse, elle crache. Là, il y aura une prescription de faite, et on n'aura pas de transport à l'hôpital, et on n'aura pas toute la cascade coûteuse et désagréable pour la personne.

Pour arriver à ce niveau-là, là, il faut que chacun accepte de jouer son rôle, donc le bon service par la bonne personne, la fameuse maxime : Le bon service, au bon moment, à la bonne place, par la bonne personne. Bien, eux autres, là, c'est l'exécution, là, en direct et à 100 %, de ça. Bien ça, ça demande une organisation, là. Ça demande à ce qu'il y ait une équipe médicale, par exemple, qui accepte de fonctionner comme ça, d'être de garde à tour de rôle, d'accepter de répondre à un autre professionnel, une infirmière en général, pour trouver une solution, donner une prescription, faire venir le patient. Mais ça va plus loin. Quand le patient va à l'hôpital, l'équipe, elle, le sait. Et là l'équipe vient intervenir dans l'hôpital pour voir l'évolution de la personne et pouvoir dire à l'équipe traitante intrahospitalière, qui, elle, ne connaît pas bien la personne : On la connaît, nous autres. On le sait que, rendu là, on est capables de la ramener à la maison puis de s'en occuper. Ça, c'est du maintien à domicile.

Alors, d'un côté, on a la bonne prise en charge qui diminue le recours à l'hôpital, ou à l'urgence, ou à l'hospitalisation. Et, en même temps, la même équipe permet une réduction de l'utilisation de l'hospitalisation par une durée de séjour plus courte. On les ramène à la maison. Sur le plan systémique, si on regarde juste économiquement, là, c'est la meilleure affaire à faire. Sur le plan clinique, sur le plan humain, c'est la meilleure affaire à faire. Et ils font les deux, eux autres, là, idéalement. C'est vrai, là, qu'à date, c'est un des meilleurs modèles, sinon le meilleur modèle que j'ai vu, ce qui ne veut pas dire qu'ailleurs au Québec il n'y a pas d'excellents modèles en place ou en devenir. C'est juste qu'aujourd'hui, là, on a des équipes qui font un travail extraordinaire sur le terrain, qu'il faut féliciter, encourager et les amener dans l'esprit de la loi n° 10, qui est un esprit de mise en commun des bonnes pratiques permises, parce qu'il y a peu de structures. Il y en a juste 32 au Québec alors qu'avant on en avait au-dessus de 180. C'est ça qu'on a, puis c'est ça qu'on fait.

Et ça, ça nous amène au prochain forum, le forum sur le maintien à domicile, forum où on va mettre en commun nos bonnes pratiques. Parce que, comme je l'ai dit il y a quelques instants, bien, il y en a, des équipes qui sont très bonnes. Il y en a qui apprennent, mais ils veulent tous. Alors là, on va mettre en commun les bonnes pratiques. On va faire venir l'équipe du CLSC Sud-Ouest—Verdun avec toute l'équipe, qui vont venir avec d'autres excellentes équipes, dire : Ah! nous, on fait ça comme ça. Nous, on fait ça comme ça. Et j'ai déjà d'ailleurs eu, moi, des rencontres préliminaires de différentes équipes, différentes approches. Puis c'est assez amusant, parce que tout le monde a la même vision, pas toujours les mêmes moyens. Puis, quand je dis moyens, ça ne veut pas dire de dollars. Moyens, la manière de faire. Mais tout le monde voit la même finalité, mais surtout, et c'est ça qui est extraordinaire, tout le monde voit que c'est possible si on y met les ressources. Et c'est exactement ça qu'on va faire.

Alors, moi, j'invite les collègues. En tout cas, je pense que mon collègue de Lévis qui est venu au forum des CHSLD a apprécié l'exercice très non partisan. C'est vraiment centré sur le patient. Mais là ça va être pareil, mais en maintien à domicile. Je sais que la députée de Taillon n'avait pas pu venir, évidemment, mais je l'invite, là, d'arranger

son agenda pour qu'elle puisse venir assister à ça cette année, parce qu'au bout de ça, là, il y aura des investissements, il y aura des équipes, il y aura aussi des redditions de comptes. Il y aura donc un changement qui sera au bénéfice des citoyens.

M. le Président, je ne sais pas si ça répond à la question de notre collègue.

**Mme Melançon :** Ça répond vraiment très clairement à ma question, vos commentaires. Et moi, je tiens vraiment à saluer et à remercier les gens qui travaillent auprès de la clientèle à Verdun. Le travail que vous faites est extraordinaire. On le sait. On le voit maintenant. On sait que ça fonctionne. Et j'espère qu'on va pouvoir continuer comme ça parce que la clientèle à Verdun, qui est une clientèle aussi particulière, je vais dire, a besoin de ces services-là. Et merci. Et bravo à toute l'équipe!

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

**M. Barrette :** ...puis je rajouterai un élément, M. le Président, que j'ai oublié. Et en plus l'équipe est en accès adapté absolu. Alors, eux autres, là, c'est vraiment la quintessence de tout ce qu'on doit faire correctement dans ce secteur-là. Je vais revenir quelques instants, M. le Président, sur la question que la députée de Taillon nous a posée... sur le commentaire qu'elle a fait et la question qu'elle a posée à propos d'une personne qui est membre d'un conseil d'administration. Je tiens, M. le Président, à rappeler à notre collègue...

**Une voix :** ...

**M. Barrette :** Après. Je tiens à rappeler à notre collègue que la personne en question a été présidente du conseil d'administration de 2011 à 2015, qu'elle a été au conseil d'administration de Sainte-Justine comme membre de 2007 à 2011, et que, donc, de 2007 à 2015, incluant la totalité de leur mandat, il n'y a pas une seule personne du Parti québécois, publiquement ou en coulisse, qui a contesté l'impartialité ou la pertinence de cette personne-là de siéger soit comme membre, soit comme présidente du conseil d'administration de l'hôpital pédiatrique probablement parmi les cinq plus connus en Amérique du Nord.

Alors, par un hasard déconcertant, qui n'est certainement pas biaisé, et j'en suis convaincu, aujourd'hui, on questionne l'impartialité de cette personne-là, on questionne cette personne-là sur la base d'un conflit d'intérêts. Je suis très étonné, M. le Président, très étonné compte tenu de ces faits-là. Elle a...

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

**M. Barrette :** C'est terminé?

**Le Président (M. Merlini) :** Ça met un terme au bloc d'échange avec le gouvernement. Nous avons maintenant un bloc avec le député de Mercier pour une période de 20 minutes. La parole est à vous, M. le député de Mercier.

• (16 h 50) •

**M. Khadir :** Merci, M. le Président. Juste pour rebondir sur la dernière intervention du ministre, peut-être qu'aucun député du Parti québécois n'avait posé des questions sur McKesson, mais moi, j'avais posé une question en Chambre, en principale, en 2015, sur McKesson, sur les nombreux cas de fraude rapportés pour cette organisation multinationale qui enregistre des profits à Luxembourg, qui a une cinquantaine de filiales juste au Delaware, ce qui est très symptomatique des pratiques d'évasion fiscale de «transfer pricing», tout à fait symptomatique des pires cas de multinationales fraudeurs d'impôt. Fraudeurs d'impôt. Fraudeurs d'impôt. McKesson, fraudeurs d'impôt. Je le répète pour donner une chance au ministre, qui est très occupé.

Donc, j'y reviendrai plus tard et je ferai le parallèle avec le code d'éthique imposé aux employés et aux fonctionnaires de l'État, ministère du Conseil exécutif, l'immense séparation, l'immense hiatus entre ce qu'on impose à n'importe quel employé, fonctionnaire de n'importe quel ministère, par exemple, ministère de la Faune, et que le ministre oublie commodément, avec les institutions. Et c'est sûr que c'est accablant pour l'ensemble des gouvernements qui ont été au pouvoir, qui ont toléré cet état de choses. Je reconnais qu'il y a un problème quand c'est la porte-parole du PQ qui pose cette question, mais elle n'est pas responsable de toutes les vicissitudes et toutes les turpitudes des précédents gouvernements. Mais le ministre actuel en pouvoir est responsable des turpitudes de son propre appareil. Donc, les turpitudes de l'un ne peuvent justifier les turpitudes de l'autre. C'est une vérité. Donc là, je vais revenir sur McKesson un peu plus tard.

Je voudrais parler de la condition déplorable dans le réseau de santé, une simple revue de presse que je fais rapidement pour la porter à l'attention du ministre. Le 6 novembre, le personnel préhospitalier multiplie les mandats de grève. Le personnel dénonce la surcharge du travail, par exemple, dans le cas des ambulances. Quelques semaines auparavant, enquête publiée par la Fédération de la santé et des services sociaux de la CSN, qui démontre l'état d'épuisement des jeunes salariés du réseau de santé face aux réformes qui sont en train d'être implantées. Ça n'a pas été contesté.

Le 26 octobre, au moins 150 gestionnaires de l'intérieur même du réseau auraient quitté au cours des 18 mois — on apprend, donc, dans les médias — auraient quitté leurs fonctions à cause de la situation dans le réseau et des conditions similaires décriées dans le même mois dans un centre d'hébergement. La FIIQ avait fait enquête et a affirmé que des coupes dans le personnel aux centres d'hébergement entraînaient d'importants problèmes pour les personnes âgées qui étaient bénéficiaires, mais aussi pour le personnel, qui se sentait continuellement tirailé. On en a parlé un peu hier. Puis enfin on se rappellera, au CISSS de Trois-Rivières, les manifestations des infirmières qui en avaient ras le bol de la situation et de la condition de travail qu'on leur imposait.

Est-ce que le ministre est conscient des coûts, pas seulement sociaux, pas seulement de l'impact sur la qualité des soins, mais des coûts qu'entraîne le recours de plus en plus grand du personnel à des congés de maladie par épuisement professionnel, parce que la situation de désorganisation subie par le réseau à cause de réformes mal pensées, mal réfléchies, et basées sur de mauvaises prémisses, et, surtout, les contraintes et les compressions imposées... entraînent un épuisement moral, un épuisement physique? Il y a des recours aux congés de maladie. Est-ce qu'au ministère on a prévu combien de plus ça va coûter au réseau de la santé et quel est le budget qu'il a prévu? Parce que, comme bon gestionnaire, il doit prévoir qu'il y a ça. Il voit les chiffres augmenter, les congés de maladie qui explosent. Est-ce qu'il peut nous dire comment ça a été budgété? Combien ça va coûter de plus au système de santé québécois?

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

**M. Barrette :** Bien, M. le Président, j'invite le collègue à prendre connaissance du budget tel quel. Les coûts qui sont générés par l'absentéisme, en général, sont inclus dans les prévisions budgétaires. C'est budgété, cette affaire-là. Alors, nous n'avons pas caché de coûts, de dépenses. Elles sont prises en compte dans le budget qui a été déposé.

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

**M. Khadir :** Alors, un bon gestionnaire voit, à travers des observations, une tendance, une situation qui s'améliore ou s'aggrave, prévoit donc son budget en conséquence. Ce n'est pas pour rien que j'ai mentionné des états de fait tout récents, là. Ça, c'est tout l'automne dernier. Donc, il y a des indicateurs qui permettent de croire que, dans le réseau de santé, il y a de plus en plus d'absentéisme en raison d'épuisement professionnel dû aux conditions moralement et physiquement de plus en plus intenables qu'on impose aux employés de l'État dans le réseau d'établissements soignant de santé qu'on est... Puis là on met en danger la santé de notre propre personnel.

Hormis la contradiction que ça entraîne pour le ministre, je voudrais savoir s'il a prévu quelque chose. Parce que, tout à l'heure, je vais lui poser des questions sur La Pocatière, la situation des anesthésistes. Et c'est sûr qu'il y a un problème actuellement de manque de personnel, de manque de main-d'oeuvre en anesthésie au Québec, parce qu'il n'y a pas eu de prévoyance, parce qu'il n'y a pas eu une vision à long terme pour dire : Bien, voici un problème qu'on a. On va essayer de voir comment on le prévient à long terme.

Alors, je lui demande... Les courbes d'absentéisme au travail pour raison d'épuisement professionnel sont en croissance. Quel budget a-t-il prévu pour combler les coûts que ça entraîne?

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

**M. Barrette :** Bien, M. le Président, je vais faire la même réponse que tout à l'heure. Puis, en fait, je vais faire une réponse peut-être plus... pas nuancée, mais plus complexe, là, mais qui n'est pas vraiment complexe. On sait, M. le Président, et ça, c'est connu, lorsqu'il y a une transformation dans un réseau, il y a toujours une période, toujours. C'est impossible de ne pas avoir ça, peu importe que la transformation soit locale ou systémique. Toute transformation entraîne une période où il y a un certain stress. C'est normal.

Je ne vous dis pas que c'est souhaitable, je vous dis que c'est normal, normal, comme dans inévitable. J'aimerais, moi, qu'une transformation ne soit accompagnée d'aucune conséquence en termes de stress. C'est impossible. Je vais donner un exemple. Quand, à l'ouverture, j'ai eu à aller, pour toutes sortes de raisons, au CUSM, les gens trouvaient ça stressant. Un hôpital flambant neuf, superéquipé, un environnement physiquement de classe mondiale, parce que c'est vraiment le cas, c'est la même chose au CHUM, la même chose à Sainte-Justine, mais c'est un environnement nouveau, et le personnel à qui je parlais, parce qu'évidemment, par curiosité, je conversais avec eux autres puis je leur demandais : Puis, comment vous trouvez ça?, invariablement, le monde trouvait ça stressant. Tout le monde. Bien, savez-vous quelle était la première raison? Les choses n'étaient pas à la même place que d'habitude. Puis, c'est vrai, quand on a nos routines, là, et que les choses ne sont plus à la même place, bien là, quand il y a un moment plus urgent en termes de soins, où il faut agir vite, bouger vite, avoir accès à telle fourniture médicale, donner, passer, parce qu'on parle des instruments, des choses comme ça, tout le monde a trouvé ça difficile, même si on passait d'un environnement hyper vétuste à de l'ultramoderne.

Et savez-vous quel était le deuxième objet de stress? L'espace. Plus d'espace qu'avant. On ne pense pas à ça. On se dit : Ces gens-là ont travaillé dans des coquerons, littéralement, là, où tout était cordé, là, un peu pêle-mêle, très compact. Bien là, ça devenait un stress d'arriver dans un environnement ultramoderne où les choses n'étaient pas bien placées, où il y avait plus d'espace.

Le point que je fais ici est très simple. Il n'y a pas de transformation vers le mieux ou vers le pire... c'est encore pire vers le pire, mais, vers le mieux, qui n'engendre pas un certain niveau de stress. Et, on le sait, on l'a vécu précédemment, notamment en 2003, lorsqu'il y a eu la création des CSSS. Et on eu une augmentation de l'absentéisme. Et c'est la raison pour laquelle je dis à mon collègue : C'est dans le budget. On n'a pas prévu de sommes additionnelles. Oui, on en a prévu, mais elles sont «built-in», là, ça ne se dit pas en français, elles sont imbriquées, là, dans le budget tel quel.

**Le Président (M. Merlini) :** ...M. le ministre. M. le député de Mercier.

**M. Khadir :** Le ministre invoque le changement. Moi, le changement, je l'ai vécu dans mon propre hôpital. Je suis rentré en 1997 au centre Pierre-Le Gardeur. On déménageait en 2004. On le savait. Moi-même, j'ai piloté l'informatisation du laboratoire de mon hôpital. Ensuite, j'ai participé à l'implantation des diverses plateformes électroniques pour la

numérisation de nos dossiers. Et ça entraîne... À chaque fois, oui, il y a un certain stress. Ensuite, le déménagement. Tout ça, c'est bien connu. Mais habituellement, quand le stress est induit dans un changement positif où les gens se sentent respectés, impliqués dans une aventure collectivement décidée qui va pour l'amélioration des services, comme ça a été le cas dans tous les exemples que j'ai mentionnés, on a des problèmes, mais jamais un épuisement moral, une démobilitation, un découragement tel que vécu actuellement dans le réseau de la santé. Ce n'est pas la même chose.

De toute évidence, le ministre ignore la réalité terrain du réseau de la santé, ignore ce qui se passe actuellement, qui n'a aucune commune mesure. Dans mon propre hôpital, tous les gens qui nous ont accompagnés dans ces périodes difficiles d'implantation du système électronique et du déménagement, c'est les mêmes qui nous parlent des deux situations, puis ce n'est pas comparable. Actuellement, ils subissent une violence au quotidien par un système managérial qui est mal pensé et mal réfléchi. C'est malheureux, ce n'est pas la volonté du ministre, mais ce qu'il fait, il doit, comme n'importe quel scientifique ou gestionnaire bienveillant, être attentif aux répercussions sur le terrain. Et, de toute évidence, il n'y a pas d'indication là-dessus.

Je vais passer à une autre question. Je reviens de La Pocatière, où je me suis rendu aujourd'hui rencontrer du personnel du réseau, notamment des médecins et ambulanciers, médecins, citoyens qui sont impliqués dans le milieu des affaires de La Pocatière. Les informations qui ont été offertes au ministre ne se vérifient pas sur le terrain. D'abord, on a dit au personnel que : Oubliez ça. Il y a trois semaines qu'ils vont être fermés. On ne cherchera même pas à trouver de remplacement pour ces trois semaines-là. Sur les 11 semaines restantes des 14 où il y a un problème, il y en a trois qu'on a garanti que, oui, on pourra peut-être aller chercher des remplacements et on va s'assurer que ça soit ouvert.

Donc, il en reste huit autres. Huit plus les trois autres. Ça voudrait dire qu'il y a 11 semaines durant lesquelles les citoyens de La Pocatière peuvent avoir affaire à un hôpital qui n'a pas de salle d'opération qui fonctionne. Donc, les accouchements ne pourront pas se faire. Bon. Ça, c'est le premier problème, et ça m'a été souligné. Mais on m'a souligné aussi que ça, c'est juste la pointe de l'iceberg, parce qu'il y a une diminution dans une série de services. Notamment, il faudrait mentionner, diminution de 10 % des lits de soins actifs, diminution de 25 % des lits aux soins intensifs, centralisation du système d'appel pour remplacements, fermeture de tous les lits en unité transitoire de réadaptation fonctionnelle, une ressource qui optimisait le potentiel de retour à l'autonomie des personnes âgées. Ensuite, Optilab, comme ailleurs, tout ça. Je pense que les gens, maintenant, partout, connaissent le problème. Il y a aussi le fait que, dans quatre spécialités, pneumologie, cardiologie, urologie et orthopédie, des médecins d'un autre territoire venaient, depuis des années, donner des services. Et là, par une décision administrative, parce qu'ils sont juste sur le territoire à côté, et on veut maintenir des lignes, on ne leur permettra plus dorénavant de venir là.

Je pense que le ministre doit être à l'écoute des gens de La Pocatière. C'est très démobilisant pour les régions. C'est une pression à l'exode que ça entraîne. À chaque fois que ce genre de choses là est annoncé, des familles se demandent si elles ne doivent pas déménager, si, dans quelques années, ça ne va pas être pire. Moi, j'invite le ministre à nous rassurer, à dire qu'il va tout faire... notamment peut-être forcer toutes les équipes dans les grands centres, des anesthésistes, chacun assurer une semaine, trouver du personnel pour aller assurer la relève pour garder en opération non seulement les salles d'opération pendant les semaines d'été, mais aussi nous dire qu'est-ce qu'il compte faire pour assurer aux gens de La Pocatière de bons services médicaux puis une fin à cette érosion de leurs services.

• (17 heures) •

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

**M. Barrette :** Bien, je vais commencer par dire la vérité à la population. D'ailleurs, j'invite le député de Mercier à nous dire quelle est sa source. Pas un simple citoyen, là, pas un...

**M. Khadir :** Le DSP.

**M. Barrette :** Ah non! Le DSP...

**M. Khadir :** Le DSP a informé les médecins. Moi, j'ai parlé à 10 médecins...

**M. Barrette :** ...qu'il y a tout ça, là?

**M. Khadir :** ...qui ont... Non. Bien oui, bien sûr.

**Le Président (M. Merlini) :** S'il vous plaît! À l'ordre, s'il vous plaît! On n'interpelle pas de part et d'autre. Vous avez posé la question en bonne et due forme. M. le ministre, s'il vous plaît, à la réponse.

**M. Barrette :** Alors, j'ai affaire à une vérification qui ne correspond certainement pas à aucune réalité, quelle qu'elle soit, en ce qui me concerne. Alors, on va remettre les pendules à l'heure. Et c'est ça, le problème du Québec, là. Le problème du Québec, là, dans les dernières années, là, c'est la qualité de l'information qui circule et qui sort de la bouche des politiciens. Je comprends, là, qu'il faut déformer la réalité pour faire son point, mais, à un moment donné, là, il faut en revenir, là.

**M. Khadir :** M. le Président, M. le Président.

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

**M. Khadir** : ...de toute évidence, le ministre met en doute, je dirais, ma bonne foi. Lorsque je dis que j'ai rencontré des gens, là... Je n'ai pas inventé ces chiffres-là. Quand on me dit que le nombre d'infirmières en poste de nuit à l'urgence est passé de cinq à trois, quand on me dit que l'unité UTRF, que je ne connaissais pas, transitoire de réadaptation fonctionnelle, est carrément fermée, je ne l'invente pas, là. Et les personnels... les médecins, les 10 médecins que j'ai rencontrés, je ne pense pas que M. le ministre peut prétendre que ces 10 personnes là devant moi, qui ne me connaissaient pas, qui n'ont pas de raison de mentir, sont venues me tisser un...

Et c'est le DSP qui a averti le personnel et les médecins que, pour les trois semaines... Il y en a trois, des 14 semaines, pensez-y même pas, les salles d'opération vont être fermées, comme elles l'ont été dans les années passées. Mais, les années passées, c'était pour la réfection, c'était pour la rénovation. Les rénovations sont finies. Donc, on a investi dans des équipements et des installations qu'on va sous-utiliser, c'est-à-dire qu'on va garder fermées pendant trois semaines. Je comprends que le ministre a des problèmes avec les anesthésistes, mais il doit... s'il est aussi capable de mettre les poings sur la table, bien, qu'il mette les poings sur la table pour s'organiser pour que l'ensemble des anesthésistes du Québec puissent mobiliser leur temps puis fournir des soins.

**Le Président (M. Merlini)** : M. le ministre, à la question du député de Mercier.

**M. Barrette** : Il y avait une question?

**M. Khadir** : Est-ce que vous allez assurer...

**Le Président (M. Merlini)** : S'il vous plaît! M. le ministre.

**M. Barrette** : Alors, je vais quand même tenter de répondre à ce qui me semble être un commentaire interrogatif. Alors, M. le Président, il y a une chose contre laquelle je n'ai aucun pouvoir : la mort et la retraite. Alors, moi, s'il y a deux anesthésistes qui quittent, et c'est le cas, l'un parce qu'il est décédé et l'autre qui prend sa retraite, bien qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, M. le Président? Je comprends qu'on vient de passer Pâques, là, ou on va aller à Pâques, mais je ne peux pas faire en sorte que les gens se ressuscitent. Je ne peux pas, là, je ne suis pas capable. Je veux bien, là, que... J'ai bien du pouvoir, là, mais je ne peux pas. Puis la retraite, là, je n'ai pas le pouvoir de sortir les gens de leur retraite. Je ne l'ai pas.

Je sais évidemment que, dans l'univers du député de Mercier... là, je ne ferai pas un lapsus, là... qu'il est bien plus 1917 que 2017, là. Il y avait d'autres pouvoirs qui permettaient de faire un certain nombre de choses, mais certainement pas ressusciter les morts, que je dis avec égards à la famille.

Ceci dit, pour ce qui est des services qui sont donnés sur place, aujourd'hui, entendant circuler le genre de propos qui sont tenus par le député de Mercier, qui ont généré une entrevue que j'ai faite avec une journaliste locale, je l'ai informé que rien sur mon bureau n'existait à l'effet qu'on allait diminuer les services à La Pocatière, rien. Non seulement il n'y avait rien, mais que... Oui, là, j'ai le pouvoir, c'est vrai, là, j'ai le pouvoir de dire que les services vont être maintenus. Maintenant, ils peuvent être maintenus dans une réorganisation, par exemple, là. Alors, on le sait, et là on va parler de docteur à docteur parce que le député de Mercier, il est médecin. Il l'a dit, là, il pratique dans son hôpital, il a vécu des changements, il a été stressé. Il nous l'a dit.

Alors, il sait très bien, là, qu'on peut, sur un territoire donné, organiser les services différemment. Et il sait très bien aussi que... et là je pèse mes mots, qu'aujourd'hui il n'est pas favorable, pour la qualité des services rendus, d'avoir des médecins qui ont une pratique trop isolée ou insuffisamment exposée à une certaine complexité, ce qui justifie une organisation du travail parfois territoriale pour s'assurer d'une expertise qui est maintenue, au profit, évidemment, des citoyens. Parce que, quand je fais la réflexion que je viens de faire, c'est exclusivement et absolument en fonction de la qualité des soins prodigués à la population. Il ne peut pas — et je vais lui laisser même un petit bout de parole, il me reste quelques secondes — tenter de me contredire là-dessus. Les services vont être maintenus, possiblement dans une organisation différente, et c'est ce que j'ai dit à une journaliste, qui m'avait l'air bien au fait de la situation.

**Le Président (M. Merlini)** : Merci, M. le ministre. M. le député, il vous reste une minute à votre bloc.

**M. Khadir** : Très bien. Je fais entièrement confiance au rapport qui m'a été fait par les médecins qui travaillent dans cet hôpital depuis des années, qui sont à l'oeuvre auprès de leur communauté. Je leur fais entièrement confiance. Le ministre a passé une commande budgétaire à son hôpital, qui s'est traduit par des coupures, dont il n'est peut-être pas au fin détail. Je l'informe de ces détails. J'espère qu'il va réviser l'enregistrement de cette conversation qu'on a pour savoir toutes les pertes de services que nous subissons.

Je voudrais juste prendre la minute qu'il me reste. Règle d'éthique de la fonction publique. C'est ce que le gouvernement impose à ses fonctionnaires. «Le fonctionnaire ne peut exercer une fonction en dehors de la fonction publique[...]. En cas de doute, le fonctionnaire peut...» Bon, «il s'assure que l'exercice de [ses fonctions] ne nuit pas à sa prestation de travail à titre de fonctionnaire». «Le fonctionnaire qui a cessé d'exercer ses fonctions au sein de la fonction publique doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses [fonctionnaires antérieurs].» Les articles 9 à 13. J'invite le ministre à aller regarder ce qu'il impose à ses propres fonctionnaires puis mesurer la différence entre ça puis l'avantage, en termes de possibilité de conflit d'intérêts généré pour une personne qui agit à titre de président du conseil d'administration du navire... comment on appelle ça, là?... le navire amiral du réseau de santé du Québec.

**Le Président (M. Merlini) :** M. le député de Mercier, malheureusement, votre temps est terminé. Ça termine ce bloc d'échange. Nous allons maintenant du côté du gouvernement pour un bloc de 17 minutes. Mme la députée de Chauveau.

**Mme Tremblay :** Merci beaucoup, M. le Président. J'aimerais aborder le sujet du nouveau complexe hospitalier du CHU de Québec sur le site de L'Enfant-Jésus. C'est un projet majeur pour la recherche et l'accès aux services dans la Capitale-Nationale, un projet de près de 2 milliards de dollars, qui, oui, a subi quelques modifications pour, entre autres, améliorer l'efficacité des opérations, mais aussi pour respecter un peu plus le budget. La première phase prévoit de regrouper sur un même site toutes les activités qui sont reliées aux soins pour les personnes atteintes de cancer. Et cette première phase là est maintenant en phase de réalisation ou sur le point de l'être, les travaux qui devraient s'amorcer, au plus tard, début juin prochain, et les premiers patients seront accueillis en décembre 2020.

Et, pour la première phase, on parle d'un coût d'environ 652 millions de dollars. Donc, quand on pense à la phase 1, on parle de la construction d'un centre intégré de cancérologie, construction d'un bâtiment pour la radio-oncologie, construction du cyclotron, construction de la centrale d'énergie, et le bâtiment des génératrices, et la construction de stationnements. Ça, c'est pour la première phase, dont les travaux vont s'amorcer très bientôt.

La question que j'aimerais poser à M. le ministre, c'est : Quels seront les avantages d'un si gros complexe où toutes les activités de cancérologie seront regroupées?

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

• (17 h 10) •

**M. Barrette :** Bien, M. le Président, c'est une question qui pourrait être, à la base, très complexe, pour laquelle je pourrais faire beaucoup de temps. Je vais quand même me limiter dans mon intervention.

Je me suis senti un petit peu interpellé par un bout de la question, puis ce n'est pas une critique : un si gros complexe. Ce n'est pas un si gros complexe. C'est un hôpital moderne — et je pense que c'est ce qui est à retenir — qui va intégrer un certain nombre d'activités médicales qui bénéficient d'une intégration. C'est comme ça qu'il faut le voir. Parce que l'hôpital, à la fin, ne devient pas un mégacentre hospitalier. Ça devient un centre hospitalier moderne, qui a deux... bien, il y en a plus que deux, là, mais qui a essentiellement deux secteurs d'expertise, qui ont des sous-secteurs, ces deux secteurs-là étant la neuro, on va dire la neurosciences, là, neurochirurgie, neurologie, et ainsi de suite, et l'oncologie au sens large. Il y a d'autres choses, là. Il y a de l'orthopédie, il y a toutes sortes de choses, là. Mais c'est sûr qu'il y a des axes principaux, et un des axes principaux est celui de l'oncologie.

Quand on regarde l'histoire des deux centres hospitaliers d'origine, avant qu'on fasse la construction, que sont L'Enfant-Jésus et L'Hôtel-Dieu, L'Enfant-Jésus et L'Hôtel-Dieu... de Québec, là, parce qu'il y a un Hôtel-Dieu à Montréal, puis il y en a un, en fait, dans presque toutes les villes du Québec... L'Hôtel-Dieu de Québec avait une vocation oncologique, mais une vocation oncologique qui, historiquement, s'exerçait dans un certain nombre de secteurs. Mais l'oncologie, ça a beaucoup changé dans le temps. L'Enfant-Jésus, eux autres, étaient connus pour un certain nombre d'expertises, dont l'oncologie, de la neuro, de la trauma, et ainsi de suite. L'Enfant-Jésus, c'est un centre de trauma aussi. Saint-François-d'Assise est connu, par exemple, pour la chirurgie générale, très connue, vasculaire. Saint-Sacrement, l'ophtalmo, le sein. Chaque hôpital, comme ça, a des points d'expertise, même si à peu près tout existe comme services. Là, je ne veux pas minimiser l'importance des autres services et départements. Je veux juste illustrer mon propos.

Quand on arrive dans l'oncologie, on arrive aujourd'hui dans un monde où l'oncologie est plus que multidisciplinaire. Donc, elle est tellement multidisciplinaire qu'on a créé maintenant des nouvelles spécialités qui n'existaient pas quand moi, j'étais étudiant en médecine, et c'est l'oncologie. Là, même aujourd'hui, on parle d'oncologue médical, d'oncologues chirurgicaux ou d'oncologues tout court, de greffe de moelle, de greffe de ci, de greffe de ça, en hématologie. On n'avait pas ça avant. Et c'est des secteurs d'activité qui sont le résultat d'une évolution de la pratique médicale qui fait en sorte que les surspécialités doivent avoir un dénominateur commun à la fois professionnel, l'oncologie, mais aussi fonctionnel. Les équipes doivent être physiquement ensemble.

Alors, quand on regarde le monde de l'oncologie... Puis, encore là, je ne veux surtout pas diminuer les autres secteurs, parce qu'il n'y a jamais personne qui va pouvoir faire le niveau de traumatologie, là, qui se fait à L'Enfant-Jésus, là, parce que c'est là que tous les accidents majeurs sont envoyés dans l'Est-du-Québec. On ne peut pas leur enlever ça, là, puis je ne veux pas mettre ça... diminuer l'importance de ça par rapport à l'oncologie, mais je fais simplement prendre l'oncologie pour illustrer le propos, qui est la réponse à la question qui m'a été posée. Quand on regarde l'oncologie aujourd'hui, là, ce n'est pas possible de ne pas... bien, c'est possible, mais c'est beaucoup moins bon d'avoir, sur des sites différents, un oncologue médical, d'un oncologue chirurgical, de la radio-oncologie et tout ce qui gravite autour : la radiologie, l'intervention, la pharmacologie. Et là j'envoie un message de reconnaissance aux pharmaciens d'établissement. C'est une expertise qui est pointue. Elle est pointue tant du bord de la médecine que de la chirurgie. En médecine, on oppose le non chirurgical, qu'on appelle la médecine, à la chirurgie, qui est de la médecine chirurgicale.

Alors, le fait d'avoir ces équipes-là intégrées, il y a une plus-value incontestable, démontrée dans le monde. C'est tellement démontré que, parmi les plus grands centres de référence qui existent au monde, bien, il y a des centres de référence qui sont totalement dédiés à l'oncologie. Je donne un exemple. Il y a un centre très bien connu dans le milieu de la médecine qui s'appelle MD Anderson, au Texas. Puis ça, c'est un hôpital, là... On ne va pas là pour un ongle incarné puis un rhume de cerveau, là. On va là pour un cancer. Eux autres, ils font du cancer. Ce n'est rien que ça qu'ils font. Ils sont très bons, très, très bons. Quand on regarde les protocoles qui sont déterminés, là, les meilleurs succès de telle approche de traitement, bien, il y en a qui viennent de là, mais il y en a qui viennent de Stanford et il y en a qui viennent de Mayo, il y en a qui viennent du Mass General, des choses comme ça. Ce sont toutes des entités qui ont concentré, mis sur un même lieu physique tous les secteurs d'activité.

Je vais le prendre dans l'autre sens, dans le sens du patient. Aujourd'hui, vous avez, et on ne le souhaite à personne, un cancer de quelque chose. Bien, un cancer, mettons, du côlon. Bien, un cancer du côlon, aujourd'hui, là, il est très possible qu'on ait besoin, un, d'un chirurgien, deux, d'un oncologue, trois, d'un pharmacien d'établissement, quatre, d'un radiologue, qui peut avoir à faire des interventions — c'est ce que je faisais dans la vie — cinq, de la radiothérapie, six, une équipe pour faire la convalescence, des infirmières praticiennes pour faire le suivi, et ainsi de suite. Ça, là, je viens de nommer cinq, six groupes professionnels qui, s'ils sont disséminés dans différents lieux physiques, ils sont moins fonctionnels, moins performants. Moins performants parce que l'interaction...

Apprendre ou savoir que, quand, moi, chirurgien, je fais telle chose, j'ai un impact sur le côté médical, chimiothérapie, et ainsi de suite... Des fois, on le sait; des fois, on ne le sait pas. L'expertise qui vient du travail en équipe, qui est sur place... Même le radio-oncologue, même le radio-oncologue, qui, lui, interagit avec ces gens-là... Pour donner un exemple, aujourd'hui, par exemple, en tumeurs osseuses ou dans d'autres tumeurs, on va dans des réunions qui s'appellent des «tumor board», là, c'est un anglicisme, où tous les spécialistes que je viens de nommer sont ensemble, puis on présente la situation d'un patient, sur papier, évidemment, et on décide du plan de traitement ensemble.

Alors, le si gros hôpital, qui n'est pas si gros que ça, qui est de volume tout à fait normal pour ce genre d'activité là, bien, la plus-value, elle est là, elle est là. Et là je n'ai pas parlé de toutes les autres activités connexes et je n'ai pas parlé non plus de tous les autres secteurs qui existent, et qui existent aussi en oncologie, mais aussi qui existent, comme... j'ai nommé la traumatologie. Alors, la masse critique que ça génère et la plus-value que ça génère pour le patient, c'est ça, la justification de faire un hôpital comme celui-là. En deuxième, c'est l'efficacité, la modernité. Aujourd'hui, là, on souhaite tous être dans un environnement moderne. Un patient par chambre, autant que possible, dans un environnement approprié. Si on a des complications, ça a un impact, ça, sur la sécurité du patient, les infections nosocomiales, la récupération, et tout, et tout, et tout. Ça a un impact, ça.

Alors, le fait de construire cette installation-là, le nouveau centre hospitalier à Québec, est en soi une valeur ajoutée. Bien sûr, il y a un coût. Et on sait qu'on a eu à faire une démarche pour maximiser la dépense, ce qui a été fait avec brio. Mais la plus-value pour l'Est-du-Québec... parce que ce n'est pas juste la Capitale-Nationale, c'est vraiment l'Est-du-Québec... c'est la fin de la ligne pour l'Est-du-Québec. C'est le sommet du traitement possible, sauf peut-être dans certains très petits secteurs. Bien, c'est une plus-value, et il faut le faire pour des raisons ne serait-ce que de modernité.

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

**Mme Tremblay :** Est-ce qu'on va réussir aussi à soigner plus de patients avec les mêmes ressources dans ce nouveau centre là?

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

• (17 h 20) •

**M. Barrette :** Oui, M. le Président. Oui. La réponse à ça, c'est oui. Alors, le centre est construit pour donner un certain nombre de services additionnels, particulièrement en oncologie, et particulièrement en radio-oncologie, mais aussi en chirurgie.

Rappelons-nous que, dans les évaluations que nous avons faites, il était estimé que notre capacité d'offre de traitement en radio-oncologie, donc, dans le cancer, encore une fois, on arrivait à la limite. Puis on arrivait tellement à la limite qu'on s'est assuré de mettre en opération le centre intégré de cancérologie de Lévis avant de commencer les travaux à Québec, parce que les travaux de Québec auraient invariablement et inévitablement ralenti les activités de radio-oncologie pour des raisons purement physiques, là. Il faut déménager les appareils, et ainsi de suite. On n'avait pas la marge de manoeuvre supplémentaire... suffisante, pardon, pour ne pas occasionner des bris ou des ralentissements de services. Alors, il a fallu commencer par Lévis en premier, en prévision du NCH, pour s'assurer qu'il n'y ait pas de ralentissements ou bris de services. Alors, c'était un enjeu qui était significatif.

**Mme Tremblay :** Et on pense pouvoir respecter les coûts, rentrer dans les coûts qui sont prévus? Évidemment, c'est une préoccupation des citoyens.

**M. Barrette :** Évidemment, c'est une préoccupation citoyenne très légitime. C'est la raison pour laquelle il y a même eu un petit retard au début, qui a été comblé. Il y a eu un petit retard au début parce que nous n'étions pas, au ministère, et moi le premier, suffisamment convaincus, selon ce qui nous était présenté, qu'on allait rentrer dans le budget. En fait, pour être clair, on a estimé, à un moment donné, qu'il y avait un risque de dépassement de plus de 300 millions de dollars. Trop gros comme risque de dépassement. Ça n'existe pas, un risque zéro, mais nous voulions avoir un risque nettement inférieur à ce risque-là. Et on a demandé à refaire un certain nombre d'évaluations, de redessiner certains concepts, on va dire, pour en arriver à un plan qui soit plus restreint en termes de risque. Et, aujourd'hui, je suis très confortable pour dire et affirmer qu'on sera à l'intérieur du budget.

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

**Mme Tremblay :** Oui. Dans un autre ordre d'idées, maintenant, j'aimerais que vous parliez du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal. Au Québec, le cancer colorectal est le troisième type de cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la deuxième cause de décès par cancer, tant chez les hommes que chez les femmes. Le cancer colorectal est une tumeur maligne qui prend naissance dans les cellules du côlon ou du rectum. Et il y a près de 95 % des

cancers du côlon et du rectum qui apparaissent après 50 ans. Les données scientifiques confirment que la mortalité par cancer colorectal peut être réduite d'environ 20 % à 30 % grâce justement au dépistage, en fonction du taux de participation.

Et, en 2016, on estime qu'environ 6 700 Québécois recevront un diagnostic de cancer colorectal et qu'environ 2 550 Québécois en mourront, donc un peu plus du tiers. En novembre 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait le déploiement progressif d'un programme québécois de dépistage du cancer colorectal. Et ce que ça comprenait, ce programme-là, c'est d'offrir, aux deux ans, à toutes les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal un test de recherche de sang dans les selles, comme examen de dépistage, et une coloscopie de confirmation de diagnostic lorsque le résultat est positif.

Il faut savoir qu'en novembre dernier le ministre de la Santé a annoncé un financement non récurrent complémentaire de 4,7 millions de dollars pour réduire les listes d'attente pour Montréal et sa périphérie. Et il a également annoncé un montant de 10 millions pour déployer, au Québec, ce programme de dépistage. Évidemment, la Société canadienne du cancer, qui a salué les investissements supplémentaires... d'autant plus que le Québec était la seule province au pays qui n'avait pas encore instauré ce programme-là.

Mais ma question au ministre, c'est : Pourquoi ça a pris plus de six ans entre l'annonce initiale... concernant le déploiement de ce programme de dépistage?

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, Mme la députée de Chauveau. M. le ministre, en deux minutes, s'il vous plaît.

**M. Barrette :** En deux minutes, M. le Président? Je vais essayer. Alors, ça a pris plusieurs années, M. le Président, pour mettre en place toute l'infrastructure dans le réseau pour faire en sorte que, justement, ce programme-là puisse fonctionner. Parce que le programme de dépistage, ce n'est pas simplement... ça a l'air bête à dire, là, j'en conviens, là... ce n'est pas juste un simple dépistage ou une simple analyse. Et l'analyse en question, c'est une recherche de sang dans les selles. Ça ne se résume pas à ça. Un programme de dépistage en bonne et due forme exige qu'on fasse de la rétroaction. Le but d'un programme de dépistage n'est pas simplement de dépister, même si son nom indique ça, mais le but d'un programme de dépistage est de faire en sorte que tout le continuum de soins, du dépistage au traitement, en passant par d'éventuelles complications, qu'on ne veut pas, soit non seulement à la hauteur, mais soit selon les meilleurs standards possible.

Alors, un programme de dépistage, ça commence évidemment par un dépistage, on s'entend, mais c'est aussi la capacité, pour nous, de s'assurer que le service rendu, le traitement se fait selon des normes. Et, en résumé, là, ça demande à avoir une base de données qui nous permet de constater que les meilleurs standards de pratique ont été appliqués, donc le bon dépistage, le bon taux de dépistage, le bon taux de succès, en termes de vrai positif, de faux positif, de faux négatif, le bon traitement chirurgical, le taux de complications, les traitements, et ainsi de suite, toute une base de données qui doit être mise en place. Le temps d'attente, et ainsi de suite. C'est de la gestion de base de données.

Et il fallait passer, pour nous, par une épuration de ce qui se fait actuellement ou se faisait avant pour mettre en place la structure appropriée et en arriver au déploiement de ce qui sera un système panquébécois à partir duquel on pourra avoir une rétroaction, mais une rétroaction qui va dire au public : Voici les standards mondiaux. Partout, au Québec, vous avez le même niveau de traitement. À tel endroit, ce n'est pas le bon niveau, on rétroagit, et ainsi de suite. C'est pour ça que ça a pris du temps.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Ça met un terme à ce bloc d'échange avec le gouvernement. Nous avons maintenant un dernier bloc d'échange avec l'opposition officielle, un bloc de 15 minutes. Mme la députée de Taillon, la parole est à vous.

**Mme Lamarre :** Merci, M. le Président. Alors, bien, j'ai fait circuler, à la fin du dernier bloc, un article qui vient d'être publié puis je voulais... qui concerne, en fait, les supercliniques, donc, un article qui est publié dans *Le Soleil* et qui considère qu'il y a une dérogation à l'obligation d'ouvrir 84 heures par semaine. Or, le ministre, ce matin, et le premier ministre ont confirmé que ce serait une obligation, et qu'il n'y aurait pas d'autre exception que celle des six cliniques de Laval, qui n'auraient pas l'obligation d'ouvrir 84 heures par semaine. On le sait, le grand enjeu, c'est l'accès. C'est l'accès hors hôpital, hors urgence. Et la solution que le ministre a préconisée depuis trois ans, sa seule, c'étaient les supercliniques. Alors, est-ce que le ministre peut réagir, maintenant qu'il a pris connaissance de l'article?

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

**M. Barrette :** Je sens que quelqu'un qui nous écoute, et elle n'est pas dans la salle... va être déçue de ce que je vais dire. Et, pour paraphraser l'émission bien connue sur une chaîne de radio publique au Québec, qui titre *Faut pas croire tout ce qu'on dit*, bien, il ne faut peut-être pas croire tout ce qu'on lit. Alors, M. le Président, là, je vais là aussi rectifier certains faits. Alors, je l'ai dit, je le redis : Les supercliniques qui vont être annoncées vont être annoncées à 84 heures, point. Maintenant, contrairement à ce qui a été rapporté, là, ce qui a été rapporté, il n'y a pas de nouvelle directive. Il n'y a aucune nouvelle directive, absolument aucune.

Par contre, il y a une ancienne directive qui a été mise à jour de la façon suivante. Je vais vous lire l'ancienne directive. Elle était là avant, elle a toujours été là pour les GMF-R : «Un GMF qui a obtenu une désignation réseau peut cependant formuler au ministre une demande de dérogation à l'obligation d'offrir 84 heures par semaine. Une telle dérogation, si elle était accordée, contraindrait le GMF à ajuster ses heures d'ouverture aux attentes du ministre jusqu'au terme de cette dérogation. Toute dérogation de cette nature prend fin au moment déterminé par le ministre et au plus tard le 31 mars 2018.»



Il y a eu une modification d'une mesure ancienne. Elle était déjà là, donc il n'y a pas de nouvelle mesure. Il y a une précision qui a été ajoutée : «De plus, une telle dérogation donnerait lieu à un ajustement du financement pour l'offre de services réseau et du soutien professionnel auquel a droit le GMF.» Ça, c'est une mise à jour d'une règle ancienne, qui est là depuis des années et qui était là pendant que le Parti québécois était au pouvoir. Et, moi, ce que j'ai ajouté, c'est la chose suivante. Si j'en donne une, bien, vous allez perdre du financement. Alors qu'au Parti québécois, on vivait sous un régime qui faisait en sorte qu'une clinique-réseau pouvait diminuer ses heures et garder le même financement, nous, on dit, d'une façon formelle, qu'il y aura une diminution... ces heures.

Maintenant, ça, M. le Président, ce sont des paramètres qui sont contenus dans un programme, un cadre, le programme GMF-R, qui est là depuis des années, qui a des règles. Et les règles avaient, je dirais, une faille, et on a fermé une faille. C'est tout. Il n'y a rien de nouveau en termes de règles dans le cadre de gestion du programme GMF-R. Il était là quand ils étaient là, eux, puis on a fermé une faille.

Ceci dit, je retiens ce qui est important aussi pour ce qui est de l'objet de notre discussion. Regardez, là, il faut qu'ils demandent une dérogation, là. Elle est peut-être possible, mais il n'y en aura pas. Alors, les supercliniques... et là on n'est pas dans les GMF-R comme tels, là, ce qui sera désigné GMF-R, c'est-à-dire superclinique, le sera à 84 heures, et il n'y aura pas de dérogation.

• (17 h 30) •

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

**Mme Lamarre :** Alors, le ministre, donc, nous confirme qu'il y avait un nouveau... Il y avait un programme, en fait, GMF-R. Il y avait une version novembre 2016. Et là il y a une nouvelle version. Il appelle ça une mise à niveau, là, une mise à jour, une nouvelle directive. On s'entend, quand on travaille sur un ancien programme puis qu'on le change, on le change, hein? Alors, ça donne ça comme résultat. On se rappelle que, dans les supercliniques, il y avait les heures d'ouverture du samedi et du dimanche soir qui étaient vraiment la valeur ajoutée principale. Il y avait aussi les services de prélèvement sur place pour chacune des supercliniques, et il y avait également des services d'imagerie médicale.

Le document que j'ai, qui porte sur le nouveau... Pourtant, le titre, c'est... Ça s'appelle *Nouveau programme GMF-R : les changements et vos choix*. C'est ça que ça indique. Alors, c'est une entente, qu'on rappelle, entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors, au niveau des services de prélèvement, il est maintenant possible de convenir d'un service de prélèvement dans les installations du réseau situées à proximité. Donc, la superclinique n'est plus obligée d'avoir ça dans ses infrastructures. «Possibilité pour les GMF de choisir des ressources professionnelles hors du CIUSSS[...] : vous pourrez demander que le budget lié à l'octroi de ressources professionnelles soit versé en partie ou en tout en argent par l'établissement afin de procéder à l'embauche de ressources hors de l'établissement.»

Alors, ça, ce que ça veut dire, c'est qu'actuellement les supercliniques, elles engageaient du personnel qui était déjà dans le réseau, qui était déjà des employés du CISSS, du CIUSSS, qui était prêt, je vous dirais, qui était distribué différemment dans l'ensemble de l'offre de services. Là, le ministre, il dit : Faites-vous-en pas, je vais vous donner ça en argent maintenant. Je vais vous donner de l'argent, et puis vous pourrez engager les gens où vous voudrez, des professionnels, des infirmières, des préposées qui ne sont pas dans le réseau public. Vous pourrez faire ça et vous pourrez gérer avec l'argent que je vais vous donner.

Donc, on comprend que le ministre a fait un grand accroc à ce qui avait déjà été convenu. C'est quelque chose de très différent. On donne de l'argent maintenant directement aux cliniques-réseaux. Qui sont propriétaires de ces cliniques-réseaux? La plupart, ce sont des médecins, médecins qui étaient propriétaires des cliniques médicales. Alors, c'est un changement majeur, M. le Président, dans l'entente antérieure. Et, on le voit, dérogation quant à l'obligation d'offrir 84 heures de services par semaine. Et le ministre, il est juste rendu à 12 puis il a déjà fait six dérogations.

Alors, vraiment, on se rend compte qu'il y a quelque chose qui est en train de changer. Que le ministre en parle ouvertement. Qu'il nous dise : Écoute, je ne suis pas capable de remplir les conditions que j'avais prévues pour les supercliniques. Je suis obligé de changer les choses. Je plie. Je plie. Il n'aime pas l'expression, mais on va quand même se rendre compte que c'est des concessions majeures qu'il apporte. Et, moi, la grande priorité...

Vous savez, que le ministre plie ou qu'il ne plie pas, moi, ma préoccupation, c'est de répondre aux besoins des Québécois en santé. Et, depuis trois ans, ce ministre nous convainc, essaie, en tout cas, de convaincre tout le monde qu'il va changer des choses dans les GMF, dans les cliniques-réseaux, par les supercliniques. Les promesses qu'il a faites autour des supercliniques, ça devait régler tout, M. le Président. Mais là on est face à une situation claire, nette et précise où le ministre est en train de concéder des choses majeures. Et l'urgence nous donne l'indication que ça ne fonctionne pas, donc que les GMF auxquels il n'a pas voulu imposer des heures d'ouverture les soirs et les fins de semaine, ça ne donne évidemment pas plus d'accès aux patients actuellement que les cliniques-réseaux qu'il avait menacé de fermer au 1er avril 2017. Il les a reportées à 2018 parce que ça ne fonctionnait pas. Et là, en plus, il met encore plus d'eau dans son vin, il donne encore plus de concessions.

Et, moi, la préoccupation que j'ai, c'est : il n'y a rien pour les patients dans ça. Il n'y a rien qui va faire que les patients vont en avoir pour leur argent, parce qu'il y a une dimension d'accès qui n'est pas rencontrée puis il y a une dimension monétaire qui n'est pas rencontrée. Parce que, dans les six cliniques-réseaux, dans les six supercliniques de Laval, il y a quand même 791 000 \$ par année qui a été prévu.

Alors, vraiment, c'est assez déconcertant et c'est très décevant pour la population de voir que ce genre d'entente là est faite. Encore une fois, je ne sais pas quand le ministre aurait jugé approprié de nous en parler, mais je lui demande de déposer officiellement ce nouveau programme pour que l'ensemble des intervenants en santé puisse prendre connaissance de ce qu'il est en train de négocier ou qu'il a déjà complété avec la FMOQ.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, Mme la députée de Taillon. M. le ministre, en rappelant qu'il reste 5 min 40 s au bloc.

**M. Barrette :** Bien, merci, M. le Président. On va terminer là-dessus. On va terminer évidemment comme on a commencé, hein? On a commencé comme ça, et c'est dans l'air du temps. C'est dans l'air de cette saison-ci, là. Quand bien même on est rendus au printemps, on est encore dans l'hiver de l'information, hein? Les informations ne sont jamais agréables, elles ne sont jamais précises puis elles sont toujours au goût du parti. Et ce n'est jamais exactement la réalité.

Alors, c'est quoi, la réalité? On va commencer par le dépôt de l'entente. Il est sur notre site. Il est sur le site de la FMOQ. Il est public. J'invite la députée à aller voir. On va lui montrer l'adresse, là. Elle peut aller le voir. Ce n'est pas un problème. C'est public. Ça a toujours été public.

Maintenant, M. le Président, quand on fait la comparaison entre ce qu'eux avaient comme réseau en face d'eux... Parce que c'est drôle, hein? Parce que, quand on écoute le Parti québécois, là, on a l'impression que les GMF puis les supercliniques, ce n'est pas bon. Pourtant, eux autres en promettaient. On a juste dépassé largement ce qu'eux autres avaient prêté et promis. Mais, quand c'est eux autres, c'est bon, puis, quand c'est nous autres, ce n'est pas bon. C'est toujours assez amusant, la politique, lorsque ça sort de la bouche du Parti québécois.

Eux autres, lorsqu'ils étaient au pouvoir, M. le Président, il n'y avait pas de balise stricte. On se rappelle que 45 % des GMF sous le Parti québécois ne respectaient pas leurs propres contrats. Il n'y avait aucune action de posée. Aujourd'hui, on est rendus à près de 94 % qui observent les contrats qui sont convenus et, pour les six autres pour cent et un peu plus, bien, les pénalités sont appliquées, M. le Président. Il y a des règles qu'on a mises en place, des règles très claires : première offense, deuxième offense, troisième offense. Et les sanctions sont appropriées. C'est parce qu'il y a ça qu'on a mis en place qu'il y a 94 % des GMF qui observent le contrat, alors qu'il n'y avait rien de ça avant sous le Parti québécois. Il y avait 45 % des GMF qui ne rencontraient pas leurs propres obligations contractuelles.

Maintenant, notre collègue a fait grand état, grand, grand, grand état du fait que la superclinique va pouvoir engager son personnel. Et, pour le Parti québécois, ça, c'est un péché mortel. C'est plier. Ça, c'est vraiment un signe de faiblesse. Au Parti québécois, on ne connaît pas le principe de la négociation. On est dogmatiques. C'est comme ça. Tout doit être évidemment, absolument, et absolument dans le régime public syndiqué. Ça revient à ça, M. le Président.

Quand la députée de Taillon nous dit : C'est vraiment une concession qui est... je pense qu'elle a dit déconcertante, c'est le mot qu'elle a utilisé, c'est déconcertant. C'est grave. Ce n'est pas le mot qu'elle a utilisé, mais c'est ce que ça voulait dire. C'est quand même extraordinaire, là. Ça veut dire que, si on permet, pour la partie superclinique, dans un mode contractuel, à des médecins d'engager leur personnel, ça, là, parce que ce n'est pas totalement dans le régime public, c'est un péché mortel. C'est ça que ça veut dire. Ce n'est pas bon, hein? Ce n'est pas bon. Je l'entends, là, même si son micro n'est pas allumé, qui me confirme qu'elle considère ça comme étant quelque chose à proscrire. À proscrire, M. le Président. Il faut que tout le réseau soit géré par le public. Et c'est comme ça.

C'est quand même extraordinaire, M. le Président, mais, régulièrement et encore ce matin, ce matin, un député de sa formation a traversé la Chambre pour me demander un GMF. On doit bien faire quelque chose de correct puisque ses propres collègues nous demandent un GMF et d'autres me demandent une superclinique. Des fois, ça s'applique, des fois, ça ne s'applique pas. Aujourd'hui, aujourd'hui, cet après-midi, une de ses collègues était ici. Elle ne m'en demande pas un, GMF, elle m'en demande deux. Elle me demande une superclinique. C'est comme ça, M. le Président. Quand les caméras sont fermées, quand les micros sont fermés, hein, bien, il n'y a pas de problème. C'est une bonne affaire. Quand les micros sont ouverts et qu'il y a des journalistes, ce n'est pas bon. Il y a même de ses collègues qui sont venus me demander des dérogations, les dérogations qui sont dans le document qu'on me réclame. Alors, au Parti québécois, il y a deux poids, deux mesures. Il y a deux vérités. Il y a la vérité de la coulisse et il y a la vérité du micro.

• (17 h 40) •

**Mme Lamarre :** On met en doute la parole. Puis je pense que, là, on dépasse. J'ai laissé le ministre aller assez loin dans ses allusions et ses insinuations. Deux vérités, là, là, on va vraiment dans... On ne peut pas avoir deux vérités.

**Le Président (M. Merlini) :** Je ne vois pas, dans le propos que tient le ministre, qu'il met en doute votre parole, Mme la députée. Il faisait simplement un commentaire sur l'observation de l'article et des actions qui sont posées par les différents députés de la formation, mais...

**Une voix : ...**

**Le Président (M. Merlini) :** Non, Mme la députée. Malheureusement, je ne vois pas de mauvaise interprétation de votre parole. M. le ministre.

**M. Barrette :** Il y a même un député de sa formation, je le comprends, le député, qui nous a demandé une dérogation, vous savez, la dérogation que décrit et dénonce la députée de Taillon, pour éviter la fermeture d'un GMF qui se retrouve dans une situation précaire pour des raisons de maladie, de départ, ce genre de choses là, qui sont normales. Mais, quand c'est de son côté, on ne le dit pas. Mais, quand on prend le micro, c'est toujours négatif. Mais je dis à la population : Fiez-vous à ceux qui agissent en toute transparence. Tout ce dont a parlé la députée de Taillon aujourd'hui est public. C'est connu. Ça ne justifie même pas un article qui dénonce, mais qui, en fait, rapporte quelque chose qui est totalement connu. C'est connu. Il n'y a pas de cachette, c'est public. Et c'est dans l'intérêt de la population, dans l'intérêt de la saine gestion des deniers publics. Nous posons les gestes, M. le Président, qui vont dans le sens de l'intérêt de la population en toute honnêteté et toute transparence.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc d'échange avec l'opposition officielle. Nous avons maintenant un dernier bloc d'échange avec le gouvernement pour une durée de 18 minutes. Mme la députée de Fabre, la parole est à vous.

**Mme Sauvé :** Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais profiter de cette occasion pour parler d'un dossier fort intéressant qu'on doit suivre de près, qui est le chantier de pertinence clinique. Alors, on va retourner un petit peu dans le temps si vous le voulez bien. On va commencer par la création de l'INESSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, qui a été crée en janvier 2011, qui avait pour mission et qui a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur santé et services sociaux. Concrètement, comment ça se déploie, cette mission-là?

D'abord, l'INESSS est un acteur rassembleur des savoirs, et des savoir-être, et des savoir-faire, des multiples sources pour donner une forme utile aux fins de la poursuite de l'excellence clinique et de l'utilisation efficace des ressources, donc, l'aspect rassembleur des savoirs. Mobilisateur aussi puisqu'il doit rassembler les acteurs concernés pour l'amélioration des soins et des services à la population. De plus, l'INESSS est un acteur d'équité, un acteur d' thique.

L'INESSS, dans cette mission, dans ses actions concrètes, est porté par les valeurs d'excellence, d'indépendance, d'ouverture, de rigueur scientifique, de transparence, de probité et d'équité envers ceux qui utilisent les services de santé et de services sociaux, tout en tenant compte évidemment des ressources.

Alors, si je vais encore plus concrètement dans son rôle face à sa mission, l'INESSS évalue les avantages cliniques et les coûts des technologies, et de un, et, de deux, élabore des recommandations et des guides de pratique clinique pour l'usage optimal des technologies, médicaments, interventions. Et, de trois, il doit élaborer et déterminer dans ses recommandations et guides les critères à utiliser pour évaluer la performance des services, et, de quatre, et, de cinq, non seulement maintenir à jour les recommandations et les guides, mais favoriser la mise en application des recommandations, surtout promouvoir et soutenir le développement de l'évaluation scientifique, et de six, faire des consultations qui sont appropriées préalables à l'élaboration des recommandations et, bien sûr, faire les recommandations au ministre pour la mise à jour de la liste des médicaments visés à l'article 60 de la Loi sur l'assurance-médicaments et des recommandations au ministre pour la mise à jour des listes des médicaments prévus à l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.  videmment, l'INESSS doit aussi définir les méthodes utilisées pour élaborer chacune des catégories de recommandations et guides. Alors, ça, ce sont des actions concrètes. Alors, première étape de l'historique.

Maintenant, on se ramène en 2014, où le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration justement avec l'INESSS, a amorcé ce fameux chantier sur la pertinence des interventions en santé et services sociaux. Pourquoi? Pour évaluer le recours à certains services et technologies. Alors, la plupart des projets qui sont retenus dans le cadre du chantier de pertinence doivent viser l'amélioration des pratiques, les gains d'efficacité en regard et du volume d'activité, et du coût, et des variations observées dans les pratiques et les résultats cliniques associés.

Alors, question d'en savoir plus, j'aimerais poser la question au ministre : Où en sommes-nous dans l'actualité des travaux liés au chantier de pertinence?

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

**M. Barrette :** M. le Président, évidemment, comme cette question-là traite de l'ensemble des... peut-être pas de l'ensemble, mais d'une grande partie des activités de l'INESSS, je me suis permis d'inviter Dr Luc Boileau, qui dirige l'INESSS, parce qu'à un moment donné, là, parfois, on est P.D.G., parfois, on est directeur.

**M. Boileau (Luc) :** J'espère que je suis encore P.D.G.

**M. Barrette :**  a va. Alors, s'il y avait consentement, je donnerais la parole à Dr Boileau.

**Le Président (M. Merlini) :** ... la parole au Dr Boileau de l'INESSS. Consentement?

**Une voix :** Consentement.

**Le Président (M. Merlini) :** Consentement. Merci. Dr Boileau, veuillez vous identifier pour les fins de l'audiovisuel avec votre nom et votre titre. Et veuillez répondre à la question de la députée de Fabre.

**M. Boileau (Luc) :** Très bien. Mon nom est Luc Boileau. Je suis le président-directeur général de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, l'INESSS.

Alors, d'abord, merci beaucoup de me permettre d'intervenir. Je comprends que la question a déjà entouré beaucoup ce que l'INESSS fait et ce que représente le dossier de pertinence. Je veux tout de même vous dire qu'on a entendu beaucoup parler de l'accessibilité aux services, de la disponibilité des ressources, mais la pertinence a été moins mise en relief dans les dernières heures. La pertinence, pour l'essentiel, c'est de s'assurer que ce que nous faisons comme cliniciens, que ce soient des médecins, des infirmières, des inhalothérapeutes, ergothérapeutes, soit porté de la manière la plus juste, en utilisant le bon niveau de ressources pour les bons patients, en fonction du bon contexte de services et dans un bon continuum de soins.  a paraît très technique, mais, somme toute, c'est de faire les bonnes affaires, et de ne pas exagérer l'offre de services, et de ne pas la diminuer non plus, d'être sur la cible et puis de faire en sorte que  a aille mieux.

Est-ce que c'est pertinent de s'occuper de la pertinence? Bien, vous l'avez entendu beaucoup, là, vous êtes tous ici pour étudier à peu près 37 milliards de dollars qui est mis dans un système de soins. Donc, les gens estiment qu'il

y a quand même une marge de services dont on pourrait améliorer la pertinence. Il y a beaucoup de choses qui sont dites là-dessus, mais, pour l'essentiel, ça correspond à un volume qui peut être, sous certains regards, assez important. Depuis l'arrivée du système de santé, en 1970, public, on a augmenté l'espérance de vie à la naissance des Québécois de cinq heures à tous les jours, sans arrêt, depuis 47 ans. Ça veut dire... Si vous le calculez, là, ça fait beaucoup d'heures de plus de vie. Ce qui me permet de dire que, si je dépasse de deux minutes, ce n'est pas bien grave, parce qu'on a cinq heures de plus à vivre aujourd'hui.

Alors donc, tout ça pour vous dire qu'il y a une contribution de beaucoup de choses qui ont été faites par beaucoup de choses qui sont en dehors du système de santé. Mais, plus on progresse dans le temps, plus le système de santé et de services sociaux a un impact réel, parce que les populations vieillissent. L'enjeu, ici, c'est de voir qui s'occupe de s'assurer que c'est pertinent, ce qu'on offre.

Alors, au premier plan, ce sont les cliniciens eux-mêmes qui sont formés pour cela, et qui se tiennent à jour, et qui font leurs travaux et leurs exercices professionnels en conséquence. Les patients aussi sont invités à s'y impliquer. Mais, de plus en plus, les établissements sont mobilisés autour de ça. Et il y a un leadership qui est pris par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour s'assurer que la pertinence soit une affaire de tous et qui mobilise l'ensemble du réseau. On confie à l'INESSS des dossiers spécifiques de grande complexité autour de la pertinence. Donc, on ne couvre pas tout le champ. On prend des morceaux qui soulèvent des questions scientifiques dans lesquelles il y a des controverses et il y a des choix à faire. Alors, on le fait avec les cliniciens. L'INESSS ne fait pas ça seul. Il mobilise des gens, des corporations professionnelles, différentes sociétés savantes dans l'espace québécois et des cliniciens. Et on a des ententes avec les fédérations médicales à travers le ministère pour rendre disponible l'expertise des médecins, spécialistes comme omnipraticiens. Et ils sont de très bonne volonté et nous aident colossalement pour les travaux qui sont menés dans tous les reliefs de l'INESSS.

Et vous parliez plus tôt des enjeux autour des médicaments, l'évaluation des technologies. Alors, ils sont mobilisés de ce côté-là. Depuis 1900... Excusez-moi. Depuis 2014, il y a l'arrivée du chantier de pertinence clinique. Au premier plan, lorsque le ministre nous a demandé de faire nos actions en conséquence et de développer une offre de services, on avait à peu près une vingtaine de projets qui touchaient des éléments qui étaient bien compris à ce moment-là comme étant importants. Et, avec l'évolution des deux dernières années, ou trois, à peine, on en est à quelque chose... En fait, c'est surtout depuis 2015 que c'est bien ancré. On en est à plus de 66 projets actuellement. La perspective de la pertinence, ce n'est pas de réduire les coûts, c'est d'améliorer la qualité. Donc, c'est de faire en sorte que les bons gestes, je le disais tantôt, soient menés avec la technicité qu'il faut, avec les bonnes compétences puis avec un consensus qui tire son origine dans l'espace scientifique, qu'il soit en terroir québécois ou international, ça change peu, mais d'aller chercher ce qu'il faut pour bien faire ça. Ce n'est pas un objectif de couper, c'est un objectif d'améliorer la qualité. Et c'est pour ça qu'il y a une variation de sujets qui ont été traités.

Les sujets les plus importants qui ont été mis de l'avant, et je vais me permettre d'en nommer quelques-uns parce que je ne crois pas que j'aie tout le temps nécessaire pour faire le tour de tous les projets, bien sûr, mais il y a beaucoup de projets dans un secteur qui est de haute technicité, la cardiologie. Alors, on a la cardio et le cardiovasculaire. Donc, toutes les évaluations de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, c'est mené avec la complicité de l'INESSS. Et les travaux sont en route et devraient se terminer bientôt de ce côté-là. On parle de dizaines de millions de dollars de gains qui peuvent être faits. Je n'ai pas le... Je ne vois pas le temps.

• (17 h 50) •

**Une voix :** Huit minutes...

**M. Boileau (Luc) :** Huit minutes. O.K. Je ne vois pas la chose.

**Le Président (M. Merlini) :** J'ai votre temps. N'inquiétez-vous pas, M. Boileau, j'ai votre temps.

**M. Boileau (Luc) :** Pardon? C'est parce que... O.K. Bon, bien, là, j'ai l'air de quelqu'un qui est perdu, mais c'est... N'inquiétez-vous pas, là, c'est juste que...

**Le Président (M. Merlini) :** Il vous reste un peu moins que quatre minutes.

**Une voix :** Ah! c'est ce que je voulais dire.

**M. Boileau (Luc) :** Oui. Bon, c'est un peu comme d'autres choses. Alors, ceci étant dit, j'entends bien qu'il me reste peu de temps. Donc, au niveau du cardiovasculaire, il y a également l'utilisation de la coronarographie, des investigations qu'on fait de coronarienne percutanée qui peuvent se faire à plusieurs milliers par année au Québec, on parle d'une quarantaine de milliers de tests, et autour desquels il y a beaucoup de travaux qui sont faits à l'INESSS. Vous avez peut-être entendu parler de l'infarctus du myocarde, où on a revisité l'ensemble du processus de prise en charge de ce côté-là pour s'assurer de gains substantiels au niveau de l'état de santé de la population — et, de ce côté-là, les activités sont intenses — et d'autres sujets du côté de la cardiologie sur lesquels je ne veux pas insister, sauf peut-être l'arrivée d'une technologie, depuis quelques années, de remplacement valvulaire aortique qu'on appelle le TAVI, qui était destinée à des clientèles qui pouvaient difficilement traverser le processus chirurgical, et qui aujourd'hui se distribue de façon plus large dans l'environnement de l'intervention cardiologique, et qui a des questions qui doivent être posées autour de ça en regard de la pertinence avec la contribution, bien sûr, des équipes cliniques, qu'ils soient des chirurgiens cardiaques ou des cardiologues, des cardiologistes d'intervention.

En oncologie, ça a été dit déjà, plus tôt, il y a toutes sortes de protocoles qui sont issus de plusieurs grands milieux cliniques internationaux et québécois, et l'INESSS récupère ces données-là pour justement répondre à d'autres aspirations dans le cours ou dans le continuum de services de oncologie touchant les algorithmes d'investigation pour toutes les pathologies, avec la complicité bien évidemment de la direction de la oncologie et également de certaines investigations au niveau, par exemple, de la tomographie par émission de positrons, là, ce qu'on appelle le TEP en oncologie. Il y a des gains à imaginer de ce côté-là. Je ne vous parle pas des profils financiers qui sont associables de ce côté-là. Je ne vous parle que des gains de qualité déjà.

En traumatologie, le Québec est parmi, sans doute, les meilleurs au monde actuellement, avec la progression dans l'intervention organisée de la traumatologie, en termes de survie pour les traumatismes majeurs, en plus des bénéfices économiques autour de ça. Mais nous sommes très actifs dans ce domaine du côté de l'INESSS avec, encore là, la complicité du ministère, cela va de soi, et du réseau de services qui y est associé, avec d'autres mesures en évaluation des technologies, donc, les investigations radiologiques en IRM, etc.

Je veux quand même faire un clin d'oeil sur d'autres morceaux qui sont en émergence, que ce soit les soins critiques ou intensifs, la génomique, les technologies innovantes multiples. L'INESSS est mobilisé autour de ça dans le cadre du grand chantier de pertinence. Mais n'oublions pas les médicaments. Et, en ce sens, il y a plusieurs médicaments qui sont réévalués avec l'objectif de s'assurer qu'ils sont bien utilisés, que l'usage est optimal. Encore récemment, on déposait des dossiers autour des IPP, donc les inhibiteurs des pompes à protons, qui sont largement utilisés au Québec. En 1996, on avait à peu près 30 millions de dépenses. En 2008, c'était 275 millions de dollars de dépenses au Québec autour de ça. Alors, il y a eu toutes sortes d'efforts pour régulariser, d'abord, le coût, l'utilisation. Et, encore récemment, l'INESSS proposait au ministre de restructurer l'offre ou la disponibilité des médicaments, des IPP, pour mieux convenir d'un usage optimal, qui a été fait, encore là, avec l'ensemble de la communauté des praticiens et des représentants citoyens également.

La même chose au niveau des bandelettes pour les diabétiques. Il y a à peu près 130, je dirais, autour de ça, là... Je ne veux pas me tromper, là, sur la question des bandelettes, mais, je croirais, pour ne pas vous faire perdre trop de temps, là, autour de 130 millions ou 125 millions de bandelettes utilisées au Québec. Plusieurs sont utilisées pour des gens qui n'en ont pas — merci — nécessairement besoin, puisqu'ils ne consomment pas d'insuline ou encore de médicaments qui peuvent les mettre à risque, mais on les utilise quand même. Alors, les révisions d'utilisation, à la demande du ministère, ont été faites avec la contribution de plusieurs personnes, pharmaciens, etc., et, bien sûr, représentants de patients, pour proposer des aménagements ajustés de ce côté-là, sans oublier bien d'autres mesures touchant, par exemple, les antibiotiques et plusieurs autres médicaments. Et je comprends que je n'ai pas le temps de faire le tour de tout ça.

Je concluais, M. le Président — c'est comme ça qu'on vous appelle, si je comprends bien — le fait que les priorités de l'INESSS se concentrent autour, bien sûr, de tout ce grand chantier visant l'excellence clinique et la pertinence — et plusieurs mesures ont été regroupées — qu'il porte avec des économies nettes réelles, que ce soit justement l'usage des inhibiteurs des pompes à protons, la limitation des bandelettes de glycémie, la mesure de la glycémie, la prise en charge des maladies pulmonaires obstructives chroniques et les critères sur d'autres médicaments, des évitements de coûts par la non-inscription de plusieurs analyses — toutes les analyses biologiques doivent passer par l'INESSS, les tests doivent être validés à l'INESSS avant, et on s'assure de leur pertinence de ce côté-là — le maintien des gains, par exemple, ce que j'ai dit du côté de l'intervention en traumatologie, le contrôle de la croissance des coûts avec l'évaluation de plusieurs technologies, les valves aortiques dont on parlait tantôt, les dispositifs d'assistance ventriculaire, les immunoglobulines en neurologie en sont des exemples, une plus grande accessibilité de services, l'utilisation optimale des investigations radiologiques — avec la complicité de la communauté scientifique de ce côté-là — une amélioration de la qualité des services, les algorithmes en oncologie, etc., de la mortalité, de la morbidité, une réduction de ce qui peut être évitable, en plus des services préventifs et cliniques qui peuvent être faits, mais touchant l'évaluation des infarctus du myocarde, la prise en charge également des problèmes d'accident cérébral ischémique. Alors, voilà un portrait qui donne globalement ce que l'INESSS fait.

Et je tiens à souligner que nous allons, je crois, être encore plus efficaces, puisque nous avons obtenu de la Commission d'accès à l'information, et nous en sommes ravis, la permission d'utiliser, de façon plus systématique, les banques de données en nous permettant, avec un accès convenu entre le ministère et la RAMQ, d'avoir accès à l'ensemble d'information clinique qui existe actuellement au Québec. Merci.

### Remarques finales

**Le Président (M. Merlini) :** ...collaboration. Pour les remarques finales, vous avez une minute, M. le ministre, pour faire les remarques d'usage, selon nos habitudes en commission lorsqu'on fait l'étude des crédits, pour remercier les gens qui vous accompagnent.

### M. Gaétan Barrette

**M. Barrette :** Alors, une minute, M. le Président. Alors, ce n'est pas très long parce que, comme vous avez constaté, il y a eu des moments où on a rempli presque complètement notre partie du salon bleu, ce qui montre évidemment la complexité de notre ministère. Et, je le souligne, c'est une grande entreprise publique à but non lucratif dans laquelle il y a, évidemment, une équipe très nombreuse avec de très grandes compétences. Et je paraphraserai Dr Boileau, qui nous a dit qu'au Québec nous étions, dans bien des secteurs, les meilleurs au monde. Et c'est vrai.

Alors, vous me permettez d'abord de remercier les collègues des oppositions d'avoir participé avec enthousiasme et énergie, comme on le fait toujours ensemble à nos débats sur, cette fois-ci, les crédits, comme d'autres. Et je sens

qu'on va se rencontrer à nouveau bientôt puisqu'il y a des projets de loi qui sont en attente d'être traités. Donc, vous me permettez évidemment de remercier mes collègues de l'Assemblée nationale, de l'aile parlementaire, là — et, comme je n'ai pas beaucoup de temps, je ne nommerai pas tout le monde — et évidemment mon chef de cabinet et toute mon équipe politique qui est autour, mon collègue sous-ministre en titre, M. Fontaine, toute l'équipe sous-ministérielle et évidemment toutes les équipes, puis on était nombreux, que ce soient nos équipes de direction dans nos diverses directions, la Direction des affaires juridiques, aux affaires juridiques internes, l'INESSS, la RAMQ, toutes les autres directions que je vais oublier, évidemment, parce que nous en avons trop. Et là vous allez me dire d'arrêter de parler dans un instant.

• (18 heures) •

**Le Président (M. Merlini) :** En effet.

**M. Barrette :** Alors, merci à tout le monde d'avoir participé à ça. Gérer un budget de 36 milliards de dollars, ça se fait en équipe et ça se fait, à mon avis, avec succès dans un mode de transformation du système pour le bénéfice des citoyens. Alors, merci à toutes et tous.

**Le Président (M. Merlini) :** Merci, M. le ministre. Avant la mise aux voix des crédits que nous avons étudiés, je tiens à souligner l'importance du travail que tous les parlementaires ont fait. L'étude des crédits est un exercice sérieux et rigoureux que tous les parlementaires, contrairement à ce que certains commentateurs et animateurs ont dit, travaillent de façon énergique et de façon assidue avec leurs équipes de recherche et leurs groupes parlementaires.

Je tiens donc à souligner la contribution et la participation du député de Beauce-Sud, de la députée de Verdun, de la députée de Crémazie, du député de Côte-du-Sud, de la députée de Fabre, de la députée de Chauveau, du député d'Argenteuil, de la députée de Taillon, du député de Saint-Jean, de la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, du député de Lévis et de la députée de Saint-Hyacinthe. C'est un travail que nous avons fait de façon rigoureuse et de façon sérieuse.

#### Adoption des crédits

Et maintenant nous allons faire la mise aux voix. Le temps alloué à l'étude des crédits budgétaires du volet Santé et Accessibilité aux soins du portefeuille Santé et Services sociaux étant écoulé, est-ce que le programme 4 de la Régie de l'assurance maladie du Québec... est-il adopté?

**Des voix :** Adopté.

**Mme Lamarre :** Sur division.

**Le Président (M. Merlini) :** Adopté sur division.

**M. Barrette :** ...qui nous a assistés tout le long.

#### Document déposé

**Le Président (M. Merlini) :** Merci beaucoup, M. le ministre. En terminant, je dépose les cahiers explicatifs des crédits et les réponses aux demandes de renseignements.

Je lève donc la séance de la commission, car elle a accompli son mandat, et ajourne ses travaux au jeudi 4 mai 2017 à 15 heures, où elle entreprendra l'étude du volet Réadaptation, protection de la jeunesse et santé publique des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux. Bonne soirée à tous.

(Fin de la séance à 18 h 2)