



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
des affaires sociales**

**Le mardi 21 avril 2009 — Vol. 41 N° 12**

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

**Président de l'Assemblée nationale:  
M. Yvon Vallières**

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	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  
Distribution des documents parlementaires  
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85  
Québec, Qc  
G1A 1A3

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires sur 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 des affaires sociales

Le mardi 21 avril 2009 — Vol. 41 N° 12

### Table des matières

Santé (suite)	1
Documents déposés	1
Discussion générale (suite)	
Services aux personnes âgées en perte d'autonomie	1
Gestion des listes d'attente pour une chirurgie	2
Explications sur les documents déposés	3
Appel d'offres de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal concernant des chirurgies d'un jour	4
Transfert de chirurgies d'un hôpital public à un centre médical spécialisé affilié	5
Appel d'offres de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal concernant des chirurgies d'un jour (suite)	6
Procréation assistée financée par le régime de santé public	6
Stratégie visant à combler la pénurie en médecine familiale	7
Stratégie visant à combler la pénurie d'infirmières	9
Économies découlant de gains de productivité	11
Centres hospitaliers universitaires (CHU)	
Échéance des travaux	13
Augmentation des coûts	13
Partenariat public-privé	15
Question de règlement concernant le dépôt d'un document utilisé par le ministre	15
Document déposé	17
Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)	17
Rôle des cliniques-réseaux	19
Rôle des centres de santé et de services sociaux dans l'implantation des cliniques-réseaux	20
État de la situation concernant les soins palliatifs	20
Centres hospitaliers universitaires (suite)	
Calendrier des paiements pour le CHUM	21
Mécanisme de paiement en partenariat public-privé	22
Sources de financement	22
Part du budget des infrastructures en santé consacrée aux CHU	23
Impact des augmentations de coûts sur la dette	24
Aide financière aux consortiums soumissionnaires	24
Décision de la présidence sur une question de règlement concernant le dépôt d'un document utilisé par le ministre	25
Stratégie de lutte contre le cancer	25
Impact du CHUM sur la population du Québec	26
État de la situation dans le domaine de la psychiatrie légale	28
Plan québécois des infrastructures 2008-2013	29
Centres hospitaliers universitaires (suite)	
Financement	30
Statut linguistique du Centre universitaire de santé McGill	32
Financement (suite)	33
Services sociaux	34
Remarques préliminaires	
Mme Lise Thériault	34
Mme Danielle Doyer	36
Discussion générale	
Soutien aux organismes communautaires	37
Services aux aînés en perte d'autonomie	40
Optimisation des ressources des organismes communautaires	41
Certification des résidences pour personnes âgées	42
Financement des services de soutien à domicile	43
Projets novateurs destinés aux personnes âgées	45
Stratégie de lutte contre la toxicomanie	47
Stratégie d'action jeunesse	48
Financement du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique	48
Certification des résidences pour personnes âgées (suite)	51
Document déposé	52

## **Table des matières (suite)**

Visites d'appréciation de la qualité des centres d'hébergement et de soins de longue durée	53
Suites données aux recommandations	54
Coût des visites	55

### **Autres intervenants**

M. Geoffrey Kelley, président

M. Yves Bolduc

M. Germain Chevarie

M. Gilles Lehouillier

Mme Filomena Rotiroti

M. Bernard Drainville

M. Gerry Sklavounos

M. Vincent Auclair

M. André Drolet

M. Michel Matte

M. Amir Khadir

Mme Danielle St-Amand

\* M. John Gauvreau, ministère de la Santé et des Services sociaux

\* Témoin interrogé par les membres de la commission

Le mardi 21 avril 2009 — Vol. 41 N° 12

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

*(Neuf heures trente et une minutes)*

**Le Président (M. Kelley):** Alors, je constate quorum des membres de la Commission des affaires sociales.

Donc, je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission: la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2009-2010.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. M. Drolet (Jean-Lesage) remplace Mme Gonthier (Mégantic-Compton); M. Auclair (Vimont) remplace M. Matte (Portneuf); et M. Drainville (Marie-Victorin) remplace Mme Lapointe (Crémazie).

**Santé (suite)**

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Merci beaucoup. Juste au titre de l'organisation des travaux, je vous informe qu'il reste environ 6 h 7 min au groupe parlementaire formant le gouvernement, 4 h 30 min pour l'opposition officielle, 1 h 5 min pour le député de La Peltrie et 17 minutes pour le député de Mercier.

Nous avons convenu hier, si j'ai bien compris, d'avoir une discussion d'ordre général sur l'ensemble des programmes relatifs au volet Santé. Alors, si j'ai bien compris, nous étions rendus au groupe parlementaire formant le gouvernement. Il reste environ 15 minutes pour compléter votre bloc de temps commencé hier. Et, en passant, bienvenue au ministre et l'ensemble des personnes qui vous accompagnent. Alors, j'ai un bloc de 15 minutes à ma droite.

Est-ce qu'il y a quelqu'un qui est prêt de briser la glace ce beau mardi matin à Québec? M. le député des Îles-de-la-Madeleine...

**Une voix:** ...

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

**M. Bolduc:** Hier, le député de l'opposition nous a demandé de déposer des tableaux, puis on serait prêts à les déposer ce matin. Et puis je ne sais pas s'il voudrait qu'on accède immédiatement à sa demande.

**Une voix:** ...

**Documents déposés**

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Alors, si j'ai bien compris, il y a un dépôt de documents. Mme la secrétaire, si vous pouvez aller chercher... il y a les tableaux que le ministre veut déposer en réponse, si j'ai

bien compris, des questions qui ont été formulées hier. Alors, ces documents sont déposés, et on va faire les photocopies et les distribuer aux membres de la commission.

Alors, maintenant, on va passer au député des Îles-de-la-Madeleine pour un temps de parole d'environ 15 minutes. M. le député.

**M. Chevarie:** On n'attend pas les tableaux...

**Le Président (M. Kelley):** ...pour ça, il faut suspendre, ça va prendre quelques instants. On va procéder, je pense, c'est mieux.

**Discussion générale (suite)**

**Services aux personnes  
âgées en perte d'autonomie**

**M. Chevarie:** Je vais y aller, M. le Président, avec une question sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. On sait que, parmi la gamme des services qui sont offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie en milieu institutionnel, le CHSLD est un milieu de vie, un milieu de soins également. Mais à l'intérieur de ce dossier il y a évidemment d'importants projets de rénovation et de construction.

Alors, en ce sens-là, j'aimerais avoir du ministre un peu un portrait de qu'est-ce qu'il se fait actuellement au niveau du Québec par rapport aux projets, les gros projets de rénovation et les projets de construction s'il y a lieu. Et en particulier vous pouvez, M. le ministre, me parler du projet de Villa Plaisance, Îles-de-la-Madeleine.

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

**M. Bolduc:** Bien, dans un premier temps, ce qu'il faut voir, c'est quoi, notre philosophie de soins au niveau des personnes âgées? Ce qu'on veut, c'est que les personnes âgées demeurent le plus longtemps possible à domicile en leur offrant la meilleure aide à domicile possible. Puis là-dessus il y a eu de l'injection quand même assez massive au niveau de l'argent.

Deuxièmement, c'est, quand ils ne peuvent plus rester à domicile, il faut leur offrir des services qui ressemblent le plus à domicile, dont, entre autres, les ressources intermédiaires et puis également les ressources de type familial.

Le troisième niveau qui est important, c'est d'avoir une organisation en CHSLD qui est quand même adéquate, et ça, ça nous prend d'abord une philosophie de soins pour les personnes âgées, donc une philosophie de soins comme s'ils étaient à la maison. Deuxièmement, ça nous prend les ressources nécessaires, et, pour chaque population, la ressource appropriée en CHSLD, c'est trois lits de CHSLD par 100 personnes de 65 ans et plus. Ça fait que, quand vous faites bien la gestion du continuum de services pour la personne âgée... bon

maintien à domicile, des ressources intermédiaires disponibles, des ressources de type familial disponibles, après ça avoir également un programme de lits de soins posthospitaliers pour leur permettre de récupérer le plus possible leur autonomie, après ça, ça nous prend des lits de soins CHSLD.

Ce qu'on s'est rendu compte, au cours des dernières années, c'est qu'il y avait beaucoup de vétusté dans le réseau, donc on avait un besoin... il fallait avoir un programme de rénovation, ce qui a été mis en place. Et actuellement dans chacun des territoires il y a souvent des programmes qui demandent à ce qu'on fasse soit une rénovation des CHSLD existants ou encore la construction d'un nouveau CHSLD.

Pour ce qu'il s'agit des Îles-de-la-Madeleine, la Villa Plaisance, je l'ai visitée lorsque le député des Îles-de-la-Madeleine était directeur général de l'établissement, et comme de fait le constat qui a été fait, c'est que c'était un établissement qui avait besoin d'être reconstruit parce que c'était pratiquement impossible de le rénover puis d'être à la norme pour les patients de CHSLD. Par contre, ça pourrait être une institution qui pourrait être transformée en soins de lits intermédiaires, s'il y a des besoins dans le secteur des Îles-de-la-Madeleine.

Mais, dans un premier temps, ce qui a été fait, c'est tout simplement de faire un projet de construction d'une bâtisse neuve qui va être annexée et adjacente à l'Hôpital des Îles-de-la-Madeleine. D'ailleurs, le CLSC est à côté de l'hôpital. Donc, on va avoir un complexe, à ma connaissance, d'une cinquantaine de lits neufs de santé, puis cette cinquantaine de lits là va faire qu'on va avoir le continuum de services pour les personnes âgées, c'est-à-dire maintien des personnes âgées à domicile, il y a des ressources intermédiaires qui ont été développées au cours des dernières années, et également une bâtisse complètement neuve pour répondre aux besoins de CHSLD de la région des Îles-de-la-Madeleine. Et c'est un projet qu'on devrait annoncer, là, d'ici quelques semaines parce que c'est un projet qui est en phase finale. Et puis on devrait même se rendre aux Îles pour l'annoncer parce que je pense que c'est une bonne nouvelle pour la population locale des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Merci, M. le ministre.

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

#### **Gestion des listes d'attente pour une chirurgie**

**M. Lehouillier:** Oui. Bonjour, M. le Président. Alors, hier, M. le ministre, vous nous avez entretenus sur les urgences, et c'est là qu'on a appris, hier, finalement, qu'il y a 107 urgences qui fonctionnent relativement bien ou très bien et qu'il y a 11 urgences où il y a certaines problématiques. Mais enfin on s'est rendu compte que finalement il y avait un bon redressement de la situation.

Un autre élément dont on entend souvent parler dans les médias, ce sont les listes d'attente dans tous les établissements. Pouvez-vous nous parler un petit peu... Vous avez parlé un petit peu, je pense, hier, du programme SIMASS. Pouvez-vous nous en parler un peu,

voir comment on opère actuellement pour effectivement faire en sorte que, les listes d'attente dans les établissements, la situation s'améliore?

**M. Bolduc:** Bien, avant 2003, on n'avait pas de système organisé de liste d'attente dans nos établissements, ce qui veut dire que chaque établissement avait sa propre liste d'attente. Et souvent on entendait parler, puis c'était la réalité, qu'il y a des patients qui pouvaient attendre trois, quatre et cinq ans avant d'être opérés, et puis tout le monde se plaignait d'un problème d'accessibilité.

● (9 h 40) ●

La norme en chirurgie, pour une chirurgie élective, c'est d'avoir la chirurgie à l'intérieur de six mois. Ça, c'est une norme qui est relativement reconnue. Idéalement, dans un système quasi parfait, ce serait qu'on offre à l'intérieur de trois mois... Donc, c'est vraiment notre balise avec laquelle on travaille. Compte tenu qu'il y avait un manque de synchronisme, un manque de cohésion au niveau de la liste d'attente, il a été mis en place un programme, au niveau de la chirurgie, d'avoir une liste centralisée, au Québec, de tous les patients en attente et une liste d'attente qui est en temps réel. Ce que ça veut dire, puis c'est en action actuellement, moi, j'ai accès que je peux aller voir n'importe quand sur les listes d'attente au Québec. On n'a pas le nom du patient, on a seulement qu'un code. On n'a pas le nom du médecin, pour respecter la confidentialité. Et sur cette liste, moi, si je vais... Comme je suis allé ce matin à 8 heures, j'ai vu qu'on avait 109 000 noms qui étaient en attente, mais il y a 90 %, 95 % des patients... 93 % des patients qui sont opérés à l'intérieur de six mois. Et la liste d'attente nous démontre hier, en date de 16 heures hier, chacun des patients sur la liste.

Ce que ça nous permet, ça nous permet d'abord d'avoir un portrait réel de la situation. Deuxièmement, on est capables de voir également de qui est-ce qui a été opéré à l'intérieur de quel délai. Donc, c'est pour ça qu'on est capables de dire aujourd'hui que la chirurgie au Québec, c'est un succès parce que 93 % des patients sont opérés à l'intérieur de six mois, et 80 %, à l'intérieur de trois mois.

Ce qu'on est en train de travailler actuellement, c'est que la liste nous permet également de voir que les problématiques qu'on a au niveau de la liste d'attente, c'est plus une problématique ponctuelle de quelques individus. Pour deux raisons. Première raison, il y a des gens que, ce n'est pas compliqué, ils ont trop de patients sur leur liste. Quand vous avez 500 noms sur votre liste, on aura beau vous faire opérer à chaque jour, vous ne passerez jamais à travers. Mais ces médecins-là continuent de voir des patients. Ils rajoutent sur la liste et souvent même ils voient des cas qui sont plus urgents. Ça fait qu'un patient qui attend depuis longtemps, ça prend énormément de temps avant d'être opéré.

Il n'y a qu'une solution pour ce type de problématique, c'est qu'il faut qu'il partage avec ses collègues. Et, quand on regarde la liste d'attente... Puis je vous donne un exemple. Si vous êtes dans une région qui a cinq gynécologues, vous voyez qu'il y a un gynécologue qui a une longue liste d'attente puis que les quatre autres ont des listes très, très raisonnables, bien c'est logique de partager entre eux les patients. Ce qu'on offre, c'est

qu'on offre au patient — c'est ce qu'on appelle la deuxième offre — on offre au patient de se faire opérer par un autre. S'il veut rester avec le chirurgien, il faut qu'il soit au moins informé du temps que ça va prendre. Mais la majorité ne veut pas attendre trois, quatre ans, ils veulent être opérés dans des délais raisonnables. À ce moment-là, il y a un transfert de cette clientèle-là vers les autres, et puis ça permet de rééquilibrer la liste.

Le deuxième phénomène que nous avons, c'est qu'il y a des chirurgiens qui ont une liste d'attente assez grande mais pas nécessairement très importante. Mais, quand ils voient des patients, ils se donnent comme consigne d'opérer les nouveaux patients plutôt que d'opérer les patients qui attendent depuis plus longtemps. Et puis, ça, on le voit dans les listes parce que, quand on voit leur productivité, c'est que les patients, ils disparaissent de la liste alors que ça ne fait pas longtemps qu'ils sont sur la liste, puis ce n'est pas nécessairement des urgences. Là, ce qu'il faut faire, c'est travailler avec ces médecins-là pour que justement ils s'habituent de développer l'habitude de toujours opérer le patient qui est le plus long. Et c'est la responsabilité du médecin et la responsabilité de l'établissement de surveiller pour que le patient soit opéré à l'intérieur des délais requis.

Tout ça pour dire que, pour nous, la chirurgie, comme la radiothérapie, c'est un grand succès au Québec. Et actuellement on peut dire aux Québécois que, quand leur chirurgien les met sur la liste d'attente, 93 % sont opérés à l'intérieur de six mois, et, si vous allez au-delà de six mois, on a des mécanismes de surveillance, ce qui fait qu'on va s'occuper de votre cas pour justement vous opérer dans les plus brefs délais.

**M. Lehoullier:** Merci beaucoup, M. le ministre et M. le Président. Donc, moi, ça me... ça nous permet simplement de constater depuis hier qu'effectivement il y a des efforts quand même assez exceptionnels qui sont mis de l'avant pour améliorer la qualité des services sur le terrain avec des mécanismes de contrôle beaucoup plus perfectionnés que ce qu'on a... C'est du jamais-vu en fait par rapport à ce qu'on avait dans le passé.

**M. Bolduc:** Et, pour compléter, on est même un des modèles au Canada. Il y a à peu près un mois, je suis allé présenter à Ottawa notre modèle d'organisation pour la gestion des listes d'attente. Et puis les gens nous ont envoyé des courriels par la suite, là, qu'ils trouvaient ça fantastique où on en était rendus, au Québec, par rapport à la gestion des listes d'attente en chirurgie. On est un des seuls endroits à avoir un portrait aussi précis, en temps réel, de tout ce qui se passe dans nos établissements de santé du Québec.

**M. Lehoullier:** Merci. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, il reste environ quatre minutes.

#### Explications sur les documents déposés

**Mme Rotiroti:** Merci, M. le Président. J'avais une question sur le CHUM, mais je vais revenir là-dessus. On vient d'avoir les tableaux que vous avez soumis, et on regarde, et il y a plusieurs chiffres là-dedans. Est-ce

que vous pouvez nous expliquer un petit peu le tableau que vous nous avez remis ce matin?

**M. Bolduc:** Bon, on va demander à notre expert, qui est M. John Gauvreau, de venir nous expliquer les tableaux parce que c'est lui qui a dû travailler une partie de la nuit là-dessus.

**Le Président (M. Kelley):** Juste pour les fins d'enregistrement, de vous bien identifier, M. Gauvreau.

**M. Gauvreau (John):** ...Gauvreau, directeur des investissements au ministère.

Alors, le premier tableau, qui s'appelle Plan québécois des infrastructures 2008-2013, 8 781 000 000, vise à répondre à la préoccupation de la ventilation de l'enveloppe du PQI 2008-2013. On y retrouve trois grandes catégories: maintien d'actifs, déficit d'entretien; amélioration et remplacement; et parachèvement. Si on fait le pont avec le tableau C.27 sur lequel nous étions interrogés hier, dans le plan budgétaire du budget 2009-2010, on retrouve, dans le tableau C.27, à la ligne Santé, 7 504 400 000 \$, qui correspond à la somme de 5 377 200 000 \$ et de 2 127 200 000 \$, le maintien d'actifs, déficit d'entretien, et amélioration et remplacement dans le tableau. Si on reprend le tableau C.27, dans Parachèvement, nous avons 7 917 100 000 \$. Ce chiffre-là inclut l'ensemble des parachèvements de tous les réseaux, et la portion Santé, dans le 7 917 100 000 \$, est de 1 277 500 000 \$ dans le tableau que vous avez ce matin entre les mains.

**M. Drainville:** ...M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** On est... M. le député... Non, M. le député, ça va être votre tour dans deux minutes. On va permettre...

**M. Drainville:** Non, non, non, M. le Président, laissez-moi terminer, là. Vous dites bien le tableau C.26?

**Le Président (M. Kelley):** Non, M. le député, c'est moi qui décide, et on est sur le bloc de temps de Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger. Vous avez votre tour dans deux minutes. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger... M. Gauvreau, vous pouvez continuer.

**M. Gauvreau (John):** Donc, c'est bien le tableau C.27, à la page C.56, qui s'intitule Investissements du Plan québécois des infrastructures 2008-2013 par secteur d'intervention, dans le plan budgétaire. Est-ce que...

**Le Président (M. Kelley):** ...on est toujours sur la question de Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, monsieur...

**M. Gauvreau (John):** D'accord. D'accord, M. le Président. Alors...

**Le Président (M. Kelley):** Et je sais que vous allez... Vous êtes en train de répondre à une question

d'hier, mais je pense que le moment pour le faire va être dans quelques instants, quand le droit de parole va être cédé au député de Marie-Victorin. Un dernier commentaire, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger?

**Mme Rotiroti:** C'est correct. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** C'est correct? Alors, M. le député, vous pouvez poursuivre maintenant, M. le député de Marie-Victorin, pour votre bloc de 20 minutes.

**M. Drainville:** Bien, c'est parce que les catégories le maintien d'actifs et déficit d'entretien à 5,3, et amélioration et remplacement, 2,1, et parachevément, c'est bien dans le tableau C.26, ce n'est pas le tableau C.27. C'est tout ce que j'essayais d'indiquer, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** O.K. Alors, je comprends. Je veux juste...

**M. Drainville:** Je pensais que ça pourrait être utile qu'on suive la présentation du fonctionnaire, que je remercie par ailleurs pour le travail qu'il a accompli hier soir et sans doute pendant une partie de la nuit. On va revenir un peu là-dessus, on va prendre connaissance des chiffres et on va revenir sur cette question-là un peu plus tard.

#### **Appel d'offres de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal concernant des chirurgies d'un jour**

J'aimerais, M. le ministre, que nous abordions la question de l'entente avec Sacré-Coeur, avec l'Hôpital Sacré-Coeur et une clinique médicale spécialisée. Comme vous le savez sans doute, le 9 avril dernier, un appel d'offres s'est terminé. Cet appel d'offres là prévoit que l'Hôpital Sacré-Coeur va confier à une clinique médicale spécialisée, et ce, pour les cinq prochaines années, des chirurgies d'un jour. Bon. Les employés de l'hôpital ont mal réagi à cette nouvelle-là parce qu'il y a, comme vous le savez, en cours actuellement un projet syndical-patronal qui vise à revoir l'organisation du travail au bloc opératoire. Et je rappelle, M. le Président, qu'à l'origine RocklandMD... l'entente avec RocklandMD avait été conclue pour justement permettre supposément à l'Hôpital Sacré-Coeur de diminuer sa liste d'attente pour les chirurgies d'un jour. Or, à la suite de démarches qui ont été faites par les employés de l'hôpital, syndicat et direction de l'hôpital se sont entendus pour mettre en branle un processus visant à améliorer l'organisation du travail de façon à activer les salles d'opération qui sont inactives.

Nous, quand l'entente avec RocklandMD avait été conclue, on avait dit: Écoutez, avant d'envoyer des chirurgies au privé, à Rockland, activer les salles d'opération qui sont inutilisées, ce serait une bonne façon de maximiser nos infrastructures publiques. Or, là on apprend que l'Hôpital Sacré-Coeur... la direction de l'hôpital en rajoute, c'est-à-dire qu'elle met en branle un processus d'appel d'offres qui va mener, s'il est effectivement lancé et mené à terme, qui va mener à la conclusion d'une entente en vertu de laquelle on va transférer pendant cinq ans des chirurgies d'un jour à

une clinique médicale spécialisée qui, si on le comprend bien, ne sera pas nécessairement RocklandMD. C'est pour ça qu'on va en appel d'offres.

● (9 h 50) ●

Les employés ont émis un communiqué en disant qu'ils ne comprenaient pas qu'on vienne court-circuiter ainsi la discussion qui est en cours pour essayer d'activer les blocs d'op. Si on activait les blocs d'op qui ne sont pas utilisés actuellement, on n'aurait pas besoin d'aller vers le privé. Donc, ils ont l'impression qu'on s'est joué d'eux, qu'on les a un peu trompés. Et ils soulignent également que les faits démontrent que les chirurgies au public, les chirurgies d'un jour coûtent en moyenne 650 \$, alors qu'elles coûtent autour de 936 \$ dans une clinique privée. Alors, sur le plan de l'objectif du gouvernement, que nous saluons, de mieux organiser le fonctionnement des blocs d'op pour qu'on ait davantage de chirurgies, on est d'accord, mais on a l'impression que cette décision-là, d'aller en appel d'offres, comment dire, va à l'encontre de cette volonté du ministre. Puis on dit aussi que, sur le plan du contribuable, ce n'est pas bien, bien intéressant. Ce n'est pas intéressant d'envoyer ça au privé, ça va coûter plus cher que de garder ça dans le secteur public.

Alors, ma question, M. le Président, ce n'est pas compliqué: Est-ce que le ministre a l'intention de laisser l'Hôpital Sacré-Coeur signer ce contrat, pour les cinq prochaines années, avec une clinique privée, alors que ça va coûter plus cher de faire ces chirurgies-là au privé et alors qu'il y a un projet à l'intérieur de l'hôpital qui vise justement à éviter le recours au privé et à garder les chirurgies dans les salles d'opération de l'Hôpital Sacré-Coeur qui ne sont pas utilisées présentement?

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

**M. Bolduc:** M. le Président, dans un premier temps, indépendamment si c'est privé ou public, tout établissement doit améliorer sa productivité. Puis je suis content parce que le député de l'opposition confirme que notre orientation d'améliorer la productivité dans tous les blocs opératoires est réelle. C'est tous les établissements du Québec, indépendamment du volume qui est à l'intérieur de l'établissement, qui doivent être performants au niveau des blocs opératoires, et on estime que tous les blocs opératoires du Québec ont une amélioration à aller chercher qui va, dans certains blocs, de 5 % à, d'autres blocs, jusqu'à 50 % d'amélioration. Ce qui veut dire qu'avec les mêmes ressources ils peuvent faire 50 % de chirurgies supplémentaires. Ça, c'est un des prochains succès qu'on va avoir au Québec et ça explique également pourquoi on a une amélioration au niveau de nos listes d'attente. Pour diminuer les listes d'attente et les rendre, je vous dirais, pratiquement nulles, il faut augmenter notre productivité dans les blocs opératoires de 10 %. Quand je dis «augmenter de productivité», on ne veut pas que les gens travaillent plus fort. On veut, par une organisation différente du travail, qu'on fasse 10 % de plus de chirurgies qu'on faisait auparavant.

Deuxièmement, dans le cas de Sacré-Coeur, Sacré-Coeur va en appel d'offres, donc ce n'est pas nécessairement avec une clinique d'un nom déterminé qui va l'avoir. Ils vont en appel d'offres pour du volume

de chirurgies mineures qui peuvent se faire dans un autre établissement que l'hôpital pour savoir si on est capable de les avoir au meilleur coût que... au niveau du public mais également au niveau de... Il faut comprendre qu'au début, quand le projet a été mis en place, c'est que Sacré-Coeur n'était pas capable de faire les chirurgies. Donc, il y a deux éléments importants. Sacré-Coeur n'avait pas la capacité de le faire. De ce que je comprends puis de ce qu'on surveille également, c'est que le syndicat avec l'établissement essaient d'augmenter la productivité. Ça fait que possiblement qu'on serait capable de faire le volume à l'intérieur de l'Hôpital de Sacré-Coeur. Deuxièmement, c'est qu'on veut voir c'est quoi, le meilleur prix qu'on peut avoir sur le marché, dans un milieu compétitif.

Actuellement, il y a eu l'appel de propositions de fait. L'appel de propositions est en analyse actuellement, et après l'analyse, là, je vais me pencher sur le dossier et on prendra la décision qui va être le mieux pour le patient. Il ne faut pas oublier, c'est qu'on veut améliorer l'accessibilité, on veut avoir un coût qui est comparatif avec celui du public. C'est soit le même coût ou moindre et c'est l'analyse de la proposition qui va déterminer si une des organisations est capable de nous offrir ce que nous recherchons.

C'est certain, puis je tiens à le dire, mon intention également, c'est de garder le plus possible du volume au même coût dans nos établissements de santé, ce qui, d'après moi, est une motivation pour le réseau à chercher à s'améliorer. Parce qu'il faut comprendre — puis là on va revenir sur le sujet d'hier — si on veut contrôler nos coûts au niveau de la santé, bien il faut s'entendre que tout le monde doit mettre des efforts et que dans le public, c'est reconnu, il y a de l'amélioration de performance à aller chercher. Et puis, moi, j'ai toujours dit: Ça prend un système public très fort, mais, si le public n'est pas capable de faire le travail, c'est là qu'il va y avoir de plus en plus d'ouverture sur le privé. Donc, il y a un message clair, puis c'est un message politique: Si vous voulez que ça fonctionne bien, allons chercher le maximum de performance dans notre réseau public, et après ça il va rester moins de place pour le réseau privé.

Par contre, je tiens à le dire, on ne veut pas que les gens travaillent plus fort. On veut qu'ils travaillent différemment, qu'ils obtiennent plus de résultats. Et je vois le député de l'opposition sourciller. C'est possible. Il y a des méthodes qui sont éprouvées, qui ont été démontrées dans les différentes organisations, où on peut améliorer... entre autres la méthode «lean», qui est la méthode Toyota, on est capables d'aller chercher une bonne augmentation de productivité, tout en ayant une charge raisonnable de travail chez notre personnel.

**Le Président (M. Kelley):** Merci. M. le député.

**M. Drainville:** Vous me connaissez mal. Vous interprétez mal mon non-verbal. Vous devriez... Attendez de me connaître mieux avant d'essayer de m'interpréter comme ça.

**M. Bolduc:** Vous aussi, vous interprétez souvent mal mes propos. Mais ce n'est pas grave, je vous le pardonne. M. le Président, je lui pardonne.

**M. Drainville:** Est-ce que vous avez... Parce que, dans le communiqué de la Confédération des syndicats nationaux, ils disaient qu'une chirurgie d'un jour en établissement public coûtait autour de 650 \$ en moyenne. Est-ce que nous avons... Est-ce que vous avez, M. le ministre, fait des évaluations du coût moyen d'une chirurgie d'un jour dans le système public? Est-ce que vous confirmez ce chiffre de 650 \$? Et est-ce que vous pouvez l'appuyer sur une évaluation que vous auriez faite à l'interne, de la même façon, par exemple, que l'agence de santé de Montréal a évalué le coût d'une cataracte à Maisonneuve-Rosemont à autour de 450 \$ par cataracte? Est-ce qu'il existe effectivement une évaluation que vous pourriez peut-être déposer à la commission? Ça nous donnerait déjà une idée du coût d'une chirurgie d'un jour en moyenne dans un établissement public.

**M. Bolduc:** O.K. Je pense qu'il faut faire attention. C'est que, quand on parle de coût moyen, ce que vous dites, là, c'est souvent le coût pour une heure de chirurgie, c'est-à-dire, quand on regarde dans nos blocs opératoires, le coût moyen est autour de 600 \$ à 650 \$, et, tout dépendant du type de chirurgie — parce qu'il y a des chirurgies qui prennent 20 minutes, il y a des chirurgies qui prennent une heure, il y a des chirurgies qui prennent deux heures — il faut évaluer le volume total qu'on peut faire à l'intérieur d'un certain délai. Donc, ce qu'il faut comprendre, c'est qu'au niveau du public...

Je vais vous donner un exemple. Une cataracte, on peut faire à peu près deux cataractes à l'heure. Ça fait que, si le temps d'opération coûte à peu près 600 \$ à 650 \$ la salle, il y a des coûts qui sont annexés également parce que le patient, quand il rentre, il faut qu'il soit pris en charge par des gens au niveau de la chirurgie d'un jour. On peut évaluer le coût autour, comme vous dites... entre 400 \$ et 500 \$. Ce qu'on veut au niveau du public: à l'intérieur du même temps opératoire, faire plus de chirurgies. Donc, oui, le coût peut être autour de 600 \$, 650 \$ de fonctionnement de l'heure. C'est quand vous faites des grandes moyennes, des grands chiffres, vous pouvez arriver à un coût moyen, mais il faut faire attention parce que, tout dépendant du type d'hôpital dans lequel vous êtes, il peut varier d'un hôpital à l'autre tout simplement parce qu'il n'y a pas un hôpital qui fait nécessairement le même type de chirurgie avec les mêmes volumes.

**M. Drainville:** Mais est-ce que — et je le demande en toute bonne foi, là, M. le Président — est-ce que vous pourriez nous soumettre les évaluations dont vous nous parlez pour qu'on voie un document, là, qui fait état effectivement de ces coûts-là? Avez-vous objection à...

**M. Bolduc:** Non, pas du tout, non. Pour ce qu'il s'agit des chiffres, là, je suis toujours disposé à les montrer. En autant qu'ils soient fiables, il n'y a aucun problème.

### **Transfert de chirurgies d'un hôpital public à un centre médical spécialisé affilié**

**M. Drainville:** Bon, est-ce que vous pouvez... Très bien. Alors, on aura ça présument, là, d'ici la fin

des crédits, si c'est possible, idéalement aujourd'hui, encore une fois. Est-ce que vous pouvez nous dire, M. le ministre... Pardonnez-moi. M. le Président, est-ce que le ministre peut nous dire combien d'ententes de type CMSA il a l'intention de signer? CMSA est un centre médical spécialisé affilié à un établissement public, donc c'est une entente qui prévoit le transfert de certaines chirurgies, par exemple, d'un hôpital à une clinique privée.

**M. Bolduc:** Je pense que ce que je peux répondre, c'est qu'est-ce que j'ai fait dans le passé, puis ça va peut-être donner la tendance vers le futur. On a eu deux projets de CMSA qui ont été déposés, celui du CHUM en ophtalmologie et celui de la région des Laurentides, et les deux n'ont pas été acceptés. Donc, jusqu'à date, sur deux demandes, on a eu deux refus. On a fait...

**M. Drainville:** Et ils n'ont pas été acceptés pourquoi?

**M. Bolduc:** Tout simplement, lorsqu'on a fait l'évaluation, on a évalué que le coût était plus dispendieux de le faire dans le privé que de le faire dans le public. Et, encore là, moi, je suis très constant dans ma façon de penser, on est très cohérents, il faut que ce soit pour une plus grande accessibilité et il faut également, en même temps, que ce soit au même coût ou à un meilleur coût. Naturellement, si c'est au même coût, on s'attend à avoir une meilleure accessibilité.

Ça fait que jusqu'à date les deux projets qui ont été proposés ont été refusés. On ne ferme pas totalement la porte au niveau des CMSA parce que ça peut être un ajout intéressant au niveau du système de santé du Québec, surtout que ça nous amène des éléments de compétitivité et également des éléments d'émulation où on cherche à avoir le meilleur prix. Moi, personnellement, je crois que le public peut être très, très compétitif en autant qu'on fasse de l'organisation du travail et qu'on se concentre d'améliorer la performance de toutes nos organisations, dont, entre autres, les blocs opératoires.

● (10 heures) ●

Donc, là-dessus pourquoi je ne peux pas vous répondre, c'est tout simplement que chaque projet est évalué à sa juste valeur. Si les gens veulent en déposer 10, on va évaluer les 10 projets, mais ça nous prend des très, très bonnes raisons pour sortir du volume du public vers le privé. Par contre, ce que je crois, c'est que, si, à un moment donné, un établissement n'est pas capable de fournir le service et puis que, exemple, la liste d'attente est beaucoup trop longue, il pourrait arriver qu'on puisse contracter ad hoc des ententes avec des cliniques privées pour faire un certain volume, pour aller chercher un meilleur service aux patients. Mais l'objectif final, comme on se le dit, c'est d'avoir toujours un système public très fort, avec une collaboration du privé.

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

**Appel d'offres de l'Hôpital  
du Sacré-Coeur de Montréal  
concernant des chirurgies d'un jour (suite)**

**M. Drainville:** Merci. Donc, dans le cas de Sacré-Coeur, vous vous donnez jusqu'à quand pour décider si le

projet va de l'avant ou pas? Le projet de sous-traitance, si je peux dire, le projet de...

**M. Bolduc:** C'est présentement en analyse. Le ministre doit donner son accord au projet, donc semblerait-il que, vers le mois de mai, on devrait avoir une réponse par rapport à ça.

**M. Drainville:** Et ce sera décidé sur la base, dis-je bien, de l'accès et du coût?

**M. Bolduc:** Oui.

**Procréation assistée financée  
par le régime de santé public**

**M. Drainville:** Parfait. J'aimerais ça qu'on parle de procréation assistée, M. le ministre, si vous voulez. Vous êtes sur le point de faire une annonce, là. Alors, on a bien hâte de l'entendre parce que, comme vous le savez, le Parti québécois est favorable à un encadrement de la procréation assistée en autant que la fécondation in vitro soit financée par le système public. Votre prédécesseur était opposé à cette mesure. Finalement, lors de la dernière campagne électorale, votre formation politique a changé d'idée et vous vous êtes rendus aux arguments du Parti québécois et de l'ADQ, je dois le souligner, également.

Là, les gens nous appellent ou nous envoient des courriels, les couples infertiles, ils nous disent: Écoutez, ils ont fait l'annonce, pendant la campagne électorale, qu'ils allaient effectivement financer, mais là on veut savoir à partir de quand on va pouvoir se présenter dans une clinique et qu'on pourra le faire avec la carte-soleil, à partir de quand est-ce qu'on va pouvoir, donc, se prévaloir de ce nouveau service aux frais, donc, du système public. Est-ce que vous avez une réponse à cette question-là?

**M. Bolduc:** La rapide et la longue. La rapide, c'est: le plus tôt possible. La longue. Ce qu'il est important de comprendre... Puis je dois vous avouer que je suis très content parce qu'une des raisons pour laquelle on m'arrête le plus souvent sur la rue, c'est pour nous féliciter du programme qu'on va mettre en place au niveau de la fécondation in vitro, et ils sont très contents de voir qu'au niveau du Parti libéral on était capables d'avoir une ouverture sur quelque chose qu'au niveau de la société, je pense, c'est relativement accepté, premièrement. Donc, c'est vraiment une bonne nouvelle parce que les gens nous souhaitent vraiment de le mettre en place le plus rapidement possible.

La façon de procéder — on veut être rigoureux au niveau de la mise en place — la première chose, il faut d'abord déposer le projet de loi, et le projet de loi va devoir être adopté avant qu'on puisse passer à l'autre étape. Donc, on espère que les deux oppositions, avec le député de...

**M. Drainville:** Mercier.

**Le Président (M. Kelley):** Mercier.

**M. Bolduc:** ...Mercier, le député de Mercier, vont collaborer, parce qu'on pense que c'est un projet

qui pourrait être passé avant le mois de juin. Une fois que le projet va avoir été accepté et puis qu'il va rentrer en vigueur, la deuxième étape, puis qu'on doit faire immédiatement après, c'est de s'entendre avec les médecins spécialistes sur la façon dont ça va être rémunéré, parce qu'à partir de ce moment-là ça va devenir un acte rémunéré par la RAMQ. Ça également, on s'attend que ça aille relativement bien. Par la suite, aussitôt que toutes les ententes vont avoir été faites puis que les mécanismes vont avoir été mis en place, à ce moment-là on va mettre une date à laquelle on va commencer à payer les traitements pour l'infertilité.

Pourquoi il faut le faire comme ça? C'est qu'on ne peut pas dire aujourd'hui: Allez-y, parce qu'on n'a pas d'entente avec la RAMQ puis les médecins spécialistes, et on ne peut pas faire d'entente tant que le projet de loi n'a pas été adopté. Je pense qu'il y a une logique qu'on doit suivre. Les gens sont très contents de voir qu'on veut le mettre en place le plus tôt possible, et tout ce que nous espérons, c'est que les deux partis de l'opposition et le député de Mercier vont collaborer à ce qu'on puisse le faire le plus rapidement possible.

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

**M. Drainville:** Est-ce que ce sera trois traitements ou deux traitements? Parce qu'à l'origine le gouvernement, M. le Président, a parlé de rembourser deux traitements, et là le chiffre de trois traitements est évoqué, si je ne m'abuse, par le ministre lui-même ou par un ou une de ses porte-parole.

**M. Bolduc:** Par le ministre lui-même, par le ministre lui-même. Quand on fait la revue de la littérature médicale à ce niveau-là — puis je vous référerai un article du *New England* qui date d'à peu près deux mois, où il y a eu une belle révision de la littérature mondiale sur la fécondation in vitro — c'est qu'il y a des endroits qui se rendent jusqu'à six essais, mais, si vous voulez être optimal en termes de coût-efficacité, c'est trois essais. Donc, notre décision se base sur la littérature médicale où, à deux essais, on trouvait que c'était un peu serré, parce qu'il y a beaucoup des gens qui, à trois essais, réussissent à avoir un enfant. Par contre, quatre, cinq et six essais, la littérature démontre que les chances de succès après trois essais sont très minimes. Donc, au niveau des fonds publics, on va assumer les trois premiers essais.

**M. Drainville:** Alors, est-ce qu'on dit trois essais... M. le Président, est-ce qu'on dit trois essais à chaque année ou c'est trois essais...

**M. Bolduc:** Non, c'est trois essais pour une personne, pour la vie. Puis, la plupart des gens, quand ils l'ont fait trois fois, là, je ne pense pas qu'ils vont vouloir aller beaucoup plus loin.

**M. Drainville:** Et est-ce que vous pouvez... M. le Président, est-ce que le ministre peut nous dire: Est-ce que les parents vont pouvoir utiliser leurs carte-soleil ou est-ce qu'au départ ça pourrait être une entente du genre: vous payez, et par la suite vous êtes remboursés par le gouvernement?

**M. Bolduc:** Bien, ça va être la carte-soleil, parce qu'à partir du moment que c'est un système public on ne veut pas que les gens se fassent... payent puis se fassent rembourser par la suite, là. Ça va être vraiment via la carte-soleil et ça va être réglementé en fonction de toutes les autres ententes qu'on a actuellement avec les médecins spécialistes.

**M. Drainville:** Alors, M. le Président...

**Le Président (M. Kelley):** Dernière courte question.

**M. Drainville:** Une dernière question, juste... elles sont habituellement courtes. Au plus court... au plus tôt, dis-je, et au plus tard, vous diriez, dans un... Vous devez avoir une espèce d'idée d'échéancier...

**M. Bolduc:** On ne peut pas... Si ça va vite, puis les partis de l'opposition collaborent, puis on adopte le projet de loi, à l'automne on peut penser que ça pourrait commencer à être mis en place. Puis, s'il y a une non-collaboration, bien là ça peut être plus long. Je pense qu'on va plutôt attendre les faits et puis chacune des étapes telles que je les ai décrites: la première étape, c'est l'adoption; deuxièmement, l'entrée en vigueur; troisièmement, l'entente avec les médecins spécialistes.

En passant, une bonne nouvelle pour des gens qui croient beaucoup dans le système de santé public, actuellement la fécondation in vitro se fait presque exclusivement en privé, et on veut également qu'il y ait des établissements de santé qui développent des techniques de fécondation in vitro, et, à partir du moment que ça devient un paiement public, bien ça va devenir un service couvert, donc on va avoir intérêt à avoir du privé qui va aller également vers le public pour avoir justement ce mécanisme d'émulation. Et l'autre étape qui vient par la suite, c'est l'entente avec les spécialistes, et, à ce moment-là, avec la RAMQ, on va déterminer une date d'entrée en vigueur du paiement. Le plus tôt possible, c'est notre volonté.

**M. Drainville:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Laurier-Dorion.

### **Stratégie visant à combler la pénurie en médecine familiale**

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. J'aimerais, si vous me permettez, M. le Président, poser une question au ministre concernant les besoins d'effectif en médecine familiale.

Nous savons actuellement, M. le Président, que les besoins en matière de médecins omnipraticiens et spécialistes sont à peu près équivalents. Aux dernières nouvelles, il manquerait environ 750 spécialistes et 750 médecins omnipraticiens. Mais je crois que tous les collègues et les personnes qui nous écoutent chez eux ont déjà lu et entendu beaucoup, dans les médias, concernant la difficulté des facultés de médecine à attirer des étudiants pour la médecine familiale. En ce moment, on dirait que le ratio recrutement par les facultés est de 55-45.

Se peut-il qu'avant longtemps, évidemment, cette pénurie ne touche que les omnipraticiens?

Et la deuxième question pour le ministre, c'est: Qu'est-ce que le ministre entend faire pour corriger cette situation? Parce que c'est une tendance qui semble lourde. Qu'est-ce qu'il projette faire, le ministre, pour renverser cette tendance?

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

**M. Bolduc:** M. le Président, dans un premier temps, bien, je voudrais remercier le député de Laurier-Dorion, qui est mon adjoint parlementaire, qui fait un excellent travail. C'est un excellent représentant pour la région de Montréal au niveau de la santé mais également pour tout le Québec, là, entre autres au niveau de la santé publique, pour les habitudes de vie.

Au niveau des places en médecine, actuellement les faits sont que, lorsque les médecins graduent, il y a 55 % qui graduent en spécialité et 45 % en médecine de famille. Quand on regarde les courbes, si on continue dans les mêmes proportions — et là il faut comprendre qu'on a augmenté le nombre d'admissions de 400 à 800 admissions, et on va atteindre un plateau de 825 admissions — si on continue puis on fait les courbes sur 20 ans, on constate que la médecine de famille, la pénurie se creuse, donc il y aura... il y a encore de plus en plus une pénurie en médecine de famille, et, au niveau de la spécialité, on devient en excès de spécialistes. Donc, nos plans d'effectif nous démontrent... Si on mesure les besoins de population et puis les ressources qu'on a besoin de le faire, c'est qu'on va avoir un écart entre les deux. Par contre, le nombre qu'on admet: si on était dans une proportion de 50-50 à la graduation, à ce moment-là on aurait deux courbes qui se suivraient et qui répondraient aux besoins de la population.

● (10 h 10) ●

Le constat qu'on fait également, actuellement, c'est que les étudiants en médecine, parce qu'ils sont très, très tôt en contact avec les spécialistes et qu'ils choisissent précocement dans quoi ils vont s'en aller, ont tendance à aller plus en spécialité qu'en médecine de famille. Plusieurs facteurs: un, le modèle est plus le spécialiste, compte tenu qu'ils les voient plus tôt, le choix se fait plus rapidement parce que... Une histoire que Dr Bureau, Michel Bureau, notre directeur des affaires médicales, aime raconter, c'est que, quand vous finissez un stage, c'est toujours dans la spécialité dans laquelle vous aimeriez étudier, hein? Ça fait que plus vous êtes précocement en contact avec des spécialistes, plus vous allez aller en spécialité.

Donc, un des effets qu'on doit faire, c'est absolument... c'est changer cette tendance-là, dont... Entre autres, dès la première année, on veut que les médecins de famille soient... les étudiants soient en contact avec des médecins de famille pour faire des stages, et puis également pour servir de modèles. Et ça, on en a fait une commande ferme aux quatre facultés de médecine pour que, dès septembre 2009, le programme soit revu pour que, dans la première année de formation, les étudiants en médecine soient en contact avec des médecins de famille.

La deuxième tendance, et puis ça, c'est un problème qu'on veut corriger, c'est qu'il y a du dénigrement au

niveau des établissements. C'est-à-dire que, lorsque les gens sont en contact précocement avec des spécialistes, souvent le spécialiste va dire à l'étudiant: Bien, t'es assez bon pour aller en spécialité; la spécialité, c'est beaucoup plus pointu; tu connais tout ton domaine, viens travailler avec nous autres. Puis, par rapport à la médecine de famille, je ne donnerai pas les commentaires, mais c'est comme des commentaires de dénigrement.

Ça également, les facultés se sont entendues pour qu'il y ait un code d'éthique qui soit mis en place pour que, lorsqu'il y a du dénigrement au niveau de la médecine de famille, il y ait une dénonciation et puis qu'on puisse intervenir. Et ça, c'est inacceptable actuellement de faire du dénigrement d'une profession par rapport à l'autre. En passant, le code d'éthique va se faire dans les deux sens. Il y a la réciprocité, il y a des médecins de famille également qui font du dénigrement pour certaines spécialités, et c'est quelque chose qui ne devrait pas se faire.

Donc, l'autre élément qui vient après, c'est définitivement... c'est qu'on veut que les gens aillent plus en médecine de famille, donc on veut leur donner des conditions favorables de pratique, et, pour les conditions favorables de pratique, c'est une autre stratégie, qu'on est en train de développer avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, où on veut voir qu'est-ce qui peut être fait pour que les médecins soient plus près de la médecine de famille, ils veulent aller étudier à ce niveau.

Ce qui peut être fait, c'est d'abord de favoriser la pratique de groupe — parce qu'on sait qu'actuellement les médecins ne veulent plus pratiquer en solo, ils veulent pratiquer en groupe — leur offrir une pratique variée. Ce qu'ils veulent également, c'est, lorsqu'ils sont médecins de famille et qu'ils sont en bureau, de pouvoir avoir un accès aux plateaux de technique des examens diagnostiques, le laboratoire, la radiologie. Et, l'autre élément qui est important, ils veulent avoir également un accès aux spécialistes beaucoup plus facilement qu'actuellement. D'où l'objectif qu'on a fait, compte tenu qu'il y avait plusieurs stratégies en place, c'était de réunir tous les intervenants du milieu de la santé concernés par la médecine de famille, ça veut dire la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, ça veut dire l'Ordre des infirmières, l'Ordre des pharmaciens, également les étudiants en médecine, la Fédération des médecins résidents, pour les convier à une table de concertation pour qu'on puisse discuter qu'est-ce qui peut être fait de plus.

Un des éléments qui est intéressant, puis c'est beaucoup discuté avec l'Ordre des infirmières et l'Ordre des pharmaciens, mais toutes les professions sont concernées, c'est que les médecins trouvent également qu'ils font beaucoup de travail et, quand on voit les courbes, c'est comme s'il n'en sortira jamais assez pour combler les besoins. Une des choses qui peuvent être faites, c'est qu'on sait qu'il y a 20 % à 30 % des tâches que le médecin fait qui peut être partagé avec d'autres types de professionnels, donc avec des groupes de médecine de famille puis les pratiques des infirmières praticiennes spécialisées. On peut s'attendre à ce qu'il y ait une partie du travail qui pourrait être transférée à d'autres professionnels, et ça pourrait dégager du temps pour le médecin,

pour se consacrer à avoir une meilleure accessibilité au niveau des patients et également pouvoir consacrer plus de temps aux patients.

Parce que la finalité, puis il faut le comprendre, c'est que la pénurie de médecins nous donne un problème d'accessibilité en première ligne et, pour corriger l'accessibilité en première ligne et l'améliorer, il faut qu'on ait plus de médecins qui travaillent à faire la bonne chose, dans des conditions de travail qui sont acceptables.

Donc, c'est tout ce qui est fait depuis déjà plusieurs mois puis vers quoi on s'en va au cours de la prochaine année, et on espère... L'objectif final, c'est d'offrir à chaque Québécois des soins de première ligne et une accessibilité raisonnable à un médecin de famille.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Vimont.

### **Stratégie visant à combler la pénurie d'infirmières**

**M. Auclair:** Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, permettez-moi avant tout de saluer toute votre équipe en arrière, parce qu'on voit que, le travail qu'on fait aujourd'hui, vous avez toute une équipe pour vous fournir l'information. Ce n'est pas vrai qu'un ministre peut tout avoir. Donc, je salue également votre directeur de cabinet, puis M. Cotton, qui est assis à côté de vous, qui est sage, là, qui joue avec ses feuilles, là, mais M. Cotton que j'ai eu le plaisir de côtoyer à Laval lorsqu'il était à la Cité de la santé. Donc, ça fait plaisir de le retrouver dans une position différente, mais je suis sûr aussi qu'il doit être aussi pertinent et aussi efficace qu'il l'a été chez nous, à Laval.

M. le ministre, je suis comme beaucoup de Québécois, je pense qu'une... Vous avez parlé... on a parlé de pénurie des médecins, on a parlé de l'impact que ça l'a. Il y a un autre côté aussi, il y a un autre volet, c'est l'impact pénurie d'infirmières. Je regardais un peu dans le cahier des crédits, lorsqu'on prend l'étude des crédits, le volume 1, à la page 69, qui est le manque d'infirmières par établissements, par régions, ce n'est pas juste le fait d'établir qu'il manque du personnel, il faut regarder... Parce que la façon que la question est formulée, la façon que c'est présenté, c'est que le manque d'infirmières occasionne... a des impacts directs. Parce que ce n'est pas vrai qu'indirectement on peut dire, selon les statistiques qui disent... Bon, on manque environ 1 800 infirmières, dépendant des bassins. C'est sûr que ça, c'est le strict minimum pour essayer d'arriver au niveau qu'il n'y ait pas d'heures supplémentaires. Puis, pour moi, c'est une façon assez simpliste de voir le problème parce que ce 1 800 veut dire que, dans le fond, on peut en manquer peut-être 2 200, 2 500, en raison du fait que ces heures-là ne sont pas toutes des heures qui se continuent, il y a des blocs différents.

Il y a aussi l'impact que ça a, ces heures supplémentaires là. Quand on parle à des infirmières sur le terrain, on sait très bien que ça occasionne un taux d'absentéisme beaucoup plus élevé, et ça occasionne aussi peut-être... Vous avez parlé de dénigrement au niveau de certaines professions, au niveau du médical entre eux, mais je suis sûr que... nos infirmières, quand

ils sont pris à ne plus avoir de vie de famille, c'est certain qu'ils ne sont pas les premières à dire à leurs enfants: Bien, écoute, je trouve que tu devrais t'en aller dans cette profession-là, tu serais la meilleure personne; regarde comment j'ai eu une belle carrière. Je pense que, malheureusement, ça aussi, aujourd'hui, au niveau de la relève, ce n'est pas évident.

Je regarde les chiffres aussi à Laval; Laval se situe, selon les données... Puis, encore là, c'est une donnée, et, moi, ça me touche toujours parce qu'une donnée, un chiffre, ça ne parle pas aux gens, ça ne parle pas de la réalité. Parce qu'on dit qu'à Laval c'est 4,4 % des heures supplémentaires effectuées par les infirmières, on serait au cinquième rang. Est-ce que c'est une bonne nouvelle ou une mauvaise nouvelle? Je ne le sais pas, je ne suis pas capable de l'interpréter comme telle parce que ça ne me dit pas grand-chose. On me dit, en bout de ligne, que ça équivalait à 43 infirmières, un besoin de 43 infirmières chez nous, à Laval.

Je sais très bien qu'il y a beaucoup d'efforts qui sont faits, M. le ministre, puis il y a eu beaucoup d'efforts pour rattraper des gestes posés dans le passé. Puis on ne reviendra pas là-dessus parce que je ne voudrais pas que, mon collègue de Marie-Victorin, ses cheveux se dressent sur la tête plus qu'ils le sont là. Donc, je ne veux surtout pas qu'on revienne sur des débats, mais ça l'amène qu'il manque 43 infirmières. Si je regarde Cité de la santé, chez nous, qui est un établissement extraordinaire, que le personnel se donne corps et âme pour justement donner des soins, je ne suis pas sûr, moi, que ce serait juste 43 infirmières que j'aurais de besoin, je suis sûr qu'il y a beaucoup d'autres besoins. Puis, si on veut aller de l'avant avec vos programmes de superinfirmières, comme vous avez dit l'autre fois, quand je vous entendais aux nouvelles, ça peut augmenter des besoins mais ça va amener aussi d'autres avantages.

Donc, ce déficit de main-d'oeuvre là, on le voit, c'est la cession d'emploi. Décès, on ne peut pas rien faire, malheureusement, contre ça. On peut augmenter toutefois la qualité de vie de nos infirmières. Il y a aussi les retraites, ces deux volets-là, cessation d'emploi, retraite. Puis aussi il y a toujours quand je parle... Quand, moi, je vois cessation d'emploi, je vois aussi transfert, malheureusement, d'une infirmière au public qui peut se retrouver dans une autre catégorie de temps avec le privé ou une sorte de... dans les agences, ça, on le voit aussi. C'est une réalité qui est là.

Donc, il y a deux volets dans ma question. Un, quand mon collègue vous a souligné qu'on respectait même plus un de nos premiers engagements électoraux au niveau de la santé, au niveau des soins in vitro, ça, c'est déjà une superbe annonce, donc c'est une promesse plus, comme on peut dire. Une autre promesse qui a été faite, c'est au niveau des primes. Il y a le volet d'augmentation des sommes pour s'assurer, un, de retenir, d'être plus compétitifs et de trouver à faire en sorte que nos infirmières ne quittent pas, parce qu'on le sait c'est toute la chaîne que je vous disais: une infirmière qui quitte entraîne plus de temps supplémentaire, entraîne plus de burnouts, puis entraîne plus de temps supplémentaire, et ainsi de suite. Donc, c'est la fameuse saucisse, là, tu sais. Donc, on n'est pas gagnants, loin de là.

Donc, ce qui est important, c'est: Premièrement, est-ce qu'on va aller de l'avant? Est-ce que vous avez l'intention d'aller de l'avant avec la promesse électorale au niveau des primes? Et, deuxièmement, sur le terrain, comment se font les négociations pour améliorer le temps? Vous êtes très fort sur les méthodes, nouvelles méthodes de travail, méthode Toyota entre autres, est-ce qu'il y a des négociations qui se font pour changer un petit peu les habitudes de travail à l'interne, pour permettre justement à des infirmières plus jeunes d'avoir des quarts de travail peut-être plus intéressants, qui va faire en sorte qu'ils vont désirer rester dans le milieu et encourager les autres à venir? Parce qu'il y a des hôpitaux qui le font, il y a des hôpitaux qui sont moins avancés. Comment vous évoluez là-dedans, là? Donc, à deux volets, M. le ministre: les primes puis les négociations sur le terrain.

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

● (10 h 20) ●

**M. Bolduc:** M. le Président, on voit que le député de Vimont connaît très bien son dossier, puis il a très bien expliqué un élément important: c'est multifactoriel. Il n'y a pas juste un élément qu'il faut corriger, il faut travailler à plusieurs niveaux. Puis je ramènerais son explication, qui est tout à fait correcte, c'est-à-dire que, quand vous êtes en pénurie d'infirmières, ils deviennent plus épuisés, ils deviennent plus en surcharge, souvent vont quitter le réseau. Nous autres, on est plus en demande, donc on va embaucher plus de personnel des agences, ce qui fait que les gens ont encore plus tendance à quitter le réseau.

Et c'est un cercle non vertueux qu'il faut essayer de couper. La façon... deux façons, je pense, sont importantes. La première, d'abord ça nous prend plus d'infirmières qui demeurent sur le marché du travail et qui viennent sur le marché du travail. Deuxième élément, il faut que, nos infirmières, on les utilise à bon escient par une meilleure organisation du travail.

Deuxième point, la meilleure organisation du travail. Actuellement, on a 23 projets de réorganisation du travail en cours dans le réseau de la santé que nous avons financés avec une collaboration et un partenariat avec les syndicats. Parce qu'eux autres aussi pensent qu'il faut que leurs syndiqués aient des meilleures façons de travailler, et également ça va conduire à une diminution de la charge de travail.

L'autre élément, qui était le premier, c'était comment on fait pour avoir plus d'infirmières et d'infirmières auxiliaires sur le marché. Durant la campagne électorale... D'ailleurs, la fédération qui représente les infirmières nous a félicités parce que, dans les partis qui étaient, durant la campagne, de ceux qui ont offert le meilleur programme pour le travail des infirmières, leur rétention et leurs conditions de travail, ce qu'ils ont dit, ça a été le Parti libéral. Et ce qu'on leur a proposé et ce qu'on va mettre en place, c'est un engagement électorale, qu'on devrait réaliser très bientôt, c'est qu'on va offrir aux infirmières qui viennent sur le marché du travail d'abord une prime de 3 000 \$ pour chaque infirmière, pour trois ans, et de 2 000 \$ pour les infirmières auxiliaires, pour trois ans, pour les encourager à demeurer sur le marché du travail, parce qu'on sait que, dans les premiers mois, il y en a quelques-unes, un certain pourcentage, qui laissent la

profession pour aller faire autre chose, parce qu'ils ont moins d'intérêt. Également, on garantit également des heures de travail, des quarts de travail assurés, et non pas toujours être sur appel. Donc, on a fait des choses vraiment qui vont nous aider à les garder. Plus on va en garder après qu'ils soient rentrés, plus on va avoir de personnel et plus ça va diminuer la charge de travail des autres infirmières.

L'autre élément — parce que le problème, ce n'est pas qu'on en a trop, on en manque — c'est que, les infirmières qui veulent prendre leur retraite, on leur offre une prime de 8 000 \$ par année pour qu'ils demeurent sur le marché du travail le plus longtemps possible, selon leurs capacités, et qu'ils continuent à nous aider dans le réseau de la santé. Ça fait que, si on peut diminuer le nombre de personnes qui peuvent prendre leur retraite, augmenter le nombre de personnes qui entrent, on a des chances que la pénurie va se résorber.

Et on veut plus que ça. Dans le nouveau contexte, on veut également que nos infirmières participent au partage des tâches avec nos... des autres professionnels. Donc, si on est capables d'en avoir plus, on va être capables de partager plus de tâches, donc ça va nous permettre d'avoir un réseau de la santé qui est beaucoup plus performant.

L'organisation du travail, j'y reviens. Hier, on en a jasé, parce que, quand on parlait budgétaire, les gens avaient des doutes, mais, vous savez, pour aller chercher une augmentation de productivité de 3 % à 5 % dans un réseau comme la santé, c'est réalisable. Et, quand on va chercher 3 % à 5 %, ce que ça veut dire, c'est qu'on va diminuer nos ressources de 3 % à 5 %, mais les gens ne doivent pas travailler plus, c'est juste par une méthode différente de travailler, avec des bons outils technologiques, avec du travail en équipe, le travail en réseau, avec des mécanismes de collaboration.

L'autre élément important, c'est que les gens doivent prendre la décision le plus près possible du terrain. Parce que les gens qui connaissent le mieux comment organiser leur travail, c'est les gens près du terrain, mais, pour ça, il faut qu'ils aillent chercher ce qu'on appelle les meilleures pratiques, des principes d'amélioration continue, donc aller voir ailleurs qu'est-ce qui se fait de mieux, aller chercher ces façons de faire, les importer dans nos établissements de santé et sur le terrain, parce qu'on parle d'établissements de santé, mais on peut parler également des soins à domicile.

Donc, c'est tous ces gains qui vont faire qu'après un certain temps, et puis ça peut aller relativement vite, on va être capables de plafonner nos dépenses au niveau de la santé, répondre aux besoins de la population puis en arriver, à un moment donné, à un équilibre où la croissance du réseau de la santé va être en équilibre par rapport à la croissance du produit intérieur brut.

Comme vous voyez, il y a toute une logique d'organisation du travail. Je tiens à insister: on ne veut pas que les gens travaillent plus, on veut que les gens travaillent différemment. Et, dans tout système, vous avez toujours un 20 % à 30 % des processus qui sont inutiles, de la bureaucratie qu'il faut enlever, puis ça ne change rien pour avoir ce qu'il y a de mieux comme résultat. Et la finalité, il ne faut pas l'oublier, c'est pour que nos patients, nos citoyens reçoivent les meilleurs soins possible. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député, un dernier commentaire.

**M. Auclair:** Oui. Écoutez, dans ce que vous m'avez présenté, ça, je trouve ça intéressant puis je suis bien heureux d'apprendre qu'on continue, qu'on continue dans ces primes-là parce que ça va être un stimuli additionnel. On peut dire que ce n'est pas le seul parce qu'il y a aussi toute la qualité du travail sur le terrain.

Vous avez parlé au niveau des infirmières qui envisagent de prendre leur retraite. Est-ce que, dans tout ce plan de travail là, on peut considérer que nos infirmières pourraient également regarder la possibilité de prendre... de rentrer à temps partiel? Est-ce que ça, c'est un scénario qui est ouvert à nos infirmières, surtout avec ancienneté? Parce qu'ils ont un bagage aussi. Le danger qu'on va vivre, et on le voit dans beaucoup de domaines, puis peut-être plus dans le système de la santé, c'est que ces infirmières-là, dans bien des cas, qui ont grandi, vieilli avec l'établissement...

Je vais reprendre l'exemple de chez nous. Nous autres, la Cité de la santé date de 1976. Donc, l'hôpital a aujourd'hui 33 ans. Donc, il y a des gens, du personnel qui sont arrivés presque au début de l'institution et aujourd'hui vont quitter. Et c'est tout cet historique-là qui est important et puis il y a tout ce savoir-faire qui est important. C'est ça, le danger de perdre ces infirmières-là, surtout que, si la relève vit des choses qui sont, malheureusement... ils n'ont pas encore... ils n'ont pas les meilleurs quarts, si on peut parler ainsi, vont se retrouver à vivre des expériences qui sont spécifiques, par exemple des quarts de nuit, souvent les quarts de fin de semaine, mais ne vivront pas les quarts de jour qui amènent d'autres urgences, d'autres réalités, d'autres synergies.

Et, à ce niveau-là donc — encore là, deux volets — est-ce qu'on peut penser que nos infirmières d'expérience pourraient être retenues de façon partielle, à temps partiel? Et est-ce qu'encore là, au niveau des plans de travail... vous avez dit qu'il y avait 23 plans, est-ce qu'on peut s'attendre à ce que ça, ça inclut également, dans ces 23 plans là... je ne veux pas entrer dans vos négociations, mais est-ce qu'il y a des partages avec les plus expérimentées et les nouvelles pour justement que le temps permette aux nouvelles de vivre de nouvelles expériences?

**Le Président (M. Kelley):** Courte réponse, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. C'est intéressant ce que le député de Vimont raconte parce que c'est la stratégie globale. C'est-à-dire, nos jeunes infirmières, il faut qu'ils soient accompagnés par des gens qui connaissent ça, et actuellement il y en a qui abandonnent parce que justement ils n'ont pas assez de soutien. On veut également garder nos infirmières expérimentées pour faire ce qu'on appelle un transfert des connaissances, et puis, ça, on peut le faire sous la forme de mentorat.

Deux possibilités. Un, ils peuvent continuer à faire leur travail comme ils faisaient auparavant. Deuxièmement, il y a des programmes de réorganisation du travail dans lesquels on va avoir besoin de ces infirmières-là pour s'impliquer, parce que, compte tenu de leur

expérience, c'est souvent eux autres qui connaissent ça le mieux et qui peuvent nous aider à trouver des nouvelles méthodes de faire. Troisièmement, c'est qu'on peut les utiliser, à temps partiel ou à temps plein, pour justement s'organiser pour enseigner aux jeunes, faire du mentorat pour leur permettre de devenir plus sûres, développer les bonnes habitudes puis faire, comme je vous disais, le transfert de connaissances pour nous permettre par la suite d'avoir un équilibre au niveau du réseau.

Parce qu'actuellement il faut vraiment diminuer les gens qui sont à la sortie puis augmenter la rétention des gens qui sont à l'entrée, et, depuis quelques années, on a augmenté également le poste d'étudiante au niveau des soins infirmiers, mais, s'ils rentrent puis ils nous laissent après deux, trois mois ou six mois, ou on ne leur donne pas des conditions de travail avantageuses, bien, à ce moment-là, c'est de la main-d'oeuvre qu'on perd pour d'autres domaines. Et c'est vraiment notre stratégie globale, et chacun des éléments est important et chacun des éléments est en train d'être mis en place.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Marie-Victorin.

### **Économies découlant de gains de productivité**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Si j'ai bien compris le ministre, hier, il nous disait qu'il pouvait aller chercher 2 % de gains d'efficacité ou de productivité, d'économie, dirions-nous, sur l'enveloppe de 27 milliards. Là, si je vous ai bien compris, on parle de 3 % à 5 %.

**M. Bolduc:** Là, c'est des... juste pour bien expliquer, c'est des niveaux différents, c'est-à-dire que, quand vous regardez les processus puis la façon dont les gens travaillent, généralement on est capables de faire... En termes, ce qu'on appelle, de gaspillage, avec la méthode Toyota, c'est 20 % à 30 % de ce qu'on fait qui est inutile, donc qui pourrait être éliminé. Mais ça ne veut pas dire qu'on est capables de diminuer notre personnel de 20 % à 30 %, parce qu'il y a des gens parfois, peut-être, qui n'auront pas ça à faire, mais ça va diminuer la charge de travail.

● (10 h 30) ●

Ce que j'ai dit hier, c'est: Dans un système comme le nôtre, on devrait être capables d'aller chercher une productivité augmentée de 1 % à 3 %, en termes de coûts. Et déjà, au niveau de la santé, on fait des gros efforts, parce qu'il y a plein de projets qui se font pour diminuer les coûts. Par contre, il faut se le dire, pour diminuer les coûts, il faut également qu'on stabilise au niveau de la main-d'oeuvre, O.K.? Et il y a des éléments qu'on ne contrôle pas, dont, entre autres, quel va être le niveau d'inflation? Ce qu'on sait actuellement, c'est que, les technologies, les coûts ont tendance à plafonner, puis, je vous dirais même, pratiquement à la baisse. Et, au niveau des médicaments pour les... au niveau des médicaments, l'année dernière, les chiffres 2008-2009, le coût des médicaments a augmenté de 3,2 % au niveau des établissements de santé. Je pense que c'est un chiffre qui est assez objectif. Et les gens qui nous donnent... des

épouvantails à moineaux... à un moment donné, il faut arrêter, il faut dire les vrais chiffres puis dire aux gens: Écoutez, on est rendus là, et puis je pense que c'est des bons signes pour le réseau de la santé, et on va travailler dans le même sens qu'auparavant.

**M. Drainville:** M. le ministre... M. le Président, j'essaie de poser des questions qui soient les plus courtes possible. Je demanderais la collaboration du ministre dans ses réponses, s'il vous plaît.

Donc, si on dit 1 %, dans un budget de 27 milliards, c'est 270 millions; 2 %, c'est 540 millions; 3 %, c'est 810 millions. Donc, ce que je comprends, M. le Président, c'est que, si on parle de 1 % à 3 % d'économies ou de gains de productivité, ce que je comprends, c'est que, avec une réorganisation du travail, des gains d'efficacité, etc., le ministre croit qu'il serait possible de diminuer de 1 % à 3 % les coûts actuels du système, ce qui voudrait dire des économies qui pourraient atteindre 810 millions sur une base récurrente. Est-ce que j'ai bien compris?

**M. Bolduc:** M. le Président, je tiens à faire des réponses assez détaillées pour qu'il comprenne bien, pour que le député comprenne très bien. Je pense que c'est important de le comprendre, là. On ne dit pas qu'on va diminuer... on va diminuer la croissance. Je pense que c'est important de comprendre. Demain matin, je ne peux pas diminuer de 300 millions le réseau de la santé parce qu'il y a un travail qui doit être fait progressivement. Et, quand vous faites une réorganisation du travail, ça peut prendre un certain temps, mais, une fois qu'il est fait, c'est une économie qui est récurrente, mais c'est une diminution au niveau de la croissance des coûts.

Je pense, c'est... on dit: On va diminuer demain. On ne peut pas diminuer, demain matin, le réseau de la santé de 400 millions de dollars. Mais ce qu'on sait, c'est que, si, au lieu d'avoir une croissance de 5,7 % par de la réorganisation du travail, de la pertinence, on est capables de se ramener à 4 %, bien c'est un gain de 1,7 %. Et puis, sur sept ans, on est en train de travailler, parce qu'une fois que vous avez fait un projet dans un bloc opératoire qui a augmenté sa productivité de 10 %, c'est une productivité qui est récurrente à chaque année. Il n'augmentera pas de 10 % à chaque année, mais le 10 % qu'on est allé chercher, il est constant.

**M. Drainville:** M. le Président, j'ai compris ça, puis, hier, je pense que c'était clair, on s'entendait bien hier. On parle bien...

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

**M. Drainville:** On parle bien... Donc, ce que je veux préciser avec le ministre, M. le Président, c'est donc: avec des gains d'efficacité, réorganisation du travail, on pourrait en arriver à une augmentation des coûts annuels non plus de 5,7 %, mais de 2,7 %. C'est ce 3 % là qu'on pourrait aller chercher éventuellement dans une réorganisation et une stratégie pour accroître la productivité. C'est de ça dont il s'agit.

**M. Bolduc:** M. le Président.

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

**M. Bolduc:** On n'ira pas chercher 3 % dans une année.

**M. Drainville:** Non, non, on parle de sur sept ans.

**M. Bolduc:** Mais, sur sept ans, on va faire une croissance. L'alternative, c'est ce que vous proposiez hier, puis ça semblait être la façon dont, vous, vous voyez qu'on devrait faire dans le réseau, c'était de faire des coupures. Moi, mon argument, c'est qu'on n'a pas besoin de faire de coupures dans le réseau de la santé, c'est qu'il faut mieux le gérer et avoir une croissance qui est diminuée par rapport au PIB.

**M. Drainville:** Non.

**M. Bolduc:** C'est parce que l'autre alternative, comme vous disiez, et puis, ça, juste pour continuer là-dessus, je pense que c'est important de développer nos idées puis de bien les expliquer...

Qu'est-ce qui a été fait dans les années quatre-vingt-quinze, quand on a eu des grandes coupures dans le réseau de la santé? C'est qu'à ce moment-là il y a eu l'objectif final de tout simplement dire: on veut avoir l'objectif de croissance zéro dans le système et... d'avoir une croissance zéro dans le système, et puis on a décidé de sabrer les salaires, dans un premier temps, et par la suite on a décidé de mettre des gens à la retraite parce qu'on trouvait qu'ils coûtaient trop cher. Ça fait qu'il y a deux choses qu'on ne fera pas. En tout cas, on ne fera pas sabrer les salaires de 20 % à des gens qui, je pense, gagnent de façon raisonnable leur argent. Deuxièmement, on ne peut pas, du jour au lendemain, mettre plein de gens à la retraite et puis se retrouver avec un réseau qu'on va être obligé de reconstruire encore. Je pense que, depuis cinq ans, on a fait un gros travail de reconstruction, il n'est pas terminé, il faut l'admettre, le gâchis était gros, mais là je pense qu'on est rendu sur la bonne voie, mais il faut prendre des décisions raisonnables et raisonnées.

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

**M. Drainville:** Juste pour que ce soit clair, M. le Président, ce que nous disions hier, d'abord nous sommes opposés à des réductions de services. Je pense que tous ceux et celles qui nous ont écoutés l'auront bien saisi. Ce que nous disions hier, M. le Président, c'est que, si le ministre veut effectivement diminuer sa croissance des dépenses de 400, 500, là on est rendu à 800 millions par année, sur un certain nombre d'années, je le conçois bien, mais, s'il veut réduire de plusieurs centaines de millions la croissance de ses dépenses, nous croyons qu'il va devoir réduire les services. C'est ce que nous disions hier, et nous le maintenons aujourd'hui. Nous croyons qu'il y a effectivement capacité d'aller chercher des gains de productivité, d'augmenter l'efficacité, de réorganiser, mais, pour aller chercher le genre de montant dont parle le ministre, nous croyons qu'on est très à risque d'une réduction de services. Cela étant dit, je ne veux pas continuer à débattre de ça, puisque je veux parler des centres universitaires, les centres hospitaliers universitaires.

## Centres hospitaliers universitaires (CHU)

### Échéance des travaux

M. le Président, à plusieurs reprises, à l'Assemblée nationale, le ministre a répété que le CHUM serait complété en 2013 pour ce qui est de la première phase, bien entendu, puisque le ministre a ajouté une deuxième phase au projet, ce qui n'avait jamais été le cas auparavant. Nous l'avons déjà noté. Sauf qu'à l'émission *Tout le monde en parle*, M. le Président, du dimanche 12 avril dernier, il a mentionné la date de 2014.

Alors, j'aimerais juste clarifier une chose: Est-ce que la première phase de l'hôpital va être terminée en 2013 ou est-ce que ce sera 2014 maintenant, là?

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

**M. Bolduc:** Compte tenu que le préambule dans la question nous parlait de la question de la coupure de services, j'aimerais faire une clarification là-dessus. C'est certain que, nous autres, on ne croit pas qu'on a besoin de faire de coupures de services pour réussir, à un moment donné, à équilibrer la croissance de la santé par rapport à la croissance du PIB. Ce que j'ai compris, c'est que le député de l'opposition dit clairement que, si, un jour, eux autres, ils veulent avoir un certain contrôle au niveau des coûts de la santé, ils n'auront pas le choix, ils vont couper dans les services, ce que je ne crois pas nécessaire.

Je pense qu'il faut faire de la réorganisation du travail, il faut aller chercher les meilleures pratiques. On a également la création bientôt de l'INESSS qui va nous guider à plusieurs facteurs, hein, au niveau du développement des technologies, de l'utilisation des technologies actuellement, et également un des mandats de l'INES, qui est moins connu, c'est de voir c'est quoi, les meilleures pratiques au niveau de donner des services de santé, ce que je pense intéressant.

La deuxième partie de la question dans laquelle il était, c'est que c'est tout simplement... C'est que j'ai toujours dit qu'on voulait que l'orientation qui est actuellement prise et qu'on devrait s'en tenir à cela, c'est que le CHUM soit terminé de construire le 31 décembre 2013. Mais on peut-u s'entendre que les patients vont déménager à partir de possiblement janvier ou février 2014, ce qui n'est pas du tout... C'est cohérent avec la construction pour la fin de 2013. Et si jamais on était en avance dans nos travaux et qu'on terminait en août 2013, bien, je comprends que les patients prendront leurs places dans le nouveau CHUM en septembre, octobre ou novembre 2013. Mais c'est l'engagement qu'on avait fait, c'est-à-dire terminaison de la construction avant le 31 décembre 2013.

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

### Augmentation des coûts

**M. Drainville:** M. le Président, dans son rapport sur la vigie des centres hospitaliers universitaires, le Vérificateur général, et je le cite, il parle d'un changement d'orientation [qui] est survenu au fil du temps quant à l'importance attachée à la notion de respect des

budgets approuvés en 2006. Ce contrôle était important jusqu'à l'été 2008. Ensuite, les écarts entre les estimations de coûts et ces budgets ont été acceptés de façon tacite sans approbation de nouveaux budgets par l'instance concernée, soit le Conseil des ministres.» Fin de citation.

Est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire comment il a obtenu l'autorisation pour faire passer le budget de 3,6 milliards à 5,2 milliards?

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

**M. Bolduc:** Dans un premier temps, M. le Président, je pense que ce qui est intéressant, c'est que le Vérificateur général a confirmé que les chiffres qu'on donne actuellement sont les bons. Il faut comprendre, le projet, comment il avait été fait.

Lorsque le projet a été lancé, en 1995, par le gouvernement du Parti québécois, ils avaient bloqué à ce moment-là le budget en disant: Il ne faut pas que ça coûte plus que ça. Comme si on ne devait pas tenir compte des besoins de la population. Mais, quand vous êtes un gestionnaire d'établissement, vous avez deux choix: vous faites le produit qu'il faut pour répondre aux besoins ou vous faites un demi-produit qui ne répondra jamais aux besoins. Le choix du gouvernement et du Parti libéral, c'est d'abord de faire une bonne évaluation des besoins de la population pour le CHUM, qui est un établissement qui va donner des services à tous les Québécois. C'est un établissement qui a des services très spécifiques. Entre autres, à *Tout le monde en parle*, justement il y a quelqu'un qui parlait du don d'organes puis il disait que la transplantation pulmonaire ne se fait qu'à un seul endroit, c'est au CHUM. Donc, c'est important que tous les Québécois constatent que c'est un établissement qui est fait pour chacun d'entre nous.

**M. Drainville:** L'autorisation d'augmenter le budget...

**Le Président (M. Kelley):** ...le ministre terminer sa réponse, s'il vous plaît.

● (10 h 40) ●

**M. Bolduc:** Une fois qu'on a répondu, qu'on a déterminé les besoins, on détermine l'infrastructure qui est nécessaire pour répondre à ces besoins. Une fois qu'on a déterminé l'infrastructure nécessaire, on établit le coût juste et réaliste avec des coûts de construction et de développement des technologies d'aujourd'hui pour dire: C'est un projet qui est raisonnable. Donc, quand vous avez fixé le budget, à l'époque, à 800 millions de dollars, qui a par la suite été augmenté, ce n'était pas réaliste. Là, le choix qu'on a, c'est de se regarder dans le miroir puis de dire: Est-ce qu'on fait le projet de façon réaliste? Est-ce qu'on dit la vérité, hein? Puis il faut voir que progressivement, au mois d'août, on a commencé à voir vraiment c'était quoi, les besoins de la population, puis l'infrastructure que c'était nécessaire. Mais ce n'est pas quelque chose qui est arrivé au mois d'août. Déjà, on voyait que le projet était en croissance. Et puis, à un moment donné, lorsqu'on fait notre évaluation, on dit: Bien, écoutez... puis on dit aux Québécois: Le projet va coûter tant. Là, il ne fallait pas aller chercher les autorisations avant parce que c'était quelque chose qui

était en évaluation, et, lorsqu'on a eu le coût juste et réaliste, à ce moment-là, on a fait les démarches au niveau du Conseil des ministres pour faire l'autorisation de l'allocation des nouvelles ressources.

En passant, ça a été très bien reçu par les Québécois, le montant. Pourquoi? Parce qu'on leur a dit la vérité, le prix qu'on estime juste actuellement, et on n'a pas dit que c'est sûr que ça va être ça, on a dit: Écoutez, les estimés d'aujourd'hui, ça nous donne à peu près ça, qui est un montant tout à fait réaliste. Et il faut être prétentieux de pouvoir dire au dollar près comment va coûter le projet à la fin de 2013. Dans le contexte actuel...

**M. Drainville:** M. le Président, écoutez, là, c'est parce que...

**M. Bolduc:** Bien, dans le contexte actuel, le projet à la limite pourrait coûter moins cher si on a une certaine compétitivité au niveau des entreprises qui ont moins de travail. Donc, attendons. Mais ce qu'on dit, on a dit la vérité aux Québécois, on leur a dit le prix juste pour une infrastructure qui va répondre à leurs besoins, et on ne fera pas un projet comme il a été fait dans le passé, dans les années quatre-vingt-quinze, où on va construire des urgences avec 15 civières quand tu en avais besoin de 25. Et le plus bel exemple, c'est l'urgence de Lévis qu'on va devoir refaire. Et ça, ça c'est fait sous le gouvernement du Parti québécois.

**M. Drainville:** Est-ce que je peux...

**Le Président (M. Kelley):** Oui, question de règlement, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Est-ce qu'on peut s'entendre sur le fait qu'il y a une règle non écrite qui veut que, de façon générale, la réponse prend à peu près, à peu près, je suis prêt à donner une bonne marge de manoeuvre, mais il ne faut pas que la réponse s'éternise. On est ici pour poser des questions et obtenir des réponses au nom du contribuable. J'aimerais ça demander la collaboration au niveau du ministre pour qu'il me donne le temps de revenir en question... Je n'essaie pas de le piéger, là, j'essaie... je pense que c'est raisonnable de poser un certain nombre de questions sur les centres hospitaliers universitaires. Je demanderais juste, M. le Président, de faire respecter cette règle non écrite, que les parlementaires respectent habituellement, que la réponse doit être à peu près proportionnelle à la durée de la question.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Vimont, sur la question de règlement.

**M. Auclair:** Oui, M. le Président. Je pense que le député de Marie-Victorin, je sais qu'il a beaucoup de choses à demander au ministre, sauf que c'est à vous à juger sur la pertinence des questions et non pas sur la qualité de la réponse et de la question, mais sur la pertinence du temps à répondre. Puis je pense que, jusqu'ici, il y avait une belle règle justement non écrite qu'on avait des bonnes réponses sur des bonnes questions, puis il faudrait maintenir le cap.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin, je peux vous assurer que la présidence et le secrétaire assurent qu'on fait une comptabilité du temps utilisé dans les réponses. À date, moi, je ne vois pas d'abus. Je n'étais pas ici hier, mais les chiffres à date démontrent qu'on a un bel échange. Tout le temps qu'on peut passer sur les questions de règlement, c'est le temps en moins pour poser les questions sur les sujets liés à la santé. Alors, moi, je vous invite à poursuivre. Moi, je constate qu'on a un bon esprit de collaboration autour de la table. Je pense que tout le monde va à l'essentiel des questions pour mieux répondre aux questions qui sont soulevées par les membres de la commission. M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Il me reste combien de temps pour le bloc, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste sept minutes.

**M. Drainville:** Bon. Le Vérificateur général écrit que les écarts entre les estimations de coûts et les budgets acceptés de façon tacite l'ont été, je le cite, «sans approbation de [ces] nouveaux budgets par [...] le Conseil des ministres». Le ministre vient de nous dire qu'il a eu l'approbation du Conseil des ministres pour augmenter le budget des trois CHU de 3,6 à 5,2 milliards. Le Vérificateur général dit qu'il n'a pas eu l'autorisation du Conseil des ministres. Est-ce que le ministre peut nous expliquer quand il a reçu cette autorisation et pourquoi le Vérificateur général dit, dans son rapport, qu'il n'a pas eu cette autorisation du Conseil des ministres?

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

**M. Bolduc:** La réponse est simple, c'est que, lorsqu'on fait le mémoire au Conseil des ministres, à ce moment-là, on a tous les éléments pour quantifier le projet et, avant que le projet ait été annoncé, il y a eu un mémoire de déposé au Conseil des ministres, qui a été adopté, et, à ce moment-là, ça fixe l'enveloppe budgétaire pour le projet qui a été amélioré par rapport à ce qu'il y avait auparavant. Dans tous les projets, c'est une démarche qui est habituelle. Et puis ce n'est pas à chaque jour qu'on fait réévaluer par le Conseil des ministres, c'est qu'il y a des étapes, des étapes, des jalons dans le projet, où, quand on voit qu'il y a un dépassement de coûts qui est significatif, à ce moment-là, on l'apporte au niveau du Conseil des ministres. Mais le Conseil des ministres n'est pas saisi à chaque semaine ou à chaque mois de tout projet d'investissement au Québec. Mais, à un moment donné, ce qui est important, c'est que, lorsqu'on en fait l'annonce officielle, que le projet a été accepté par le Conseil des ministres.

**M. Drainville:** Quand le ministre a-t-il reçu l'approbation du Conseil des ministres pour le budget de 5,2 milliards?

**M. Bolduc:** Avant l'annonce, dans la semaine avant l'annonce, ça doit être le mercredi du Conseil des ministres. On a fait l'annonce le lundi, c'est le mercredi

précédent. Et on avait informé déjà le Conseil des ministres de l'évolution du dossier. Mais, cinq jours avant, la procédure officielle demande à ce que le Conseil des ministres soit saisi de tous les éléments du dossier, ce qui a été fait, et, à ma connaissance, ne brime pas du tout l'envergure du projet. L'argent est réservé à partir de ce moment-là, à partir du moment qu'il est accepté par le Conseil des ministres.

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

### Partenariat public-privé

**M. Drainville:** Parlons un peu du mode PPP, M. le Président. Prenons l'image un peu d'une maison qu'on achète et qu'on hypothèque, parce que c'est un peu ça qu'on va faire avec les trois CHU. Alors, par exemple, on achète une maison de 200 000 \$ à un taux d'intérêt de 5,45 %, on la rembourse sur 25 ans, la maison va nous avoir coûté 370 000 \$. Les trois CHU sont estimés à 5,2 milliards. Après 30 ans, combien nous auront coûté les trois centres hospitaliers universitaires? Avez-vous une idée? Je comprends que vous ne pouvez pas...

**M. Bolduc:** Juste pour vous donner l'ordre de grandeur...

**M. Drainville:** ...nous donner un ordre précis, un chiffre précis.

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

**M. Bolduc:** M. le Président, je vais juste expliquer la façon de le voir, puis, à ce moment-là, on pourra voir puis on pourra faire les calculs actuariels, mais je ne suis pas sûr qu'on a des actuaires ici. Ça dépend des taux d'intérêt. Il y a plusieurs facteurs à tenir compte.

Un exemple: si vous achetez une maison, et vous la payez comptant, et vous la payez 100 000 \$ aujourd'hui, votre maison vous a coûté 100 000 \$. Mais, si vous la payez puis vous l'hypothéquez, tout dépendant du taux d'intérêt, sur 30 ans, à la fin du 30 ans, elle va être plus ou moins cher. C'est le même principe au niveau du CHUM, c'est-à-dire que c'est un coût calculé sur le taux de base qui est appliqué pour l'emprunt.

Le CHUM ou les trois centres hospitaliers sont dans la même catégorie. Il faut d'abord dire qu'au départ, à partir du moment où on fait la pelletée de terre, tous les travaux appartiennent à l'établissement, donc ce n'est pas un projet qui appartient au privé. Le principe du PPP, c'est tout simplement... c'est qu'avant de commencer à construire sur un contrat type, c'est qu'on prévoit à peu près tous les imprévus possibles, puis il y en a toujours qui peuvent arriver en cours de route sur lesquels il y a des ententes particulières, c'est que le projet, au départ, on sait le coût que ça va coûter à la fin. Ça, c'est la première partie du PPP.

La deuxième partie du PPP, c'est que le financement est à la charge du promoteur pour s'assurer que le promoteur en prene charge pendant un certain temps, qui est les 30 ans, pour deux affaires: payer le financement; deuxièmement, c'est de faire le maintien des actifs. Pourquoi le maintien des actifs? C'est que

l'histoire démontre que, lorsque tu as à t'occuper d'un établissement pendant 30 ans, tu t'organises pour mettre de la qualité dans la construction puis qu'il n'y ait pas de compromis au niveau des coûts. Donc, c'est les gros éléments possibles.

Je pense que ce qu'il faut comprendre dans le PPP, c'est d'abord un contrat qu'on fait dans lequel l'établissement nous appartient encore. Deuxièmement, ça nous permet de savoir exactement le coût final. Puis, troisièmement, ça nous permet d'avoir des modalités de financement et d'assurer un maintien des actifs pendant 30 ans.

**Le Président (M. Kelley):** ...des questions, M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Mais est-ce qu'il existe des évaluations de votre ministère qui font une évaluation des coûts, qui font une évaluation, en d'autres mots, de la cédule des paiements? Est-ce qu'il existe un document dans votre...

**M. Bolduc:** Oui.

**M. Drainville:** ...au sein de votre ministère qui décrit la cédule des paiements pour le CHUM?

● (10 h 50) ●

**M. Bolduc:** Oui. La réponse, c'est oui. Quand on parle de coût de base, c'est le coût de départ, c'est ce qu'on appelle le critère d'abordabilité; exemple, c'est 1 294 000 000 \$. Quand vous arrivez à la fin des 30 ans, tout dépendant encore du taux d'intérêt dans lequel vous allez être, je pense que c'est des approximations qu'on a actuellement, mais le coût va être total, ça va coûter en termes de dollars actualisés en 2048, ça va nous coûter 7 milliards de dollars. En passant, si vous achetez une maison aujourd'hui 100 000 \$, vous avez des chances que, dans 30 ans, elle va valoir 700 000 \$. Donc, le coût actualisé dans 30 ans, c'est normal, à cause de l'inflation, qu'il soit ajusté par rapport au critère d'abordabilité.

**M. Drainville:** Est-ce que le ministre peut déposer le document, M. le Président? Est-ce que vous pouvez déposer le document que vous venez de citer?

**M. Bolduc:** Ça, c'est l'Agence des PPP. Il faudrait le demander à d'autres... Ça, ce n'est pas nos documents à nous autres.

**Une voix:** C'est une note personnelle.

**M. Bolduc:** Ce n'est pas nos documents à nous autres. C'est l'Agence des PPP.

### Question de règlement concernant le dépôt d'un document utilisé par le ministre

**M. Drainville:** M. le Président, l'article 214: «Lorsqu'un ministre cite, même en partie, un document, tout député peut lui demander de le déposer immédiatement. Le ministre doit s'exécuter...» Article 214.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Vimont.

**M. Auclair:** Tout simplement, c'est une note personnelle du ministre, ce n'est pas un document qui est cité. Et le ministre a le droit, comme vous savez, M. le Président, de ne pas remettre ses notes personnelles.

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

**M. Bolduc:** Ce sont des documents de travail dans un but de négociation pour les consortiums. Ça fait que c'est même quelque chose que, moi, je n'ai pas de disponible. C'est qu'il faut comprendre qu'on va être en appel de propositions, puis, en allant en appel de propositions, il y a des travaux qui sont faits par les PPP par rapport à ces documents-là, et ça fait partie de l'élément compétitif entre les deux consortiums.

**M. Drainville:** M. le Président, il dit qu'il n'y a pas accès, il vient de le citer.

**M. Bolduc:** Non, je vous donnais un exemple. C'est un exemple.

**Une voix:** C'est une note personnelle.

**M. Drainville:** Non, non.

**M. Bolduc:** Je n'ai pas de taux d'intérêt. C'est un exemple. Ce sont des approximations de ce qu'on a fait.

**Une voix:** C'est des notes personnelles, M. le Président.

**M. Drainville:** Non, mais, M. le Président, il vient de citer un document qui nous dit qu'au terme, en 2048, le total sera de 7 milliards, alors il cite un document officiel. L'article 214 dit qu'un ministre... «Lorsqu'un ministre cite, même en partie, un document, tout député peut lui demander de le déposer [...]. Le ministre doit s'exécuter...»

**M. Auclair:** M. le Président, en vertu de...

**Le Président (M. Kelley):** Sur la question de règlement, M. le député de Vimont.

**M. Auclair:** Question de règlement, oui. L'interprétation qui a été donnée par vos prédécesseurs dans bien des cas, c'est qu'on parle de notes personnelles du ministre qui ne sont pas à être remises, tout simplement. Donc, tous vos prédécesseurs ont statué dans cet état-là. Donc, mon collègue, c'est de bonne guerre qu'il demande le document, mais, le ministre, c'est une note personnelle, tout simplement, à titre informatif.

**M. Bolduc:** M. le Président.

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

**M. Bolduc:** Juste pour donner un exemple.

**Le Président (M. Kelley):** Oui, oui, juste pour...

**M. Drainville:** Mais il ne s'agit...

**Le Président (M. Kelley):** Non, mais juste pour clore pour cette question, M. le député.

**M. Drainville:** C'est parce qu'il ne s'agit pas de notes personnelles. Il vient de nous dire que c'est un document de l'Agence des PPP, donc ce n'est pas une note personnelle.

**M. Auclair:** ...pas le document, c'est une note personnelle.

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

**M. Bolduc:** Juste, seulement pour répondre, c'est parce que c'est un plan d'affaires avec des hypothèses sur lesquelles... c'est des hypothèses de travail. C'est des documents avec lesquels eux autres travaillent. Puis juste pour vous donner un exemple, si le député veut faire son propre calcul, il part avec un chiffre de 2,5 milliards, ou 1,2 milliard, selon que... 1,2 milliard parce que c'est ça qui fait partie du PPP, ce n'est pas tout le projet qui fait partie du PPP, mais le 1,2 milliard. À partir du moment qu'on a donné le 1,2 milliard, s'il veut faire son critère de combien ça va avoir coûté dans 30 ans, puis un taux de 3 %, bien il fait une actualisation de ce 3 % là pour 1,2 milliard.

Mais ce qu'il faut voir, c'est que les compétiteurs au niveau du projet, les consortiums, eux autres, ils vont nous faire des propositions, et on va prendre la proposition la plus avantageuse. Donc, on ne peut pas dire aujourd'hui ça va être quoi, la proposition. On a une idée vague vers quoi on devrait s'en aller, mais ça dépend, à la fin, quand on va ouvrir les enveloppes, qu'est-ce que ça va donner.

La même chose au niveau des paiements: ça dépend du taux d'intérêt qu'eux autres vont négocier puis qu'eux autres vont avoir. Ce n'est pas un document, là, sur lequel il faut se fier pour prendre des décisions, c'est des documents de travail. Et le prix final du CHUM, entre autres, c'est quand on va ouvrir les enveloppes, tout dépendant du contexte économique, du contexte des propositions, du taux d'intérêt et puis de la marge de manoeuvre que va se donner le consortium pour nous arriver avec une réponse finale.

Ce qu'on sait, c'est que nos estimations sont assez exactes, dans lesquelles on devrait se retrouver à l'intérieur d'une certaine fourchette, et on ne s'attend pas à dépasser le montant de critère d'abordabilité de 1 294 000 000 \$.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, sur votre question de règlement, je vais la prendre en délibéré parce que je veux relire qu'est-ce que le ministre a dit, est-ce qu'il a vraiment cité le document, et tout le reste. Alors, je vais revenir avec une réponse à votre question de règlement.

Sur ça, je vais mettre fin au bloc réservé à l'opposition officielle et je vais retourner maintenant au député de Vimont.

**M. Auclair:** Merci beaucoup, M. le Président. C'est juste pour faire un petit peu de pas sur les commentaires de mon collègue de Marie-Victorin, juste pour lui rappeler deux choses. Premièrement, le taux

d'intérêt qu'il cite, ce n'est pas... Moi, je lui conseillerais d'aller faire <http://www.multipretshypothèque.com>, parce que ce n'est pas du 5,45 % qu'il pourrait avoir. S'il va chercher un taux variable en ce moment, là — si vous avez l'Internet, vous allez tout voir ça — c'est 3,5 % que vous pouvez avoir. Donc, on peut faire plein, plein, plein d'élaborations de même.

Et aussi j'aimerais juste lui rappeler que c'est une drôle de façon de présenter un projet, alors que, toutes les fois qu'il y a eu de la construction ou de l'infrastructure au Québec, peu importe le projet, que ce soit hospitalier ou autre, ça a toujours été mis sur... il a fallu rembourser selon une échéance, un amortissement, un terme. Donc, il faut être logique, là. Ce n'est pas parce que c'est le CHUM que les règles au Québec ont changé.

Et, si on veut... Moi, j'aime beaucoup mieux avoir une logique de travail et faire les estimés avant qu'après, parce que... Et ça, je peux le déposer. Je suis sûr que mon collègue de Marie-Victorin ne verra pas... ne sera pas contre. Mais, au niveau d'un beau dossier que, nous autres, on connaît très bien sur la rive nord de Laval, qui est le métro de Laval, bien, si on parle des coûts... Moi, si je veux parler des coûts, le métro de Laval a coûté 803 millions, alors qu'il devait en coûter 107, 121, selon l'évolution. Et ça, on le comprend, pour les gens de Laval, ça a été une saga qui a été intéressante, parce que, nous, on avait une station de métro qui s'ouvrait dans... on ouvrait les portes puis on était en plein milieu de la rivière des Prairies. Donc, c'est très intéressant comme dossier de savoir qu'est-ce qui est mieux d'être fait avant ou après.

Moi, j'aime beaucoup mieux votre transparence, M. le ministre, pour dire les chiffres à la population que plutôt le contraire, que laisser croire qu'on va réussir à le faire à 121 millions, alors qu'on tombe en plein milieu de la rivière des Prairies. Mon collègue était journaliste à cette époque-là, et je suis sûr qu'il a fait des topos extraordinaires à cet effet-là. Il me regarde en hochant la tête, je le sais. Donc, je me souviens de certains topos à cet égard. Donc, je vais juste déposer...

**Le Président (M. Kelley):** Évidemment, c'est toujours mieux d'adresser à la présidence...

**M. Auclair:** Excusez, par l'intermédiaire...

**Le Président (M. Kelley):** ...et de ne pas interpréter ou non les gestes existants ou non des membres de la commission.

**M. Auclair:** Mais je fais référence à l'expérience de mon collègue alors qu'il était journaliste; il faisait un très bon travail.

**Le Président (M. Kelley):** Non, non, mais c'est beaucoup plus facile de s'adresser à la présidence.

**M. Auclair:** Donc, vous vous en souvenez, M. le Président, qu'il faisait un très bon travail, mon collègue de Marie-Victorin. Donc, à ce moment-là, et surtout qu'il y a des topos, M. le Président, on en a parlé, des topos extraordinaires qu'il a faits. Donc, je vais déposer ça juste pour dire que les péquistes

savaient. Ce n'est pas péjoratif de dire «péquistes», donc je suis capable. Donc, je vais le déposer. C'est juste pour ramener ça un peu, parce qu'il faut être logique quand on fait des discussions, puis ce n'est pas juste amener des points, il faut que ça tienne la route, pas juste sur un dossier, mais sur l'ensemble de l'oeuvre. Merci.

### Document déposé

**Le Président (M. Kelley):** Le document est donc déposé. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

### Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

**Mme Rotiroti:** Merci, M. le Président. Comme j'ai dit tout à l'heure, j'avais une question sur le CHUM, alors je vais la poser. Comme députée sur l'île de Montréal, c'est un dossier qu'on suit de près, et évidemment l'annonce que le ministre a faite quelques jours près, on a été très, très contents sur l'île de Montréal. Par contre, il y a quand même encore des questions, des questionnements sur le CHUM. On entend souvent le ministre dire que c'est nécessaire, et en effet je pense qu'on est tous d'accord avec ça, que c'est un hôpital universitaire francophone de calibre mondial. On dit qu'il va y avoir la technologie fine pointe. Et vous dites souvent, monsieur... M. le Président, le ministre dit souvent que ça va répondre aux besoins de la population et aussi des professionnels de la santé.

Pouvez-vous nous dire un petit peu ou expliquer un petit peu comment vous voyez le CHUM et pourquoi vous dites que le CHUM se qualifie comme le CHUM de demain?

**M. Bolduc:** Au Québec, actuellement, on a quatre grands projets au niveau des CHU: on a le projet du CHUM, le projet du CUSM, le projet de Sainte-Justine et le projet de l'Hôtel-Dieu du CHUQ. Puis ce que je vais expliquer pour le CHUM, sauf dans les détails techniques particuliers au CHUM, ça s'adresse aux quatre.

Au Québec, au cours des années, il y a eu quand même beaucoup de négligence au niveau des actifs et puis on s'est rendu compte que nos établissements, qui datent de plusieurs décennies, ne répondent plus aux besoins tant de la population que du personnel qui travaille à l'intérieur et puis également au niveau de l'entrée des nouvelles technologies. Et, quand on visite Montréal et qu'on va visiter l'Hôpital Notre-Dame, qu'on va visiter l'Hôpital Saint-Luc et qu'on va visiter l'Hôpital l'Hôtel-Dieu, tout le monde reconnaissent que, pour faire une médecine du XXI<sup>e</sup> siècle, on n'a pas les infrastructures nécessaires.

L'autre élément qui est important, ce sont des infrastructures, les établissements que sont le CHUM, le CUSM et Sainte-Justine, qui sont pour tout le Québec. Dans les trois établissements, il y a des choses qui se font de façon unique, de façon à ce que... Je vais vous donner un exemple.

Moi, quand j'étais médecin de famille à Alma, j'ai eu deux patientes qui ont été des transplantées hépatiques. Le seul endroit que ça se fait au Québec, c'est au CHUM, au pavillon Saint-Luc. Donc, tout Québécois,

à un moment donné dans sa vie, peut nécessiter des soins ultraspécialisés qui ne vont se donner qu'à un seul endroit au Québec, et c'est dans l'hôpital universitaire que sont le CHUM et le CUSM. Et c'est vrai également pour les enfants pour Sainte-Justine.

● (11 heures) ●

Donc, on construit des nouveaux établissements pour répondre aux besoins de tous les Québécois, et ce qu'on veut, c'est se doter d'établissements qui répondent aux besoins de la population. Et je reviens sur la... je pense que c'est important d'insister là-dessus parce qu'il faut prendre le temps d'expliquer. C'est ce qui fait que, par la suite, les questions deviennent plus intelligentes. C'est que, un, il y a des besoins de population, pour tout le Québec, auxquels nos infrastructures devront répondre. Ces infrastructures-là, on ne peut pas les faire à 50 % et à 75 %. Il faut les faire de façon complète et pour répondre aux besoins des 30, 40 puis 50 prochaines années. À ça va s'associer un coût.

Qu'est-ce que ça va comprendre, le CHUM? Ça va comprendre 15 unités d'hospitalisation, de médecine et de chirurgie, 772 chambres individuelles en 2014, quand le CHUM va recevoir ses premiers patients, peut-être 2013. C'est important de comprendre qu'aujourd'hui, avec les infections, la façon dont la technologie se déploie, ça nous prend des chambres individuelles pour que chacun puisse être isolé des microbes des autres. Ça va être également 95 lits de soins critiques.

Il ne faut pas oublier, le CHUM, c'est des transplantés, c'est également des grands brûlés et c'est des patients qui nécessitent des soins intensifs très, très marqués. L'autre élément, c'est 39 salles d'opération. La façon dont ça va fonctionner, le CHUM a besoin d'entre 30 et 32 programmes opératoires. Ça, ça veut dire, c'est des salles qui fonctionnent en même temps. Mais, si vous voulez 30 ou 32 programmes opératoires, ça vous prend 39 salles pour s'assurer qu'on ait une marge de manœuvre, que, quand un programme commence quelque part, qu'on ne soit pas obligé de l'arrêter ou d'attendre qu'il ait fini pour en commencer un autre. Pour nous autres, c'est vraiment des éléments, là, qui sont majeurs.

Pour qu'il réponde aux besoins, ça nous prend une infrastructure ultramoderne parce que le personnel que sont les médecins, les infirmières, les inhalothérapeutes, les nutritionnistes ont besoin des espaces nécessaires pour être capables de faire leur travail comme il le faut. Et je suis allé visiter les urgences, l'urgence de Notre-Dame et je peux vous dire que c'est des endroits extrêmement difficiles, avec le volume d'activité qu'ils ont actuellement pour répondre aux besoins. Notre-Dame, une fois que le CHUM va avoir été construit puis que la transformation va avoir été faite, Notre-Dame va devenir un hôpital communautaire. Et pour l'hôpital communautaire on va faire certaines rénovations. Il va être adéquat. Mais, pour donner des traitements ultraspécialisés comme le CHUM a besoin, ça va être un hôpital qui ne sera pas à la norme.

Le CHUM, pour vous dire comment ça va fonctionner également, c'est que, dans un premier temps, à la fin 2013, ça va être un CHUM complet. Contrairement à ce qui a été propagé par des mauvaises langues, là, ça va être un CHUM qui va être complet, c'est-à-dire qui va

comprendre des unités d'hospitalisation, des salles d'opération, tous les laboratoires, la radiologie. Tout va être présent. Ce qui va manquer, c'est des espaces de clinique externe et ça va être également des lits. On va avoir plus de lits dans le nouveau CHUM qu'il y en a dans l'Hôpital Saint-Luc actuellement. Donc, on va être capables de faire la transformation complète en peu de temps. Et par la suite on va continuer notre construction d'infrastructures et, à un moment donné, on va être capables de rapatrier toute la clientèle de l'Hôtel-Dieu vers le CHUM, une partie de la clientèle de Notre-Dame vers le nouveau CHUM. Et, à ce moment-là, on va transformer l'hôpital communautaire de Notre-Dame.

**Mme Rotiroti:** Ça fait que, si j'ai bien compris, là, on peut assurer nos gens dans nos comtés que vous ne fermez aucune urgence avant que les lits soient disponibles au CHUM.

**M. Bolduc:** Absolument pas.

**Mme Rotiroti:** Parce qu'il y a cette crainte-là, là.

**M. Bolduc:** Le plan de transition prévoit que les trois urgences vont demeurer ouvertes. Le CHUM va ouvrir avec le nouveau CHUM. On va utiliser le nouveau CHUM de façon optimale avec tous les lits. Il y a probablement des examens spécialisés qui vont être transférés vers le nouveau CHUM, pour commencer à concentrer... et seulement qu'à la fin qu'on va réorienter la mission de l'Hôtel-Dieu en une autre mission, qui est à trouver, et puis Notre-Dame va être transformé en hôpital communautaire.

**Mme Rotiroti:** Ça fait que ça, ça veut dire que le CHUM va desservir non seulement la population de Montréal, mais un peu partout au Québec, là.

**M. Bolduc:** Comme actuellement c'est. C'est-à-dire que le CHUM actuellement dessert toute la population du Québec, excepté que les infrastructures sont vétustes, et on veut se doter des infrastructures ultramodernes pour toute la population du Québec.

**Mme Rotiroti:** Vous êtes capable d'assurer qu'on est capables de desservir tout le monde.

**M. Bolduc:** Ah oui. Ça, je peux vous dire qu'avec le concept du nouveau CHUM, les ressources qui sont mises en place, on va être facilement capables de répondre aux besoins de la population du Québec pour les prochaines années. Et puis, juste pour vous dire, il est prévu également qu'advenant le cas que, dans 20 ans... et c'est peut-être très particulier, il y a possibilité d'augmenter la capacité du CHUM de façon à être capable de répondre aux besoins futurs s'ils se présentaient.

**Mme Rotiroti:** Merci.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Laurier-Dorion.

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Une question pour le ministre. Lorsque le ministre dit que, le

CHUM, après la phase n° 1, on aura un hôpital complet, est-ce qu'il peut nous dire ce qu'il entend par «complet», le ministre? Peut-il nous donner des détails? Ça veut dire combien de lits? Ça veut dire combien de salles d'opération? Quels services seront offerts? Juste pour ceux qui nous écoutent.

**M. Bolduc:** En termes de lits, ça va représenter 400 lits, qui, par rapport à... Saint-Luc actuellement est autour de 340 lits. Il va y avoir 400 lits dans le nouvel établissement. Il va y avoir 39 salles d'opération ultra-modernes, il va y avoir tous les services de laboratoire, comme le CHUM devrait l'avoir à la fin, tous les services de radiologie, tous les services de nutrition, tous les services nécessaires, comme la cafétéria, et puis tous les services de soutien. Également, il va y avoir la majorité des cliniques externes qui sont déjà à être incorporées dans le CHUM. Pour savoir quelles spécialités, ça, c'est à être déterminé. Avec la capacité qu'on va avoir, on va faire un plan de transition qui va prévoir qu'il y a certaines spécialités qui vont s'installer d'emblée au CHUM et il y en a d'autres qui vont être en attente, et, lorsque la nouvelle partie va ouvrir, on va transférer toutes les activités à l'intérieur du CHUM.

**M. Sklavounos:** Et, si je pouvais poser la question supplémentaire, M. le Président, sur le nombre de lits en ce moment dans les hôpitaux qui formeront le CHUM éventuellement, est-ce que le ministre pourrait nous répondre, nous dire combien de lits il y a en ce moment dans les trois hôpitaux qui formeront éventuellement le CHUM et nous dire ce qui se passera après la phase I, avec ces lits-là, et la comparaison entre le nombre des lits?

**M. Bolduc:** O.K. Actuellement, au CHUM, vous avez 975 lits. Il y en a 349 à l'Hôpital Saint-Luc, 395 à l'Hôpital Notre-Dame et 231 à l'Hôtel-Dieu. En 2013-2014, lors de l'ouverture du nouveau CHUM complet, il va y avoir 400 lits à Saint-Luc, il va y en avoir encore 395 à Notre-Dame, il va y en avoir 231 de disponibles à l'Hôtel-Dieu. Donc, je vous dirais qu'on va être capables même de récupérer une soixantaine de lits des autres établissements vers le CHUM et puis à la fin on va se retrouver avec un parc de lits d'environ 1 000 lits, qui est supérieur à la capacité actuelle. Parce qu'il faut voir qu'il y a 772 lits pour le CHUM, mais il va rester entre 200 et 300 lits actifs à Notre-Dame, par la suite.

**M. Sklavounos:** Il reste combien de temps, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste sept minutes, M. le député.

### Rôle des cliniques-réseaux

**M. Sklavounos:** Je vous ai parlé plus tôt, M. le ministre, j'ai posé une question sur les besoins d'effectifs en médecine familiale. On sait qu'évidemment, lorsqu'on regarde les services offerts, il faut garder une vue globale de ce qui est offert sur le terrain. On sait que les services de médecine de famille, la première ligne, s'organisent beaucoup autour des GMF, des groupes de

médecine de famille, en ce moment. Il y a eu beaucoup d'annonces dans plusieurs régions du Québec pour permettre l'organisation de ces services-là. On sait qu'évidemment ces GMF permettent un suivi auprès de médecins de famille. Il y a également la situation des urgences, qui sont évidemment là pour les urgences, lorsqu'on nécessite des soins immédiats d'une façon urgente, comme ça le dit. Par contre, on entend beaucoup parler des cliniques-réseaux également, ces jours-ci, M. le Président.

Ma compréhension, c'est que les cliniques-réseaux se situent à quelque part entre les GMF et les urgences, mais j'aimerais savoir, de la bouche du ministre, comment que les cliniques-réseaux vont venir jouer un rôle entre les GMF et les urgences et quelles sont les projections, quel est le plan gouvernemental pour les prochaines années avec ces cliniques-réseaux?

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

**M. Bolduc:** Un peu d'histoire. C'est qu'il y a eu un modèle qui s'est développé beaucoup en région, qui est le groupe de médecine de famille, où c'est des médecins qui travaillent avec des infirmières pour faire surtout du suivi de maladies à long terme, des maladies chroniques, et puis aider les médecins. Mais également, à l'intérieur du groupe de médecine de famille, il se fait un peu de sans rendez-vous.

Les patients ont deux grands besoins au niveau de médecine de famille: ils ont besoin de rendez-vous pour des suivis réguliers puis ils ont besoin de sans rendez-vous lorsqu'il arrive un problème ponctuel aigu qui nécessite de voir un médecin rapidement. Habituellement, lorsqu'il n'y a pas de sans rendez-vous dans une communauté, les gens vont à l'urgence, ce qui fait que notre urgence est engorgée. Et on estime qu'environ 30 % des clients qui consultent à l'urgence pourraient être vus en clinique privée.

Donc, il y a un modèle organisationnel qui s'est développé en région, qui est le groupe de médecine de famille. Et, c'est intéressant, il y a un modèle qui a prédominé à Montréal, qui sont les cliniques-réseaux. Parce que, Montréal, leur plus grosse problématique, c'est que les gens n'étaient pas capables de voir de médecin sans rendez-vous, ils devaient consulter à l'urgence. Donc, on a deux modèles qui se sont développés dans la province, qui sont complémentaires. Là, ce qu'on est en train de voir, qui est en train d'évoluer, c'est qu'en région, lorsque vous avez une population entre 50 000 et 100 000 de population, c'est qu'on essaie de créer des concepts de cliniques-réseaux avec les GMF, et à Montréal, là, les cliniques-réseaux sont en train de s'installer pour devenir GMF.

● (11 h 10) ●

La vision qu'on a du réseau de la santé actuellement, c'est pour des blocs d'à peu près 15 000 personnes. On voit une clinique entre 12 et 15 médecins qui travaillent avec des infirmières, d'autres types de professionnels, ils suivent la population d'environ 15 000. Lorsque vous allez arriver dans une clinique-réseau, généralement, pour avoir une clinique-réseau, c'est une population de 50 000. Donc, l'ensemble des trois cliniques pourraient s'entendre entre eux autres pour offrir le concept de clinique-réseau, qui est une clinique

sans rendez-vous, à toute la population de 50 000. L'effet que ça va avoir, c'est que la population va être capable d'avoir des rendez-vous pour leurs cas qui ont besoin de rendez-vous, ils vont être capables d'avoir des sans rendez-vous pour les cas ponctuels ou aigus qui nécessitent la visite chez un médecin. Ce que ça devrait avoir comme conséquence également, c'est de diminuer les consultations dans les urgences dans une proportion de 20 % à 30 %. Et cette congestion va nous permettre de mieux s'occuper de la clientèle qu'on a actuellement.

Ça, c'est la stratégie qu'on est en train de mettre en place sur les concepts. Dans la réalité, c'est très bien également parce qu'on a 193 GMF au Québec qui ont été mis en place. On en a environ entre 30 et 40 qui sont en demande. Actuellement, on a 35 cliniques-réseaux en place et on en a 11 qui sont en demande. Et ce qu'on veut, c'est qu'à un moment donné, dans trois à quatre ans, c'est que l'ensemble du Québec soit couvert par des GMF, pour atteindre le nombre de 300, et que les régions qui ont autour de 50 000 habitants et plus puissent avoir des cliniques-réseaux pour offrir du sans rendez-vous. Et ça, ça va nous permettre d'avoir un système équilibré en termes d'offre de service au niveau de la médecine de famille, tant pour les rendez-vous que pour les sans rendez-vous.

**M. Sklavounos:** Est-ce qu'il reste du temps, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste trois minutes.

#### Rôle des centres de santé et de services sociaux dans l'implantation des cliniques-réseaux

**M. Sklavounos:** Trois minutes? J'aimerais juste savoir du ministre quel rôle les CSSS vont jouer dans l'implantation des cliniques-réseaux.

**M. Bolduc:** Les CSSS, ils font partie de la structure, c'est-à-dire que, dans notre organisation, c'est que pour une population il y a une organisation qui est responsable de la santé générale des personnes, et ça s'appelle le CSSS. Au Québec, on a 95 CSSS, et tout le territoire du Québec a été divisé de façon équitable en CSSS. Le CSSS, c'est lui qui est l'animateur principal du réseau local de services. Le réseau local de services, ça comprend tous les services du CSSS plus tous les services communautaires, soit les pharmacies communautaires, les cliniques médicales ou tout service qui pourrait se donner dans le privé. Donc, le rôle du CSSS, c'est un rôle d'animateur et de développement des services localement, et il essaie de coordonner de façon à ce que les services soient pertinents, qu'il y ait une continuité au niveau des services et puis également que le patient se fasse traiter à la bonne place.

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Je croyais que mon collègue avait une question.

**Le Président (M. Kelley):** Mais il reste deux minutes. M. le député de Lévis, voulez-vous le prendre tout de suite?

#### État de la situation concernant les soins palliatifs

**M. Lehouillier:** Oui. Alors, très rapidement, M. le Président. Moi, j'ai insisté beaucoup sur les services directs à la population parce que c'est sûr que le gouvernement du Québec a fait le pari de réinvestir de façon prioritaire en santé au cours des six dernières années. C'est donc 9 milliards de plus qu'on ajoute dans le domaine de la santé. Et on a eu l'occasion, pendant cette commission, de constater à quel point l'ensemble du réseau de la santé est mobilisé pour améliorer la situation dans les urgences, pour améliorer la situation dans l'implantation des systèmes informatiques, qui à terme vont pouvoir peut-être nous apporter certaines économies. Mais, au-delà des hypothèses, je pense que cette commission, M. le Président, nous démontre hors de tout doute qu'il y a une amélioration significative des services directs à la population et aux patients. Et j'aimerais ça peut-être vous entendre quelques minutes parce que, moi, c'est ce que j'aime que la population puisse avoir, c'est des informations sur ce qui les touche directement.

J'aimerais peut-être vous entendre aussi sur le soutien au niveau des soins palliatifs au Québec parce que ça, c'est un autre sujet qui touche directement la population et ce serait peut-être intéressant de voir un petit peu ce qui se fait de ce côté-là, pour que les gens puissent voir un peu de quelle façon on donne ces services-là maintenant.

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

**M. Bolduc:** Bon, au niveau des soins palliatifs, on a pris une orientation qu'on voudrait que chaque CSSS, si possible, développe des soins palliatifs locaux, et ça peut se faire en combinaison et à plusieurs endroits. Le modèle qu'on préconise dans un premier temps, c'est vraiment que les gens puissent demeurer à domicile le plus longtemps possible, avec une philosophie de soins palliatifs, et leur offrir des services au niveau de la famille, au niveau de la personne mais des services également du CLSC et du CSSS, pour s'assurer que les gens puissent rester à la maison le plus longtemps possible.

La deuxième alternative qui est intéressante, c'est les maisons de soins palliatifs, et actuellement au Québec il s'en construit plusieurs. Je ne sais pas si on a le nombre ici, là. On me dit ici qu'il y a 550 lits dédiés aux soins palliatifs. Sur les quelque 550 visés, incluant les 20 maisons de soins palliatifs agréées par le ministre en 2008-2009, réparties dans 13 régions, offrant 126 lits de soins palliatifs de fin de vie, dont deux lits pédiatriques... Mais notre volonté, c'est qu'il s'en développe de plus en plus, de façon à ce que chaque région puisse avoir sa maison de soins palliatifs dans laquelle est une alternative pour la fin de vie.

L'autre élément, au niveau des soins palliatifs, c'est important, c'est qu'au niveau de nos établissements de santé, qu'il y ait une philosophie de soins palliatifs. Parce qu'il y a des gens qui pour plusieurs raisons peuvent être appelés à décéder soit en CHSLD ou à l'hôpital, en soins de courte durée, et à ce moment-là il faut qu'on ait une philosophie commune pour l'ensemble du territoire, que, quel que soit l'endroit que le patient va

être, qu'on ait la même philosophie au niveau des soins palliatifs. Et notre volonté, c'est de rendre disponibles toutes ces ressources au niveau de tous les CSS.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Et, comme député de Jacques-Cartier, vous avez fait la visite, M. le ministre, au centre des soins palliatifs de l'Ouest-de-l'Île, qui a vraiment un service extraordinaire, je pense. C'est au-delà de 1 100 familles qui ont été aidées, dont la famille Kelley. C'est là où ma mère et mon père ont décédé, et ces personnes qui travaillent jour à jour pour aider les familles, et tout le reste, font un travail extraordinaire.

Alors, sur ce, la présidence a reçu une demande pour une courte pause santé de cinq minutes. Alors, j'invite tout le monde à être en place dans cinq minutes pour continuer nos travaux. Je vais suspendre quelques instants.

*(Suspension de la séance à 11 h 16)*

*(Reprise à 11 h 23)*

**Le Président (M. Kelley):** S'il vous plaît! La Commission des affaires sociales reprend ses travaux. C'est maintenant le tour de l'opposition officielle pour un bloc de 20 minutes. Je cède la parole au député de Marie-Victorin.

#### **Centres hospitaliers universitaires (suite)**

#### **Calendrier des paiements pour le CHUM**

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Je veux juste revenir brièvement sur le document de l'agence. Vous avez pris la question en délibéré, et j'attendrai avec grande anticipation votre décision là-dessus. Mais j'aimerais juste ça... Le ministre n'est pas sûr, là, qu'il peut le déposer. Je pose la question: Est-ce qu'il existe, à ce moment-là, un document du ministère de la Santé qu'il pourrait déposer et qui présente une cédule des paiements PPP pour le CHUM?

**M. Bolduc:** Non, ce n'est pas disponible. Je veux juste... Juste un instant. Alors, on m'a fait noter une remarque que le Vérificateur, dans son rapport, a laissé savoir que c'était peu opportun de rendre disponibles ces documents-là, qui sont des hypothèses de travail, parce qu'on est en appel de propositions sur le dossier du CHUM. Donc, en rendant disponibles ces documents-là, c'est comme si on invalidait un peu l'appel de propositions.

**M. Drainville:** Ma question est la suivante: Est-ce qu'il existe un document autre que celui de l'Agence des PPP, donc un document du ministère de la Santé, qui présente une cédule?

**M. Bolduc:** Pas de document parce que c'est un document qui est travaillé au niveau de l'Agence des PPP, et ça fait partie de leur plan d'affaires.

**M. Drainville:** O.K. Il n'y a pas de document au ministère de la Santé?

**Le Président (M. Kelley):** Un instant. M. le député de Vimont sur une question de règlement?

**M. Auclair:** Bien, c'est juste pour bien comprendre. Est-ce qu'on est en train de refaire le débat sur l'article 214 qui a été soulevé ou on est en nouveau plaidoyer? C'est quoi?

**M. Drainville:** ...l'existence d'un autre...

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

**M. Drainville:** Je veux juste savoir...

**Le Président (M. Kelley):** Je pense que c'est correct. La question est toujours en délibéré sur 214. Je laisse le député de Marie-Victorin. Il est conscient de ça. Alors, la parole est à vous...

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Oui. M. le député.

**M. Drainville:** Non, non, c'est juste que je trouve ça étonnant que le ministre ou le ministère n'ait pas une idée de la cédule des paiements PPP. Qu'il n'y ait aucun document au ministère là-dessus, ça m'étonne un peu. Mais, écoutez, je fais confiance au ministre.

**M. Bolduc:** C'est parce que ça fait partie du plan d'affaires. Puis, quand on va en appel de propositions, l'Agence des PPP a des hypothèses, qui sont des hypothèses probablement variables en fonction des taux d'intérêt attendus, qui peuvent, encore là, varier dans le temps. Mais c'est seulement que lors de l'ouverture de l'appel de propositions qu'on va savoir c'est quoi, les taux d'intérêt, c'est quoi, les conditions. Et puis ce qu'on veut, c'est le meilleur marché possible.

**M. Drainville:** Mais la réponse à la question, c'est: Non, il n'y en a pas.

**M. Bolduc:** Non, il n'y en a pas.

**M. Drainville:** Bon.

**M. Bolduc:** Bien, juste... Mon équipe me faisait remarquer que je répondais encore moins longtemps que d'habitude dans nos réunions.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Kelley):** C'est noté.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Marie-Victorin.

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. C'est noté.

**Une voix:** ...amélioration.

### Mécanisme de paiement en partenariat public-privé

**M. Drainville:** Voilà, c'est ça. Bon. Alors, écoutez, juste sur le fonctionnement du paiement en PPP, vous allez recevoir deux propositions, vous allez choisir celle que vous jugez la meilleure, vous allez négocier, après ça, le prix, un prix final, etc. Et là il va y avoir présumément des versements hebdomadaires ou mensuels sur la durée de l'entente, qui est 30 ans. Bon.

Comment est-ce que ça va fonctionner, M. le Président? Est-ce qu'il va y avoir, dans l'enveloppe budgétaire, dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux, un poste budgétaire qui va être marqué «PPP, paiement mensuel»? Comment est-ce que ça va fonctionner, là, la mécanique de paiement sur 30 ans, et dans quel poste budgétaire allons-nous prendre l'argent pour payer les trois CHU sur 30 ans?

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

**M. Bolduc:** Là, vous voyez que c'est un peu sur le même principe qu'on a actuellement, c'est-à-dire que, quand on construit un établissement et puis qu'on a besoin d'emprunter pour l'établissement, il y a des paiements qui se font, par la banque, au promoteur sur une certaine période ou encore sur une... Nous autres, on ne le fait pas aux promoteurs parce que les établissements ne sont pas en PPP, mais on fait nos paiements à la banque.

C'est le même principe, c'est-à-dire c'est un consortium qui va nous proposer un projet. On a deux consortiums en lice et on va choisir un des deux projets. Une fois qu'un des deux promoteurs va avoir été choisi sur la condition de la qualité du projet — la première condition, c'est la qualité du projet — à l'intérieur des balises financières prévues, et on va aller chercher le meilleur prix au niveau des deux projets, il y a certainement des négociations à faire par rapport à des ajustements. Un fois qu'on a fini, le promoteur a deux choses importantes à faire. La première, c'est qu'il va garantir le financement si on est en PPP. Et, plutôt que de faire le paiement à une banque, on va faire un paiement au promoteur, qui, lui, probablement va faire son paiement à sa banque. Et ce qu'il faut voir, c'est tout simplement un programme de financement et puis ça va faire partie de nos financements des grands projets qu'on a au Québec.

Le deuxième élément qui est important dans un PPP, qui est prévu, c'est le maintien des actifs. C'est que le contrat doit prévoir de maintenir la qualité des actifs en termes de certains pourcentages, et on s'assure qu'il y a une qualité des actifs. Puis là c'est des contrats qui sont de 2 000, 3 000 pages, j'imagine, dans lesquels on prévoit tous ces éléments-là.

Donc, globalement, au niveau de comment ça va être fait, le paiement, je ne sais pas s'il y a quelqu'un qui peut répondre dans notre équipe, mais c'est une technicité de comptable, là, je veux dire. En tout cas, c'est... Mais il y a trois sources possibles: il y a le budget d'immobilisation, le budget d'entretien puis le budget de maintien des actifs. Donc, la construction va être dans l'immobilisation. Puis il ne faut pas oublier que le projet du CHUM, c'est une partie qui est en PPP parce qu'on

fait quand même une certaine partie aussi en traditionnel, dont la démolition des immeubles en place.

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

### Sources de financement

**M. Drainville:** Alors, profitons-en à ce moment-là, M. le Président, pour recourir, donc, au tableau qui nous a été déposé ce matin et qui a été préparé, donc, par le personnel du ministère. Donc, on voit, dans la section Amélioration et remplacement, on voit qu'il y a 1,4 milliard pour la modernisation du CHUM, du CUSM et du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. 1,4 milliard sur une facture totale, pour le moment, de 5,2 milliards, sur un budget de 5,2 milliards.

Donc, ma question, c'est: Il manque 3,8 milliards, hein? Budget total pour les trois projets, 5,2; ici, il y en a 1,4 qui est dans le Plan québécois des infrastructures, là, le 8,7 milliards qui va à la santé. De ce 8,7 là, il y a 1,4 qui est budgété pour CHUM, CUSM et Sainte-Justine. Mais, pour arriver à 5,8, il manque encore 3,8 milliards. Ces 3,8 milliards qui vont être nécessaires pour compléter le financement de 5,2 et qui ne se retrouvent pas dans le Plan québécois des infrastructures pour la santé, ces 3,8 milliards, où est-ce qu'ils sont?

● (11 h 30) ●

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

**M. Bolduc:** Alors, je vais demander à M. Gauvreau de répondre.

**Le Président (M. Kelley):** M. Gauvreau.

**M. Gauvreau (John):** En fait, le plan quinquennal d'infrastructures représente la traduction, sur cinq ans, des investissements que prévoit faire le ministère dans le secteur sociosanitaire. Et c'est la raison pour laquelle, par exemple si vous regardez les chiffres actuellement des CHU, vous allez retrouver un univers qui vous est peut-être inconnu.

Les CHU ont cette caractéristique que le départ se fait quinquennat. Autrement dit, ces projets-là, ils vont au-delà de cinq ans dans le passé. Parce qu'ils ont été initiés en l'an 2000, ils vont se prolonger, prenons l'exemple du CHUM, jusqu'en 2018. La prévision de dépenses qui est actuellement dans le plan, ce sont pour les cinq années du plan. Donc, le plan quinquennal d'infrastructures regroupe la dépense prévisible pour les CHU, pour les cinq années en question, étant entendu qu'il ne s'agit pas des coûts de projet, c'est l'étalement de la contribution gouvernementale. Parce que ce n'est pas un exercice de planification de la dépense des projets, mais bien l'étalement, dans les cinq prochaines années, de la contribution gouvernementale.

**M. Drainville:** Parce que la dépense évidemment va être plus élevée que le coût, compte tenu du fait qu'elle doit tenir compte des coûts d'entretien, des coûts de financement, et tout le reste.

**M. Gauvreau (John):** Plus que ça. Si on prend la logique du PQI, et vous prenez le tableau qui se

trouve dans le document justement du Plan québécois des infrastructures, le tableau qui constituait l'annexe 2, sauf erreur, la page 8, on voit Investissements du plan quinquennal 2007-2012 — parenthèses — Contribution du Québec en millions de dollars, donc ce n'est pas l'étalement de la totalité de la dépense des projets. Ça exclut les sources de financement externe, ça exclut différentes composantes.

**M. Drainville:** ...de quel document, pardonnez-moi?

**M. Gauvreau (John):** C'est le document *Le Plan québécois des infrastructures 2007-2012*. Le orangé ici. Si vous allez à la page 6... Attendez, ce n'est pas la page 6, c'est probablement l'annexe... Attendez un peu.

**M. Drainville:** Page 15, peut-être?

**M. Gauvreau (John):** Oui. C'est Renseignements additionnels sur l'impact, oui, page 15. Donc, ce sont les investissements des ministères et organismes qui sont présents. Ce sont les mises de fonds du gouvernement du Québec dans les projets, donc, par exemple, s'il y a des sources de fonds, comme par exemple d'une fondation, ça ne se traduit pas par une mise de fonds du gouvernement du Québec. Donc, ce n'est pas inclus là-dedans.

**M. Drainville:** Donc, ce qu'on doit comprendre, M. le Président, c'est: les 3,8 milliards qui manquent, ils vont être financés à même les plans d'infrastructures qui vont s'échelonner au-delà de 2013. Puisque la partie 2008-2013, elle est ici, il va y avoir encore des investissements en infrastructures dans les années après 2013, donc il faut prendre pour acquis qu'au-delà de 2013 la partie qui manque, là, le 3,8 milliards qui n'est pas financé dans le plan 2008-2013, c'est l'autre, c'est le prochain programme d'infrastructures qui va financer cette tranche de 3,8 milliards, et on verra sur combien d'années ça va s'échelonner à ce moment-là. Est-ce que je comprends bien?

**M. Gauvreau (John):** Effectivement. Le plan quinquennal d'infrastructures est mis à jour annuellement, donc le 1er décembre de chaque année, et, à ce moment-là, il intègre les ajustements qui sont apportés aux projets et il refait une projection dans le temps, pour une période de cinq ans, des dépenses, des contributions du gouvernement du Québec dans les projets d'infrastructures. Donc, effectivement, c'est une mise à jour et, à ce moment-là, encore une fois s'il est sur un quinquennat, il ne couvrira pas la dépense qui excède le plan 2009-2014 ou 2008-2013.

**M. Drainville:** À ce moment-là, M. le Président, est-ce qu'on doit présumer que c'est au moment de la mise à jour du plan, l'an prochain, mais enfin au 1er décembre prochain, qu'on aura une augmentation sans doute du montant pour le CUSM, puisque le CUSM est un projet qui est déjà en marche? Il faut présumer qu'au 1er décembre prochain, au lieu de ce soit 637 millions qui est dédié au CUSM, le montant va être plus élevé parce que les travaux progressent. Est-ce que je comprends bien?

**M. Gauvreau (John):** Je dirais oui et non, M. le Président. Oui, dans la mesure où effectivement cela va refléter les investissements prévus au CUSM ou au CHUM, et, en ce sens-là, s'ils ont augmenté, les montants vont augmenter. Toutefois, s'il fallait que l'échéancier de réalisation des projets excède la période de cinq ans, cette augmentation-là, théoriquement, pourrait se traduire hors de ces années-là. Donc, c'est une combinaison des deux. Mais il faut retenir dans le fond que, oui, il est plus probable qu'il y ait des investissements significatifs qui vont être reproduits dans les cinq prochaines années, à partir de 2009, ça nous mène en 2014.

#### **Part du budget des infrastructures en santé consacrée aux CHU**

**M. Drainville:** À ce moment-là, M. le Président, est-ce qu'on a une idée... sur les 5,2 milliards qui doivent coûter les trois projets de centres hospitaliers universitaires, est-ce qu'on a une idée, même si elle est approximative, du pourcentage de ce 5,2 milliards qui va être financé à même le plan québécois de 8,7 milliards? Est-ce qu'on a une idée? Est-ce que c'est, sur les 5,2, 3 des 5 milliards qui devraient être financés à même l'enveloppe de 8,7? Est-ce qu'on a une idée? Encore une fois, je ne tiendrai pas rigueur, le haut fonctionnaire, là, d'un écart, là, de quelques centaines de millions, mais, juste pour avoir une idée, est-ce que c'est 3 des 5 milliards qui devraient être financés dans l'enveloppe des 8 milliards? Est-ce qu'on sait?

**M. Gauvreau (John):** Disons qu'on pourrait revenir. Parce que je comprends que vous ne tiendrez pas rigueur, mais l'exactitude de l'information est quand même... a certaines exigences que je ne voudrais pas non plus... surtout qu'il y a de l'entretien en plus, maintien, au travers de ces chiffres-là.

**M. Drainville:** Alors, est-ce qu'il est possible, M. le Président, d'obtenir un calcul, avec lequel vous pourriez nous revenir, qui nous donnerait une idée? Parce que, dans le fond, ce qu'on essaie d'établir, M. le Président, c'est, sur l'enveloppe de 8,7, là, qui est dédiée à la santé, 8,7 milliards d'infrastructures, quelle est la part, dans le fond, des CHU là-dedans. Pour qu'on sache ce qui nous reste pour le reste du réseau hospitalier à travers le Québec. Il me semble que ce n'est pas une proposition déraisonnable, M. le ministre — qui me fait signe que ça...

**M. Bolduc:** Bon, ce qu'on veut, c'est l'heure juste par rapport au dossier. Puis, comme de fait, là, il faut juste faire attention parce que c'est des projets qui vont sur plusieurs années. Et puis, également, compte tenu qu'on a fait une augmentation au niveau de l'enveloppe budgétaire des CHU, ça peut décider... ça peut nous dire également que ça se peut qu'on fasse des orientations différentes par rapport aux montants investis. Ça fait qu'il y a plein de facteurs qui pourraient arriver, qui pourraient... que ça pourrait changer en cours de route. C'est pour ça que ça prend une réflexion au niveau gouvernemental puis au niveau du ministère par rapport à ces projets-là, comme je vous dis, que... on s'est entendus que ce seraient des projets qui répondraient aux besoins de la population.

**M. Drainville:** Alors, monsieur le haut fonctionnaire, qu'est-ce que vous en pensez, est-ce qu'il y a moyen d'arriver avec quelque chose ou pas?

**Le Président (M. Kelley):** ...M. le ministre, est-ce qu'on peut s'engager à fournir un document aux membres de la commission, oui ou non, ou...

**M. Bolduc:** Bon, on va fournir l'information la plus juste possible. Ce qu'il est important de comprendre, que le député de l'opposition doit également comprendre, c'est qu'il y a peut-être des décisions qui vont changer la donne un peu plus tard, parce qu'encore là c'est un dossier qui est en évolution, parce que c'est un dossier qui doit répondre aux besoins de la population.

**M. Drainville:** On accepte ça, M. le Président...

**M. Bolduc:** Parfait.

**M. Drainville:** On accepte ça, c'est... il s'agirait d'estimation, mais c'est juste pour nous donner une idée. Et le ministre ne m'en tiendra pas rigueur, mais, par exemple, quand j'ai des collègues... comme mon collègue député de Saint-Jean qui veut connaître le statut des travaux à son hôpital, ou encore celui de Drummond qui veut connaître le statut des travaux à son hôpital, ils se demandent, écoutez: Avec l'explosion des coûts des centres hospitaliers universitaires, est-ce que, moi, mon projet, dans ma ville, dans mon hôpital, va être pénalisé parce que les coûts augmentent au CHUM, et au CUSM, et à Sainte-Justine? C'est une question fort légitime et...

**M. Bolduc:** ...répondre rapidement. La réponse, c'est non pour ces deux projets-là.

**M. Drainville:** Et qu'est-ce qui vous rend si confiant que ce ne sera pas le cas? Parce qu'à un moment donné l'argent, comme je le disais hier, ne pousse pas dans les arbres. Si vous devez augmenter... dans votre enveloppe infrastructures santé, si vous devez augmenter la part des hôpitaux universitaires, il va en rester moins pour les autres projets d'infrastructures ailleurs au Québec.

**M. Bolduc:** On a déjà prévu, au cours de la prochaine année, nos allocations budgétaires. Puis on sait également que, pour le CHUM, le CUSM et pour Sainte-Justine, l'année prochaine, il n'y a pas de gros déboursés. Et puis ça nous permet de réaliser ces projets-là, parce que c'est des projets qui sont sur la table pour être annoncés bientôt.

#### **Impact des augmentations de coûts sur la dette**

**M. Drainville:** Est-ce qu'il est légitime à ce moment-là... Je pense, poser la question, c'est y répondre, là, mais je ne prendrai pas de chances. Il est légitime, à ce moment-là, de penser que la dette du gouvernement... l'ensemble des infrastructures que le gouvernement a annoncées, de 41,8 milliards, qui vont aller sur la dette, il est légitime de penser donc que, pour payer les centres

hospitaliers universitaires, ce 41,8 milliards va devoir être augmenté de quelques milliards.

● (11 h 40) ●

**M. Bolduc:** Il y a des décisions qui ont à être prises, qui ne sont pas prises actuellement, puis on fera nos choix en temps et lieu.

#### **Aide financière aux consortiums soumissionnaires**

**M. Drainville:** Bon. Ma question, M. le Président, maintenant j'aimerais passer à la question du financement. On sait que les consortiums, selon toute vraisemblance, vont demander un coup de pouce financier au gouvernement pour les aider, donc, à faire les projets, à soumettre leurs offres, leurs propositions. Est-ce que le gouvernement peut nous dire où en sont les négociations avec les consortiums privés? Est-ce que vous en êtes venu à une entente sur l'appui financier, le coup de pouce financier que vous allez devoir donner aux deux consortiums qui vont faire une proposition dans le cas du CHUM et, de façon plus générale, le coup de pouce aux consortiums qui vont participer aux appels de propositions des trois projets? Est-ce qu'il y a des ententes? Est-ce que vous en êtes venu à un accord?

**M. Bolduc:** Pour faire un historique, encore au niveau du projet, c'est que, le 30 mars, on a annoncé qu'on allait en appel de propositions. Dans l'appel de propositions, il y a des paramètres qui sont prévus, dont le critère d'abordabilité au niveau du financement. On devrait avoir des propositions à ce moment-là. Et puis ça, c'est la responsabilité de ce niveau... à ce niveau-là, c'est l'Agence des PPP. Mais où on en est rendu dans le projet, c'est que chacun des consortiums est en train de préparer un projet qu'ils vont présenter et, une fois qu'on a présenté le projet dans des détails, après ça il y a comme... on se disait... il y a un projet d'infrastructures qui va être présent, avec un coût estimé, et, en même temps, il devra nous faire des propositions par rapport au financement à l'intérieur des paramètres qui sont prévus.

Donc, actuellement, il n'y a pas à avoir négociation parce que, vu qu'on a lancé l'appel de propositions... C'est qu'on laisse les deux consortiums travailler à partir du document qui était déjà prévu, et on assume actuellement que le financement devrait venir. Puis, pour compléter, c'est qu'on se donne également une possibilité d'adaptation, parce qu'on n'est pas aveugles, on voit ce qui se passe au niveau du monde entier puis le contexte économique. On veut que les projets se réalisent, donc on s'est donné un peu de souplesse en disant qu'en cours de route... Advenant un cas qui ait des difficultés au niveau de un ou des deux consortiums ou qu'encore la proposition n'était pas compétitive, à ce moment-là on regardera des ajustements possibles.

Ce qu'on veut, c'est d'abord s'assurer que les deux... le CHUM, le CUSM et Sainte-Justine se réalisent, mais, dans le cas qui est présent, d'appel de propositions, c'est le CUSM et le CHUM. Un, on veut que ça se réalise, on veut que ça se réalise au meilleur coût, mais que ça donne également... fasse le travail, c'est-à-dire qu'on ait l'infrastructure nécessaire. Par la suite, la question du maintien des actifs et des conditions

de financement, c'est des choses qui peuvent être regardées.

Et notre premier ministre a dit que, oui, il y avait un plan B. Mais, avant de regarder le plan B, on va faire réaliser le plan A, surtout que le plan A prévoit que, de toute façon, quelles que soient les conditions de financement, ça va nous prendre des plans et devis définitifs, sur lesquels on va devoir avoir un coût pour faire une construction qui est correcte.

**Le Président (M. Kelley):** Dernier court commentaire.

**M. Drainville:** Dernière question, M. le Président. Les consortiums qui sont en lice, le ministre y a fait référence, vont présenter leurs propositions. Les consortiums qui auront participé à l'appel de propositions et qui n'auront pas gagné vont recevoir un montant du gouvernement du Québec. Est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire quel est ce montant que les consortiums perdants recevront? Et est-ce qu'il peut nous confirmer que les consortiums ont demandé au gouvernement de revoir à la hausse le montant versé aux consortiums perdants?

**M. Bolduc:** Ça, ce sont des négociations qui ont lieu entre l'Agence des PPP et les deux consortiums, auxquelles le ministère ne participe pas. Nous autres, on a donné notre besoin, on a dit qu'est-ce qu'on avait besoin comme infrastructures pour répondre aux besoins de la population. C'est notre rôle. À partir du moment où est-ce que l'Agence des PPP a son propre rôle, à ce moment-là il faut peut-être demander à la ministre responsable de l'Agence des PPP la question par rapport à ça, et son équipe au niveau des PPP vont répondre. Ça nous permet également de voir que c'est un processus qui est transparent et c'est un processus également que je trouve extrêmement bon au niveau de la gestion, où ce n'est pas toute la même organisation qui fait toutes les affaires mais qu'on peut séparer des pouvoirs pour s'assurer que les choses soient bien faites.

#### **Décision de la présidence sur une question de règlement concernant le dépôt d'un document utilisé par le ministre**

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Avant de céder la parole au député de Jean-Lesage, je suis prêt maintenant à rendre ma décision sur la question de règlement soulevée par le député de Marie-Victorin relativement à l'article 214 du règlement.

Après réécoute de nos débats, je conclus que le ministre n'a pas cité le document mentionné par le député, car il n'y a fait que référence. Conformément à la jurisprudence établie le 25 avril 1995 par Joseph Facal, le ministre a de plus invoqué l'intérêt public à l'effet de ne pas déposer le document, tel que le permet l'article 214 du règlement.

Sur ça, M. le député de Jean-Lesage.

#### **Stratégie de lutte contre le cancer**

**M. Drolet:** Merci, M. le Président. Étant donné que c'est ma première intervention, M. le ministre, en

remplacement de ma collègue députée de Mégantic-Compton, je me permets de féliciter votre équipe et vous-même pour la pertinence de vos réponses et la connaissance de vos dossiers. Surtout avec un ministère aussi important que cela, c'est très, très, très enrichissant... connaissance... on est en sécurité.

Hier, en commission parlementaire, vous avez parlé, à cette commission, que le cancer était une préoccupation, parce qu'on sait que ça nous touche familialement, chacun de nous familialement, et aussi, dans nos comtés, nos citoyens, nos citoyennes nous en parlent régulièrement. Est-ce que le ministre a un plan pour capter en fait le cancer au Québec? C'est ma question, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. Bon. Au niveau du cancer, il y a eu un comité de formé qui nous a donné des recommandations puis il y a eu un plan au niveau national pour avoir une accessibilité améliorée au niveau du cancer, mais pas seulement que ça, pas seulement une accessibilité, c'est tout au niveau des soins également qui devraient être donnés. Et ce qu'eux nous ont fait comme stratégie au niveau gouvernemental, c'est de tout simplement s'organiser pour que le patient soit traité le plus près possible de son domicile, en comprenant qu'il y a certains services qui doivent être régionaux et il y a certains services qui doivent être nationaux.

Et puis juste pour vous donner un exemple des investissements, puis je vais vous les citer, parce que c'est intéressant de voir tout ce qui se fait au Québec. Pour la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, il y a eu un agrandissement de la radio-oncologie, un ajout d'un troisième accélérateur nucléaire... linéaire au coût de 19 millions de dollars. Je peux vous dire, je suis allé le visiter il y a à peu près six semaines, c'est une salle flambant neuve, dans laquelle on complète le parc technologique au niveau de l'Hôpital de Chicoutimi, et ça va nous permettre de traiter plus de patients, de façon plus sécuritaire également, compte tenu des nouveaux équipements disponibles.

À l'Hôpital de Maisonneuve-Rosemont, on a un réaménagement puis agrandir la radio-oncologie pour un coût de 36 millions de dollars. À l'Hôpital Sainte-Justine, il y a eu l'agrandissement du Centre de cancérologie Charles-Bruneau pour 2,6 millions de dollars d'un montant que le ministère fournit, mais c'est un projet total de 18 millions de dollars, et ça, ça va être prêt en mars 2010.

Au niveau de l'Hôpital général juif, on a agrandi le service de radio-oncologie pour un montant de 29 millions de dollars. À Gatineau, que j'ai visité également, on est en train d'installer un autre accélérateur linéaire, puis c'est une consolidation des services de radiothérapie, pour un montant de 27 millions de dollars. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de le visiter avec le député du secteur de Gatineau.

Au niveau du CSS de Laval — le député de Vimont va être intéressé par ça — c'est qu'on est en train de construire leur centre de radio-oncologie, avec un aménagement d'un centre du cancer, pour un coût total de 65 millions de dollars. Ça, c'est un bel investissement parce qu'il faut voir que toute la couronne nord de la région de Montréal, dans laquelle... comprend Laval, les

Laurentides, Lanaudière, pour recevoir leurs soins, devait absolument aller à Montréal même, tandis que, là, les soins sont rapprochés de la population. Et ça va nous permettre également de dégager des ressources du côté de Montréal pour qu'il y ait une meilleure accessibilité de la population de Montréal à leur centre.

Et, à l'Hôpital Charles-Le Moyne, dont j'ai fait l'annonce sur place, la construction du centre de cancérologie de la Montérégie pour un montant de 99 millions de dollars, ça également, c'est intéressant, parce que toute la Montérégie n'était pas couverte par des centres de radiothérapie, et puis il y avait de l'oncologie, mais c'est de l'oncologie médicale. Ça va être un projet qui regroupe l'ensemble de tous les services à l'intérieur d'un seul bâtiment et ça va permettre à la population de la Montérégie de se faire traiter localement. Et, cette population-là, il y en a une partie qui se faisait traiter à Sherbrooke puis une partie à Montréal. Donc, ça va rapprocher les services. Puis, ce qui est intéressant quand on consolide comme ça, ça permet aux autres établissements de mieux offrir leurs services.

Présentement, des projets qui... c'est des projets qui sont en exécution. On a des projets qui sont terminés: l'Hôpital régional de Rimouski, pour un montant de 12 millions de dollars, un agrandissement du département de radio-oncologie. On a le CHUQ, le Pavillon de l'Hôtel-Dieu, la construction du centre de recherche en oncologie, et puis ça, ça s'est fait au montant de 40 millions de dollars, et l'Hôpital Notre-Dame, un agrandissement de la radio-oncologie pour la phase 3A, 3B, pour un montant de 17 millions de dollars.

● (11 h 50) ●

Ce qui fait qu'en exécution on est à 297 millions de dollars seulement que pour l'oncologie, et puis, qui a été réalisé, c'est un montant de 70 millions de dollars. Donc, c'est pour vous démontrer la préoccupation que nous avons d'améliorer les soins au cancer. Et je vous rappellerai qu'il n'y a pas si longtemps que ça, hein, voilà plusieurs années mais pas si longtemps que ça, les gens allaient se faire soigner aux États-Unis, et on faisait des ententes pour que les gens aillent se faire traiter à l'extérieur parce que nos délais étaient trop longs. Et actuellement c'est 97 % de la population qui a besoin de soins pour le cancer qui est traitée à l'intérieur du quatre semaines qui est recommandé. Quand je dis «quatre semaines», souvent c'est à l'intérieur même, beaucoup plus serré, comme une semaine ou deux, pour recevoir leurs soins.

**M. Drolet:** Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Vimont.

### **Impact du CHUM sur la population du Québec**

**M. Auclair:** M. le Président, je vais continuer un peu sur la liste que notre ministre a relevée, et surtout au niveau du centre de cancérologie de Laval, pour vous dire que tous ces investissements-là n'ont pas été faits sans un travail de terrain, et c'est de là que je peux faire la boucle aussi avec le CHUM. Parce qu'avant d'arriver, moi, je me souviens très bien que, lorsque... en 2003,

lorsqu'on est arrivés au pouvoir, lorsque je suis devenu député de Vimont, avec tous mes collègues de Laval, le centre de cancérologie, c'était quelque chose qui était sur le plancher, c'était un dossier qui était très important pour toute la population de la couronne nord de Laval. D'ailleurs, il y a un jeune homme pas loin de vous qui a contribué énormément à la réalisation de ce projet qui est plus que salué par la population lavalloise. Donc, je pense que c'est la force justement de cette équipe-là sur le terrain qui permet de voir la réalisation.

Mais, lorsqu'on est arrivés à faire le projet du centre de cancérologie, M. le ministre, il y avait toutes des ententes qu'il fallait qu'elles soient prises avec les autres centres: l'Hôtel-Dieu qui donnait... pas l'Hôtel-Dieu, mais les autres centres à Montréal qui donnent... il y a Saint-Jérôme, sur la couronne nord, qui voulait également un centre, qui a un besoin.

Et, lorsqu'on regarde la réalité, c'est qu'un centre de la sorte va nous permettre de faire quoi? De desservir notre population comme il se doit. Mais c'est toute une négociation que ça prend avant d'arriver là. Les professionnels, nos ordres professionnels, nos médecins, toute leur équipe, ils vont défendre les intérêts... un, l'intérêt de la population, mais il y a aussi un intérêt corporatif qui rentre en jeu. Il y a des terrains de localisation, de secteur. Il y a des grands défis avec Montréal aussi qui rentrent en jeu. Montréal ne veut pas voir la part sortir de chez elle, ils veulent garder un certain contrôle. Et c'est pour ça que je fais le lien avec le CHUM, parce que, le CHUM, c'est la même réalité, dans le sens qu'une planification il y a des discussions que vous devez faire. Si, aujourd'hui, on réussit à faire le centre de cancérologie, c'est un peu le même cas avec les autres nouveaux services qu'on offre à Cité de la santé. L'oncologie est un autre exemple. Il faut négocier avec nos ordres professionnels. Il faut s'entendre avec nos ordres, qui eux autres vont donner le service.

Et, dans tout ce que je vois, dans les chiffres présentés au niveau du CHUM, il y a des améliorations qui sont sur la table, qui ont amené une réouverture du dossier, puis je pense que c'est sain. Il vaut bien mieux le faire là qu'après que ce soit construit. Et c'est de là que certains délais viennent, des délais qui sont nés. C'est sûr que je pourrais... on aurait pu créer un système, un numéro de téléphone style 1-873-2006, qui donnerait un message en disant que peut-être qu'on aurait aimé l'avoir, le CHUM, en 2006. Nous, on aurait, au lieu de nos collègues de l'opposition... au lieu d'avoir visé 1 800 873-2006, c'est la petite subtilité. Parce que c'est un peu le message qui disait qu'en téléphonant à ce numéro de téléphone là ils pourraient... les gens pourraient avoir l'information au niveau de la ligne CHUM. On n'ira pas dans cette... un petit peu cette pédagogie-là ou même cette — je vais garder mes mots parlementaires, M. le Président — démagogie, mais on y va sur une logique d'application, une logique de dossier terminé.

Et, dans les chiffres que vous nous avez donnés, moi, j'aimerais bien que vous nous fassiez un dernier rappel, un rappel clair de ce que signifie le CHUM. Vous l'avez bien dit au niveau de ce que signifie le CHUM pour tout le Québec, ce n'est pas juste... ce n'est pas juste nous autres à Laval. On n'est pas inquiets, on le voit que nos dossiers évoluent, nos dossiers sont

réalisés. Je suis sûr que les collègues d'opposition et de tous les... Il n'y a pas de politique, dire: Tu es rouge, tu es bleu, puis on va te le donner. Ça n'a jamais été le cas puis ce ne sera jamais le cas. Mais c'est les soins de la population qui sont... qui sont priorisés dans un dossier comme le CHUM, comme le CUSM et Sainte-Justine. Et j'aimerais juste que vous nous ventiliez une dernière fois... parce que, le petit commentaire de mon collègue, j'ai trouvé ça un petit peu gratuit, quand il a fait que c'est comme si on allait couper dans un comté, woups! parce qu'il n'est pas de la bonne couleur. Voyons donc, c'est fini, ce temps-là. On a vraiment dépassé ça. Puis c'est cette insinuation-là que je n'ai pas aimée, moi, dans son commentaire...

**Le Président (M. Kelley):** M. le député, je vous invite à la prudence...

**M. Auclair:** M. le Président, c'est l'insinuation de mon collègue que je n'avais pas aimée.

**Le Président (M. Kelley):** Non, non, mais, M. le... Premièrement, vous vous adressez à la présidence en tout temps... et, deuxièmement, ne pas prêter les intentions aux membres de la commission. Si on peut juste...

**M. Auclair:** Je m'en excuse, M. le Président, mais c'était un petit peu flagrant dans mon esprit. Donc, j'aimerais juste que vous nous ventiliez une dernière fois pour que ce soit bien clair que l'impact du CHUM, du CUSM, Sainte-Justine, pour la population pas juste de Montréal, mais, on s'entend, autant pour la couronne nord chez nous, à Laval, que les hôpitaux ailleurs... C'est quoi, l'impact pour la population, M. le ministre?

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

**M. Bolduc:** Je trouve intéressante l'approche du député de Vimont parce qu'il a bien expliqué qu'il ne faut pas pénaliser un secteur par rapport à l'autre, mais il faut plutôt rapprocher les soins aux patients, le plus près possible de la population. Puis ce qui a été fait, entre autres, dans le secteur de Laval, il y a eu l'oncologie puis il y a également au niveau de la cardiologie tertiaire, avec l'angiographie qui a été mise en place, la possibilité de dilatation, qui nous a permis d'améliorer nos délais d'attente.

Mais la contrepartie... puis ce n'est pas parce qu'on développe en région qu'on va négliger Montréal. Moi, je pense qu'il faut vraiment avoir une politique d'équité entre les régions, et chacun doit avoir son dû. Et, ce qu'il faut comprendre, autant Laval peut jouer un rôle régional pour les autres endroits de la région, autant on sait que le CHUM, le CUSM, Sainte-Justine vont être des projets nationaux dans lesquels toute la population du Québec peut aller se faire traiter.

L'autre élément que j'aimerais, avant de donner les coûts, c'est de comprendre que, dans le contexte économique actuel, c'est une belle chose qu'on puisse avoir des projets d'investissement, parce que tous les économistes au monde le disent: Dans le contexte actuel, les gouvernements qui vont bien s'en sortir, c'est les gouvernements qui vont avoir des projets d'infrastructures structurants. Ça, ça veut dire qu'on ne construit

pas pour construire, on construit pour répondre à des besoins de population. Et quoi de mieux, dans ce cas-là, que des hôpitaux, des centres de recherche puis des écoles. Et puis, dans notre secteur à nous autres, le ministère de la Santé, c'est beaucoup les hôpitaux mais également les centres de recherche. Parce que, la composante qu'il faut voir, le CHUM, ce n'est pas seulement qu'un hôpital, c'est également un centre de recherche.

Puis, pour vous donner des coûts, c'est que, le projet du CHUM, en termes d'infrastructures, les coûts estimés sont de, pour le CHUM, 1 577 000 000 \$. Pour le centre de recherche, qui est un apport économique à la région de Montréal et va permettre également d'avoir un genre de grappe de santé dans le centre-ville de Montréal, c'est 288 millions. Les deux projets ensemble, c'est 1 865 000 000 \$. Mais, pour être prévoyants, pour s'assurer qu'on puisse rester à l'intérieur des coûts proposés, c'est qu'on a prévu en plus de ça, à ce projet-là, déjà à l'avance, et non pas après pour, comme on disait tantôt, déboucher dans le milieu d'une rivière puis dire: Maintenant, il faudrait qu'on continue, c'est... on a fait une prime d'indexation et de risque évaluée à 650 millions, ce qui nous amène le projet, qui explique aussi le montant, de 2 515 000 000 \$.

Le projet du CHUM, du CUSM, qui, lui, également, est à 2,2 milliards, du CHU Sainte-Justine, qui est à 500 millions, nous amènent, pour la région de Montréal — c'est un projet extrêmement structurant — un montant investi de 5,2 milliards de dollars. En plus de se donner des infrastructures de qualité, en plus on crée de l'économie pour Montréal, et on sait qu'au Québec, actuellement, on en a grandement besoin dans un contexte de ralentissement économique.

Et puis, juste pour rappeler également, dans ce projet-là, c'est quoi, notre échéancier... c'est dommage que le député de La Peltrie ne soit pas là, parce qu'il est très, très fort sur les échéanciers, puis là je peux lui en proposer un beau, très réaliste: le lancement de l'appel de propositions en mars 2009; le dépôt des propositions en mars 2010; l'annonce du soumissionnaire sélectionné en juin 2010; la signature de l'entente du partenariat en septembre 2010; début de construction, septembre 2010; la livraison du CHUM, la phase I, l'hôpital complet, décembre 2013; et la livraison du CHUM phase II, le complément des lits puis des cliniques externes, en décembre 2018. Ça fait que c'est un projet très bien ficelé, réaliste et qui va être d'un grand apport pour la population du Québec.

**Le Président (M. Kelley):** Je sais que vous avez fait référence poliment, mais, en principe, on n'est pas censé de signaler l'absence d'un député.

**M. Bolduc:** O.K. Je ne savais pas. Excusez-moi, excusez-moi.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Vimont.

**M. Auclair:** Vite... Combien il reste de temps, M. le ministre? Je veux juste...

**Le Président (M. Kelley):** Six minutes.

**M. Auclair:** Six minutes. Ah! ça va être très bref. Parce que l'investissement aussi qu'on fait, M. le ministre, si je ne me trompe pas, c'est un investissement qui est très important au niveau de la rétention et, indirectement, encourager nos professionnels, nos jeunes médecins à venir pratiquer et rester pratiquer chez nous, parce qu'on va leur donner des infrastructures de haut niveau, ce qui va faire en sorte qu'on ne va pas les perdre, aux États-Unis ou ailleurs, parce qu'ils voudraient arriver dans des salles d'urgence ultramodernes, c'est ce qu'on va leur offrir.

Et, si je ne méprends pas non plus, ces investissements-là nous assurent le maintien de certaines autres infrastructures dont l'Hôpital Shriners à Montréal, qui a déjà discuté de ce volet-là, que ça faisait partie, très, très, très important, de son maintien, de ses investissements chez nous. Est-ce que je me trompe là-dessus?

● (12 heures) ●

**M. Bolduc:** Non, absolument pas. Entre autres, vous avez extrêmement raison sur le fait que nos professionnels travaillent dans des infrastructures modernes, nouvelles, qui répondent aux besoins. Et, comme de fait, le fait d'avoir des bâtisses neuves au niveau du CHUM, du CUSM et de Sainte-Justine va nous permettre d'avoir une meilleure rétention au niveau de nos professionnels ultraspécialisés. Vous savez que ces professionnels, ils sont recherchés partout dans le monde, c'est des gens qui ont des... c'est des experts dans leurs domaines, entre autres au niveau de la transplantation, et puis ces gens-là peuvent avoir des emplois à peu près partout, et c'est de se rendre compétitifs que de leur offrir des infrastructures ultramodernes pour donner des soins.

Et puis vous avez encore parfaitement raison, l'Hôpital Shriners va rester au Québec parce que... On va construire un nouvel établissement au niveau du CUSM, ils vont être sur le même terrain, et ça, c'est un complément à nos services de santé publics qu'on a au Québec. C'est un service de santé public mais financé de façon différente.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Laurier-Dorion.

### État de la situation dans le domaine de la psychiatrie légale

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. Si vous me permettez, M. le Président, j'aimerais amener le ministre sur un autre sujet, le sujet de la psychiatrie légale. Il s'agit d'un sujet qui m'intéresse, d'autant plus que j'ai pratiqué en droit criminel dans une ancienne vie, M. le Président, et au Service de l'aide juridique, section criminelle, de Montréal, et j'ai eu à traiter des dossiers et représenter des clients qui manifestement étaient atteints de troubles mentaux qui rendent évidemment la tâche et de l'avocat qui les représente, les tribunaux, évidemment les établissements de détention, beaucoup plus difficile. Ce n'est pas pour dire que le personnel des établissements de détention ne travaillent pas bien et ne travaillent pas fort. Je peux vous assurer, M. le Président, qu'ils font du très bon travail, mais évidemment on comprend qu'il y a des défis particuliers pour ces personnes-là.

Il y a eu des incidents malheureux. Il ne faut pas non plus alarmer trop, les incidents ne sont quand même pas répandus. Il n'y en a pas eu plusieurs, mais il y a quand même eu des décès de personnes atteintes de troubles mentaux, qui étaient des prévenues, attendant leur procès, entre autres au centre de détention Rivière-des-Prairies, qui est un endroit où les gens sont détenus d'une façon préventive pour permettre à des évaluations psychiatriques de déterminer s'ils sont aptes à subir leur procès, évidemment d'autres évaluations plus poussées pour savoir s'ils sont criminellement responsables du geste qui leur est reproché.

Il y a eu, à la suite de ces décès, des rapports de coroners. Je pense, entre autres, aux rapports Kronström, en mars 2001, M. le Président, et Dionne, en mai 2008, qui ont soulevé certaines questions et formulé certaines recommandations pour améliorer cette situation-là, puis, dans la mesure du possible, éviter ou minimiser au maximum la chance d'avoir d'autres incidents malheureux de ce genre-là dans nos établissements de détention.

Est-ce que le ministre pourrait, pour le bénéfice de tout le monde, les membres de la commission et les gens qui nous entendent, écoutent chez eux, nous expliquer quel est l'état de la situation actuellement et qu'est-ce qu'il compte faire pour adresser cette situation?

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

**M. Bolduc:** Dans un but pédagogique, puis il faut toujours passer du général au particulier... D'abord, au général, ce qu'il faut comprendre, c'est que, lorsque des gens commettent des crimes, il y a une partie de cette clientèle-là qui commet des crimes qui sont également atteints de maladie mentale. Leurs troubles psychiatriques peuvent être en relation directe avec la crime. Et puis on sait, exemple, que les gens qui sont schizophrènes, les gens qui font des psychoses souvent ne sont pas dans un état mental qu'ils sont capables de comprendre le sens de leurs gestes. La conséquence fait que, pour ce type de clientèle là, il faut leur offrir des services particuliers, et de les mettre en détention dans des pénitenciers n'est peut-être pas la solution, parce qu'avant de pouvoir faire face à la justice il faut d'abord faire leur évaluation de l'état mental, par la suite, s'il y a difficulté, les traiter et puis voir, là, qu'est-ce qui peut être fait avant de les criminaliser. Entre autres, un des problèmes qu'on a dans nos prisons, c'est qu'il y a eu des gens qui ont commis des gestes dans des situations dans lesquelles ils ne pouvaient pas être responsables, mais, lorsque vous les mettez en prison, vous avez des chances de plus les rendre criminels que si vous les mettez dans des institutions pour les faire traiter.

Un exemple, l'institution Pinel, à Montréal, offre des soins psychiatriques en même temps qu'offrir la détention. Puis ça nous prend également des centres qui nous permettent de faire l'évaluation de ces clientèles-là. Et c'est souvent à la demande des avocats des deux parties, parce que ce qu'eux autres veulent savoir, c'est jusqu'à quel point la personne était en contrôle de sa pensée lorsque les gestes se poursuivent.

Donc, premier objectif, c'est d'abord de revoir le système. Donc, on a demandé un état de situation par rapport à la psychiatrie légale au Québec. Deuxième

élément, c'est qu'on veut développer une organisation de services avec un réseau pour s'assurer que chaque patient qui a besoin des soins le fasse à un endroit qui est approprié pour sa condition, qui est également sécuritaire. Donc, il y a des travaux qui sont en train d'être faits actuellement pour revoir notre modèle organisationnel de la psychiatrie au Québec pour s'assurer que toute clientèle qui a commis un crime mais qui a besoin d'aide psychiatrique puisse être orientée au bon endroit. Et puis, ça, c'est un réseau qu'on va mettre en place. Et l'objectif final, c'est d'assurer aux citoyens un accès adéquat aux soins et également permettre au système pénal de pouvoir avoir accès à des évaluations psychiatriques appropriées et par la suite d'avoir de la bonne conduite face au geste qui a été commis et déterminer c'est quoi qui est le mieux pour la personne qui a commis le geste. Si vous avez quelqu'un qui est schizophrène puis qui est en état psychotique, bien, souvent, ce n'est pas la même personne que lorsque vous l'avez traité avec des médicaments, puis il faut prendre le soin de le traiter comme il faut, à l'intérieur d'un institut spécialisé dans ce domaine.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. M. le député de Marie-Victorin, pour un dernier bloc de 20 minutes, pour l'opposition officielle ce matin.

#### Plan québécois des infrastructures 2008-2013

**M. Drainville:** Merci, M. le Président. Juste pour en revenir au Plan québécois des infrastructures 2008-2013 de 8,7 milliards. M. le ministre, est-ce que vous pouvez déposer la liste... Je me reprends, M. le Président. Est-ce que le ministre peut déposer la liste des projets en exécution, les projets de 747 millions qui sont dans la section Parachèvement? On voit là, à la dernière ligne, 747 millions pour les projets en exécution. Est-ce qu'il serait possible de déposer la liste des projets en exécution?

**M. Bolduc:** Oui, demain, ça peut être disponible.

**M. Drainville:** Merci. Est-ce qu'il est possible également de déposer la liste des salles d'urgence? On voit des travaux pour 121,7 millions. Est-ce qu'il est possible de déposer la liste des salles d'urgence qui sont touchées par ces travaux?

**M. Bolduc:** La réponse va être courte: oui.

**M. Drainville:** Merci. Et finalement...

**M. Bolduc:** Mais je veux juste être clair. On peut juste déposer ceux qui sont annoncés...

**M. Drainville:** Oui.

**M. Bolduc:** ...parce que ceux qui ne sont pas annoncés, on ne peut pas les déposer, tant qu'ils n'ont pas été annoncés.

**M. Drainville:** Il n'y a pas de problème. Et finalement la réalisation, on voit là, la ligne... 287,2 millions pour l'acquisition de mobiliers et équipements et la

réalisation d'autres projets dans divers établissements du réseau. Même question: Est-ce que c'est possible de déposer la liste?

**M. Bolduc:** Oui, tout ce qui est annoncé est disponible. Il n'y a pas de problème.

**M. Drainville:** Et est-ce que je peux demander à M. Gauvreau, sans entamer une autre nuit de sommeil, si c'est possible pour lui de déposer ça demain, d'ici demain?

**M. Gauvreau (John):** On fait toujours notre possible pour répondre par diligence aux demandes.

**M. Bolduc:** On leur donne la possibilité de dormir deux heures la nuit.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Bolduc:** Si vous êtes d'accord.

**M. Drainville:** Je vais plaider pour qu'il en ait un peu plus quand même, M. le ministre.

Par ailleurs, une dernière question, toujours sur l'obtention des informations qui puissent nous permettre de bien faire le travail. Tout à l'heure, M. Gauvreau faisait référence au fait que le plan d'infrastructures est mis à jour annuellement, en décembre. Est-ce qu'il serait possible, M. le ministre... Excusez-moi. M. le Président, est-ce que le ministre peut s'engager à déposer la mise à jour annuelle du plan d'infrastructures lorsqu'elle est disponible? Est-ce qu'il pourrait la transmettre aux membres de cette commission sur une base annuelle, encore une fois, juste pour qu'on puisse faire le suivi des projets et voir ce qui avance? Est-ce que c'est possible?

**M. Bolduc:** La réponse, il faudrait valider, là. C'est parce que je veux juste qu'on respecte les règles. Ça, je pense que c'est du côté du Trésor. Mais c'est possible de les rendre disponibles à partir du moment que c'est accepté puis c'est voté.

**M. Drainville:** Oui?

**M. Bolduc:** Oui.

**M. Drainville:** C'est un engagement que le ministre prend, M. le Président.

**M. Bolduc:** Bien, c'est... Bon, c'est un engagement dans le sens qu'il faudrait contacter les... M. le Président, il faudrait contacter les gens au niveau de notre ministère, mais, à ma connaissance, c'est des documents qui peuvent être disponibles lorsque ça va être...

**Le Président (M. Kelley):** J'imagine, M. le député, que ça peut être également dans les demandes de l'opposition officielle à chaque année des crédits, parce que souvent ces genres de questions, ce sont des questions qui sont soulevées à chaque année, au moment de l'étude des crédits budgétaires.

**M. Drainville:** Mais la raison pour laquelle je le soulève maintenant, c'est que, comme ces documents-là sont disponibles à partir de décembre, j'aurais souhaité que nous puissions les obtenir dans les semaines qui suivent le dépôt au ministère. Voilà le sens de ma question.

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

**M. Bolduc:** M. le Président, je pense qu'on va clarifier la façon de fonctionner. Lorsqu'un document peut être mis public puis qu'il est disponible, on n'a aucun problème à le rendre disponible. Par contre, il y a un effort qui doit être fait de la part de l'opposition, il faudrait juste qu'ils nous fassent la demande à ce moment-là pour ne pas non plus qu'on dise à nos gens: Bien, maintenant, on va tout rendre disponible au fur et à mesure. Eux autres, ils savent ce qu'ils ont besoin. Il s'agirait qu'en décembre... Ils savent que la date, c'est décembre. À ce moment-là, ils font juste une demande d'accès, et on va leur rendre leurs documents disponibles.

Ce qui va faire qu'un document n'est pas... on ne le rendra pas disponible, c'est si, au niveau légal, on n'a pas à le rendre disponible ou il ne doit pas être rendu disponible, exemple, protégé par une question de confidentialité. Mais, en toute transparence, tous les documents qui sont possibles de donner, on va les donner, mais par contre l'opposition doit faire son travail de nous le demander, parce qu'on ne peut pas assumer tout ce qu'ils vont vouloir avoir, et on ne veut pas non plus en faire une règle récurrente qu'à chaque année... Mais, à chaque année, il faut en refaire la demande, et on va envoyer les documents, comme ils font souvent pour les demandes d'accès à certains documents.

● (12 h 10) ●

**M. Drainville:** Oui. M. le Président, je me permettrais tout simplement de dire que, s'il est pour nous la donner en vertu d'une demande d'accès, pourquoi ne pas tout simplement l'envoyer aux membres de la commission, aussi bien les membres du gouvernement que les membres de l'opposition? Ça faciliterait le travail.

**M. Auclair:** ...

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Vimont.

**M. Auclair:** Je comprends bien qu'est-ce que... où mon collègue aimerait aller en disant que le ministre s'engage à fournir tous les documents. Mais il faut être logique, là. Il y a les crédits et c'est...

**Le Président (M. Kelley):** ...règlement ou juste... sinon, je vais laisser le ministre...

**M. Auclair:** Le gros bon sens, M. le Président, l'article gros bon sens.

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

**M. Bolduc:** C'est ça. Moi, ce que je veux, je veux rendre l'information facilement disponible, puis je ne veux pas faire non plus de bureaucratie, là. Dans la méthode, je préconise... c'est de rendre possible qu'est-ce qui est accessible. Mais, à toutes les fois, nous autres, il

faut valider, si le document, on peut le rendre disponible ou pas, parce qu'il y a des règles qui s'appliquent.

Juste pour vous donner un exemple. Ce document-là, c'est un document qui appartient au Trésor. Bien, peut-être que ce serait mieux de faire la demande au Trésor pour avoir ce document-là. Et puis, nous autres, on ne veut pas gérer les affaires des autres ministères et puis on va s'occuper de nos affaires. Mais ça, c'est plus en relation avec le Trésor qu'avec nous autres. Et puis de passer par nous autres pour réussir à l'avoir, je pense qu'il faut faire la demande au bon endroit. Ce n'est pas qu'on ne veut pas le rendre disponible, moi, je suis de ceux qui... celui qui dit que l'information doit être transparente, excepté que, dans notre société, on accepte qu'il y ait des règles de confidentialité, d'accès à des documents. Et ça pourra peut-être éviter aussi qu'à un moment donné on rende un document et qu'on se fasse taxer après ça qu'on n'aurait pas dû le rendre. Je pense que c'est juste une question de bonne gestion de l'information.

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

## Centres hospitaliers universitaires (suite)

### Financement

**M. Drainville:** Merci, Pour en revenir aux centres universitaires, aux centres hospitaliers universitaires, M. le Président, bon, on sait qu'il y a une partie du financement qui doit provenir des fondations, une partie du financement qui doit provenir du gouvernement fédéral également. Est-ce que le ministre de la Santé peut nous dire: Si l'argent des fondations n'est pas au rendez-vous, qui va payer?

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

**M. Bolduc:** Bien, actuellement, suite à l'annonce du 30 mars, qui est une très belle annonce, à laquelle le milieu économique de Montréal était présent, le milieu politique de Montréal était présent, le milieu social de Montréal était présent, ce que nous avons comme écho actuellement, c'est qu'il y a un intérêt à ce que l'argent soit ramassé dans la communauté. Avant de dire qu'on ne l'a pas, je pense qu'on va laisser la chance au coureur, et on a encore quatre ans pour réussir à récolter l'argent.

Juste pour vous donner un exemple, l'argent du CUSM est présentement disponible, et je sais qu'il va y avoir du travail de fait au niveau de la fondation du CHUM pour s'assurer que le montant demandé de 200 millions soit disponible. Si, advenant qu'il y avait des problématiques pour raisons non connues, à ce moment-là, on s'ajustera en fonction du projet, mais, à ma connaissance, il n'y a rien qui nous laisse croire qu'on ne sera pas capable d'aller chercher le 200 millions de dollars au niveau de la fondation.

**M. Drainville:** Et, si l'argent qui doit provenir du fédéral n'est pas au rendez-vous, M. le Président, qui va payer?

**M. Bolduc:** Bon, c'est certain qu'il y a des discussions qui peuvent avoir lieu avec le fédéral. Et

l'argent au niveau du fédéral, c'était au niveau du centre de recherche, et le centre de recherche fait des demandes actuellement dans d'autres types de projets, et parce que c'est des projets qui sont récurrents mais qui changent de noms pratiquement à chaque année. Et puis on est déjà chanceux au Québec d'en avoir eu un parce que c'est des projets pour tout le Canada. Le CUSM a déjà eu son montant, et puis, du côté du CHUM également, ils sont en demande de le faire. Mais on peut assurer la population qu'indépendamment des résultats on n'empêchera pas le centre de recherche du CHUM et le CHUM de se construire parce que tout le monde a convenu que c'était essentiel que le Québec se dote de ces deux infrastructures pour la santé et la recherche.

**M. Drainville:** M. le Président, lorsque le ministre déclarait... en conférence de presse, le 1er avril dernier, il disait ceci à propos justement de dépassement de coûts éventuel, dépassement de coûts qui pourrait provenir, par exemple, d'un manque à gagner soit des fondations ou soit du fédéral, il déclarait ceci, le ministre: «...l'augmentation des coûts ne sera pas assumée par le privé. C'est qu'au niveau gouvernemental c'est un coût supplémentaire. C'est un coût supplémentaire.» Fin de citation. Donc, ce qu'on doit comprendre de cette déclaration, M. le Président, c'est que, si jamais l'argent des fondations n'est pas au rendez-vous ou que celui du fédéral n'est pas au rendez-vous, ce sera au gouvernement de payer la différence.

Est-ce que nous avons bien compris la déclaration du ministre du 1er avril dernier?

**M. Bolduc:** Dans un premier temps, on s'attend à ce que la fondation puisse récolter son 200 millions de dollars et qu'il y a des démarches, pour le centre de recherche, d'aller chercher des montants pour compenser, je pense que c'est l'équivalent d'un montant de 100 millions. Advenant le cas, pour des raisons non contrôlables, qu'on n'était pas capables d'avoir tout l'argent, vous comprendrez que, devant l'essentiel d'avoir ce projet... on va quand même ne pas laisser tomber un projet de 5,2 milliards pour, mettons, un exemple, 20 ou 25 millions de dollars, et, à ce moment-là, on trouvera la façon dont on va le financer. Et, oui, ça pourrait venir des fonds publics parce qu'on est assez présents au niveau du gros bon sens pour se rendre compte qu'on ne mettra pas un projet de 5,2 milliards de dollars, les trois projets ensemble, pour un montant de 10 ou 15 millions.

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

**M. Drainville:** M. le Président, et là le ministre pourra me corriger si je me trompe, je suis sûr que ça va lui faire plaisir de le faire, mais il a été question, à un moment donné, que les fondations du CHUM et du CUSM travaillent ensemble pour recueillir l'argent, pour ne pas qu'il y ait une concurrence entre les deux projets. Le ministre vient de nous dire que la part du CUSM est, si je comprends bien, ramassée, elle a été recueillie — dans un meilleur français. Celle du CHUM reste à recueillir.

Est-ce que c'est exact que les deux fondations pourraient, comment dire, faire cause commune pour

que l'argent qui doit être collecté par l'un et par l'autre soit fait en équipe?

**M. Bolduc:** La réponse, c'est oui, mais je ne peux pas vous donner jusqu'où ils sont dans leur collaboration. Mais j'ai rencontré le directeur général, le Dr Porter, du CUSM, et lui m'a dit qu'ils étaient en train de regarder actuellement pour partager certaines activités pour permettre d'avoir le financement au niveau du CHUM et également continuer d'avoir du financement au niveau du CUSM. Et puis la bonne nouvelle, c'est que, si le CUSM a déjà ramassé son 200 millions pour la communauté de Montréal, ça veut dire que maintenant on peut se consacrer sur le projet du CHUM, ce qui n'empêchera pas les autres fondations quand même d'avoir de l'argent. Mais vous comprenez qu'il y a une priorité au niveau de Montréal d'amasser l'argent pour le CHUM pour justement fournir les fonds de 200 millions de dollars pour le projet qui a été amélioré.

**M. Drainville:** O.K. Donc, je veux juste être sûr que je comprenne bien, là. Vous nous dites qu'il y aura une campagne commune, ou il n'y aura pas de campagne commune?

**M. Bolduc:** ...y avoir une campagne commune, et puis il semblerait que la fondation du CUSM et la fondation du CHUM vont faire une campagne commune au niveau des 250 grandes entreprises du Québec pour aller ramasser un montant de 90 millions de dollars, dans un premier temps.

**M. Drainville:** Et ça, c'est pour les centres hospitaliers universitaires ou c'est dans le cadre de leur campagne annuelle?

**M. Bolduc:** Bien, c'est... Là, il faut qu'ils ramassent 200 millions de dollars. On va les laisser gérer leurs affaires à l'interne, comment ils vont utiliser l'argent. Ce que, nous autres, on avait comme condition, c'est que le CHUM et le CUSM devaient fournir chacun 200 millions de dollars. Pour ce qui s'agit des modalités puis des paiements, bien on s'entendra après. On est d'accord que, si jamais ils fournissent 200 millions de dollars, c'est quand même assez bien.

**M. Drainville:** O.K. Mais, M. le Président, là, si on se met à la place de McGill, qui ont ramassé une bonne partie de l'argent qu'ils doivent recueillir aux fins de la construction de leur nouveau centre hospitalier universitaire... On leur demande: Prenez cet argent-là et partagez-le dans un fonds commun avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Est-ce que le ministre peut nous affirmer qu'effectivement il est certain, il est acquis maintenant que les deux fondations vont travailler ensemble pour ramasser les deux objectifs, pour atteindre les deux objectifs, c'est-à-dire que, une fois que celui du CUSM est atteint, le CUSM va aider le CHUM à atteindre le sien également? Est-ce que c'est ça qu'on doit comprendre?

**M. Bolduc:** Je pense que vous avez... M. le Président, je pense que le député a deux propos

complètement différents, soit qu'on est confus dans le concept, là. C'est que le CUSM a ramassé son argent, et puis il n'a pas à partager son 200 millions avec l'autre. Là, ce qu'il faut faire maintenant, c'est que les deux ensemble peuvent s'organiser pour avoir des activités pour qu'on puisse aller chercher le 200 millions au niveau du CHUM, ce qui n'empêchera pas le CUSM, Sainte-Justine, Cité de la santé, l'Hôpital de Chicoutimi puis l'Hôpital de Rimouski, que chacune des fondations va continuer à travailler dans leur milieu pour ramasser de l'argent. Et la pire chose qui pourrait arriver, c'est de faire des mariages obligés d'institutions indépendantes qui ont un grand apport au niveau de la santé du Québec.

● (12 h 20) ●

Une fondation, c'est un organisme à but non lucratif dont l'objectif est d'aider un établissement à mieux s'organiser. Ça fait que, moi, je me vois très mal comme ministre, tel que suggéré par le député de l'opposition, de faire des mariages obligés. Des obligations, ils en ont fait beaucoup dans le passé. Les gens ne répondent pas tellement bien à ça. Moi, je suis plus pour: Discutons, ayons un choix logique, mais travaillons ensemble. Et des mariages forcés, ce n'est pas des mariages qui durent à long terme.

**M. Drainville:** M. le Président, je ne parle pas... je ne dis pas que je favorise le mariage forcé, j'essaie de comprendre la mécanique. Je suis d'accord avec vous, on ne peut pas obliger une fondation à travailler pour une autre fondation. À partir du moment où le ministre nous confirme qu'il y aura un travail d'équipe, j'essaie de comprendre comment ça va fonctionner. Le ministre vient finalement de nous l'expliquer. Par contre, je tiens à rappeler une information au ministre. Il a l'air à penser que l'objectif de la Fondation du CUSM, c'est 200 millions. Ce n'est pas 200 millions, c'est 321 millions, en vertu du rapport du Vérificateur général.

Alors, est-ce que le ministre vient de nous dire que les 321 millions de McGill sont recueillis?

**M. Bolduc:** Non, à ma connaissance, ils ont recueilli 200 millions.

**M. Drainville:** M. Gignac a, je crois, une information, juste derrière vous, là.

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Kelley):** Soit M. Gignac prend la parole ou non, c'est difficile d'enregistrer ça informellement.

**M. Bolduc:** L'information, je vais la donner, c'est... Comme de fait, ils doivent récolter 320 millions, puis ils en ont 200 de récoltés jusqu'à date. Il va y avoir un travail commun, comme j'expliquais tantôt, où, dans un premier temps, ils vont solliciter 250 grandes entreprises du Québec pour aller chercher un montant de 90 millions. Mais ce qu'il faut comprendre également, c'est un travail qui se fait actuellement et ils ont encore quatre ans pour compléter leur projet de financement.

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

**M. Drainville:** Donc, ce qu'on doit comprendre, M. le Président, c'est: Le CUSM a 200 millions de recueillis, il leur reste 121 millions à recueillir pour leur propre campagne. Ce que je dois comprendre, M. le Président, c'est que, pour le 121 millions qu'il reste, le CUSM et le CHUM vont travailler ensemble à partir de maintenant pour les sommes qu'il reste à recueillir. Que ce soit pour le CUSM ou pour le CHUM, ils vont travailler ensemble?

**M. Bolduc:** Là, ce qu'il faut comprendre... et ce que je comprends dans leur projet, puis là il faudrait les amener à venir témoigner c'est quoi, leurs intentions... Ce que je comprends, c'est que, pour 90 millions, ils vont travailler ensemble pour 250 entreprises du Québec, ce qui n'empêche pas que chacun... Ce n'est pas une fusion de fondations qu'on est en train de faire, c'est un partage sur un projet particulier, qui est ce 90 millions. Mais ce que je comprends, c'est que le CHUM va continuer à travailler de son côté sur certains projets, le CUSM va continuer à travailler sur certains projets, ils vont probablement organiser chacun leurs marches, chacun leurs soupers, chacun leurs bals auxquels, d'ailleurs, j'assiste presque tous, je tiens à vous le dire, avec grand plaisir, parce qu'il faut reconnaître le travail que les fondations font, et puis je pense qu'une des façons de reconnaître le travail c'est au moins d'être présent, et de discuter, et puis de montrer qu'on est présent. D'ailleurs, le député de l'opposition était présent à un bal qu'on a fait ensemble, le bal des dragons, là, sur la Montérégie, bal très, très agréable.

**M. Drainville:** Mais je tiens à préciser, M. le Président, que nous n'avons pas dansé ensemble pour autant.

**Le Président (M. Kelley):** Précision notée.

**M. Bolduc:** Parce que j'ai refusé.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Drainville:** Le ministre prend ses rêves pour des réalités.

**Des voix:** Ah! Ah!

**M. Drainville:** M. le Président, il nous reste combien de minutes?

**Le Président (M. Kelley):** Trois minutes.

#### **Statut linguistique du Centre universitaire de santé McGill**

**M. Drainville:** Juste sur la question du statut linguistique du CUSM. Dans l'esprit du ministre, M. le Président, est-ce que le CUSM est une institution francophone?

**M. Bolduc:** Je ne sais pas au niveau juridique, puis je ne voudrais pas m'embarquer, mais, moi, ce que je pourrais vous dire, c'est que... à ma connaissance, c'est un statut bilingue, et, quand vous allez dans un établissement comme... du CUSM, vous pouvez être traité aussi bien en français qu'en anglais.

**M. Drainville:** Alors, M. le Président, en fait, le statut du CUSM, c'est un organisme reconnu, c'est un établissement reconnu, donc il doit offrir des services dans une autre langue que le français parce que justement une partie importante de sa clientèle n'a pas pour langue première le français. Mais la question que je veux poser au ministre, M. le Président, c'est: Dans quelle mesure est-ce que la francisation du CUSM est un objectif prioritaire pour lui?

**M. Bolduc:** Bien, au même titre que... Vous savez qu'il y a un des projets au Québec où on demande aux établissements de santé de pouvoir offrir des services dans une langue autre que le français, puis je vais vous donner un exemple.

Quand j'étais au Lac-Saint-Jean, qui est une région très francophone, il y avait un programme pour qu'au moins il y ait des personnes qui puissent répondre à une clientèle d'une autre langue, dont l'anglais. Juste pour vous donner un exemple, ce n'est pas seulement pour les Canadiens... pour les Québécois, mais également pour les touristes de l'extérieur qui viennent, on s'attend à ce qu'ils aient un certain service. Et puis, ici, au Québec, il y a des établissements, comme de fait que... il faut qu'ils offrent les services dans les deux langues, dont en priorité qui sont... services en anglais, et il faut qu'ils soient capables également de les offrir en français. Puis ce qu'on m'a dit, c'est que le nombre est de 30 établissements désignés à ce titre.

**M. Drainville:** Ma question est la suivante, M. le Président: Dans quelle mesure est-ce une priorité pour le ministre que le CUSM ait pour langue de travail le français? Je ne parle pas de la langue avec laquelle on doit servir les patients qui n'ont pas le français pour langue première ou qui souhaitent être desservis en anglais, ça va de soi, le CUSM doit continuer à desservir la clientèle anglophone dans la langue anglaise. Telle n'est pas la question, M. le Président. La question est la suivante: Est-ce qu'il souhaite... Tout en reconnaissant qu'il faut bien sûr desservir la communauté anglophone dans sa langue, est-ce que c'est une priorité pour lui que la langue de l'administration et la langue de travail du CUSM soient le français?

**M. Bolduc:** Je ne sais pas si c'est une question piège, mais, à ma connaissance, pour avoir été dans ces établissements-là, la majorité du temps, tout dépendant des gens qui se parlent... Si c'est deux anglophones qui parlent ensemble, je dirais même ils vont se parler en anglais, mais, dès qu'il y a un francophone qui se présente dans la conversation, la conversation vire au français. À ma connaissance, c'est la façon dont ça se déroule dans les établissements. Et puis on vise que, comme milieu de travail, les services soient disponibles dans les deux langues pour ces établissements.

**M. Drainville:** M. le Président, ce n'est pas un piège...

**Le Président (M. Kelley):** ...très rapidement, il vous reste 30 secondes.

**M. Drainville:** Oui. Ce n'est pas un piège, j'essaie de comprendre en fait, dans l'esprit du ministre, quel est

le statut de l'hôpital. Parce que la loi 101 s'applique évidemment à l'ensemble des institutions du Québec, et, dans le cas du CUSM, c'est effectivement un organisme qui est reconnu, donc il doit offrir des services dans la langue de la minorité. Donc, j'essaie de comprendre. Dans l'esprit du ministre, est-ce que le CUSM est une institution à laquelle s'applique la loi 101 et donc qui doit viser le plus possible à fonctionner en français?

**M. Bolduc:** La loi 101 s'applique dans ces établissements. D'ailleurs, j'étais un des grands partisans; moi, j'ai fait une partie de mon cours à McGill, puis ils parlaient toujours français avec moi. Ils ont plus appris le français que j'ai appris l'anglais avec eux autres.

**M. Drainville:** On va voir à l'usure maintenant, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Il vous reste comme quatre minutes, M. le député de Vimont. Alors, vous pouvez commencer un bloc avec quatre minutes.

#### Financement (suite)

**M. Auclair:** Thank you very much, Mr. Chair. I'll take this time to do it in English, because it seems that my colleague has certain problem with that.

So, first of all, I want to make sure that everybody understands that a patient is a patient, whatever which language he speaks and wherever he comes from. So, I never heard that in the Québec system, Mr. Chair, we made a distinction which language a person was talking or speaking.

Secondly, I'm happy at least that the cat is out of the box, because my colleague was slowly coming to a fact that there was a distinction between the community of CUSM versus le CHUM. And that, for me, irritates me the most, because it seems that the population of Montréal, the Montréal community, is separated between French and English. Maybe in his own party they make a difference between English and French-Canadian, Quebecer, but we don't. And I'm happy that it's not all redneck like him that are ahead in his own party.

**M. Drainville:** M. le Président...

**M. Auclair:** So, I would like to have a...

**Le Président (M. Kelley):** I would just remind that there are certain words you should be very careful and I would ask that you withdraw the word «redneck».

**M. Auclair:** I withdraw the word «redneck», even though I still believe he is.

**Le Président (M. Kelley):** Just withdraw, M. le député, please.

**M. Auclair:** I withdraw. So, Mr. Minister, I would like to know, in regard of the question of my colleague in regard of both foundations... I think it's important to know — and you mentioned Cité de la santé Foundation, that's one that is working hard also, and I'm sure there is, in other regions, that are doing the same — in regard of their objective... is to raise funds for all patients of

Québec, and basically that's what they're doing. I never understood... And you can just confirm to me, please, that the main objective of both foundations is basically to raise money. And this money comes from where? Which community is aimed when we say that the CUSM and the CHUM raise money? Do they say: O.K., for CUSM, it's only the Anglophones that contribute, or any other community? Or are we limited to say that it's the entire Montréal Community? Because I can take the example of my colleague here for Santa-Cabrini, that is Italian hospital.

So, I'm sorry, but this is the reality of the modern Province of Québec, not the old Province of Québec they would like to go back in.

**Le Président (M. Kelley):** Un court commentaire parce qu'il nous reste une minute.

**M. Bolduc:** Je pense que le député de Vimont nous ramène à l'essentiel, c'est de savoir qu'il faut remercier les communautés d'affaires et les citoyens qui encouragent nos fondations, et ils savent que ces fondations-là vont rapporter des meilleurs soins à toute la population. Et puis je pense que, que l'argent vienne de n'importe quelle communauté, l'important, c'est l'engagement de ces gens-là pour assurer que le Québec reçoive des bons soins. Puis, à la fin, ceux qui en profitent, c'est tous nos citoyens. Puis je remercie le député de Vimont de nous ramener aux vraies choses, de se sortir du débat de la langue, mais plutôt d'aller sur un débat de soins de santé pour une population dont celle des Québécois. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Avant de terminer, on a pris une pause de 10 minutes tantôt, il y a une proposition de comptabiliser les 10 minutes sur le temps des députés ministériels pour respecter l'ensemble de l'enveloppe. Est-ce qu'il y a un consentement que ces 10 minutes sont ainsi comptabilisées? La réponse est oui.

Sur ça, je vais suspendre nos travaux à 15 heures cet après-midi, dans cette même salle. Merci beaucoup.

*(Suspension de la séance à 12 h 30)*

*(Reprise à 15 h 48)*

**Le Président (M. Kelley):** À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission des affaires sociales reprend ses travaux.

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de procéder à l'étude, volet Services sociaux, des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2009-2010. Une enveloppe totale de cinq heures a été allouée pour ce volet.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Doyer (Matapédia) remplace Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve). Et Mme Gonthier (Mégantic-Compton) et M. Matte (Portneuf), qui étaient remplacés, l'étaient seulement pour la première partie de la séance.

## Services sociaux

**Le Président (M. Kelley):** Parfait. Merci beaucoup. On va préciser maintenant le déroulement de la commission pour ce bloc de cinq heures de temps. Je vous propose de procéder selon une discussion d'ordre général sur l'ensemble des programmes relatifs au volet Services sociaux et de répartir les interventions en blocs de 20 minutes comprenant les questions et les réponses. Est-ce qu'il y a un consentement pour procéder de cette manière?

**Des voix: ...**

**Le Président (M. Kelley):** Je comprends également qu'il y a un consentement pour répartir les temps de parole de la manière suivante: 50 % du temps au groupe parlementaire formant le gouvernement; 38 % pour l'opposition officielle; 10 % du temps pour le deuxième groupe d'opposition; et 2 % du temps pour le député de Mercier, qui a jusqu'à concurrence de 10 minutes. La différence de temps est imputée au temps réservé à l'opposition officielle. Est-ce que ça, c'est exact? Le grand calcul. Je vous avise que, dès maintenant, j'exercerai une vigilance afin que le temps utilisé entre les questions et les réponses soit équilibré de façon à favoriser les échanges. C'est pourquoi je vous invite à poser de courtes questions et incidemment à fournir des réponses tout aussi brèves.

● (15 h 50) ●

Maintenant, on va passer à la rubrique des remarques préliminaires s'il n'y a pas d'autre question. Nous allons débiter avec les remarques préliminaires. Je vous propose que les remarques... d'une durée de 10 minutes pour le groupe parlementaire formant le gouvernement et l'opposition officielle, et deux minutes pour le deuxième groupe de l'opposition. Est-ce qu'il y a un consentement pour procéder de cette manière?

**Une voix:** Consentement.

**Le Président (M. Kelley):** Alors, c'est un grand plaisir pour moi de céder la parole à la ministre déléguée aux Services sociaux. À vous la parole pour un maximum de 10 minutes, Mme la députée d'Anjou et ministre déléguée aux Services sociaux.

## Remarques préliminaires

### Mme Lise Thériault

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Chers collègues et porte-parole de l'opposition officielle, il me fait plaisir d'être parmi vous afin de procéder à cet exercice annuel qui permet aux collègues de l'Assemblée nationale de traiter de manière plus directe les enjeux touchant les services sociaux.

Je débiterai en vous disant que je sais que vous avez reçu tardivement les cahiers explicatifs des crédits. Je tenais à ce que vous puissiez recevoir des réponses complètes aux questions que vous aviez posées. Sachez que vous pouvez compter sur ma collaboration, celle de mon équipe du cabinet et celle du ministère afin de répondre le plus adéquatement possible à vos interrogations.

D'ailleurs, je tiens à vous présenter les gens qui m'accompagnent aujourd'hui: mon chef de cabinet, M. Guillaume Lefèvre; mes attachés politiques, qui sont à l'arrière, on a Mme Annie Lemieux, Geneviève Trudel, Guylaine Lapointe et Ginette L'Heureux; mon attaché de presse, Harold Fortin; l'équipe du ministère de la Santé et des Services sociaux, dont le sous-ministre, M. Jacques Cotton, et Mme Marie-Josée Guérette, sous-ministre adjointe de la Direction générale des services sociaux, ainsi que les chefs de service, Mme Rachel Ruest, Nicole Lemieux et Sylvie Lavoie.

Donc, depuis décembre dernier, j'ai le privilège d'assumer la responsabilité de ministre déléguée aux Services sociaux. Évidemment, je travaille en collaboration avec mon collègue le ministre de la Santé. Vous avez bien mentionné que c'étaient les crédits des Services sociaux, donc ça me fait bien plaisir. Le ministre de la Santé est un homme tout à fait charmant, nous avons une très belle relation, et je peux vous dire que le ministère de la Santé et des Services sociaux est entre bonnes mains.

Ce mandat, M. le Président, me tient à cœur, et je remercie le premier ministre de m'avoir accordé sa confiance pour relever ce défi. À la base des services sociaux, on retrouve des valeurs de compassion, de solidarité et d'entraide. En ce moment, je crois que nous sommes encore plus à même d'apprécier la pertinence et l'importance de ces valeurs qui font la différence auprès des personnes plus vulnérables de notre société. Je parle ici de nos aînés en perte d'autonomie ainsi que des personnes âgées qui sont isolées. Je pense également aux personnes qui sont aux prises avec un problème de dépendance à la drogue, à l'alcool ou même aux jeux de hasard. Ce sont aussi les personnes qui subissent une forme ou une autre de violence, qui ne parviennent pas à s'en sortir. Ce sont également nos jeunes qui traversent des périodes difficiles, ceux qui vivent des situations de maltraitance ou d'abus, ceux qui sont abandonnés ou qui ne trouvent pas, au sein de leurs familles, la présence et le soutien nécessaires à leur développement.

Par ailleurs, j'ai une pensée particulière pour les personnes de tous âges qui vivent avec une déficience intellectuelle ou physique, un trouble envahissant du développement, comme l'autisme, et qui ont besoin d'être accompagnées pour participer dignement à la société, chacune à sa manière. Tous ces gens peuvent trouver de l'aide auprès du solide réseau des services sociaux, que notre gouvernement a soutenu de façon admirable depuis 2003.

M. le Président, vous savez comme moi qu'il est impossible de résumer en 10 minutes les actions de notre gouvernement, étant donné l'ampleur des investissements qui ont été réalisés au cours des dernières années. Je dresserai donc un bref portrait de la situation, et nous aurons l'occasion, je l'espère, d'en discuter durant les cinq heures qui sont consacrées à l'étude de nos crédits. Ainsi, dans le secteur de la jeunesse, nous avons consacré 91 millions de dollars pour améliorer les services de première ligne et les services spécialisés aux jeunes et aux familles offerts dans les centres jeunesse. De plus, avec la Stratégie action jeunesse, dont le premier ministre a récemment lancé les nouvelles mesures pour la période 2009-2014, ce sont 27,5 millions de dollars qui seront investis sur cinq ans, dans le champ social,

pour l'intégration des jeunes, la prévention de la toxicomanie, l'éducation à la sexualité et l'intervention auprès des familles négligentes.

Concernant le problème de la violence conjugale, nous avons investi plus de 90 millions de dollars pour offrir de meilleurs services aux femmes qui en sont victimes et à leurs enfants ainsi qu'aux conjoints qui ont des comportements violents. Une grande partie de ces investissements est allée aux maisons d'hébergement et aux centres de femmes afin de soutenir leurs missions. Par ailleurs, nous avons rehaussé le financement des organismes communautaires offrant des services aux victimes d'agressions sexuelles.

Du côté des toxicomanies et des dépendances, des phénomènes qui touchent toute la population mais tout particulièrement les jeunes, nous avons investi 10 millions de dollars depuis 2003. Les services pour les personnes à risque de développer une dépendance ont également été mis en place dans les centres de santé et de services sociaux.

M. le Président, je tiens à saluer le travail considérable effectué par nos organismes communautaires qui oeuvrent en partenariat avec le réseau des services sociaux. Vous savez que nous en avons plus de 3 000 qui travaillent avec nous. Ils font un travail formidable sur le terrain, et je les considère comme des partenaires essentiels qui jouent un rôle important auprès des plus démunis. Ainsi, nous avons augmenté le budget consacré au Programme de soutien aux organismes communautaires de près de 60 % depuis 2003, pour atteindre plus de 436 millions de dollars la dernière année, soit 2008-2009. Ces montants ont permis de consolider et d'accroître les services offerts par les organismes communautaires dans le secteur des services sociaux. De même, l'augmentation de ces investissements a permis d'améliorer le soutien aux grands refuges ainsi qu'aux organismes qui interviennent dans le domaine de l'itinérance.

De plus, en lien avec l'évolution du phénomène de l'itinérance, le ministère a rendu public le Cadre de référence en itinérance qui vise à mobiliser le réseau de la santé et des services sociaux afin de mieux prévenir ce problème et améliorer l'intervention en la matière, avec la collaboration de tous les ministères concernés.

Par ailleurs, notre gouvernement a consacré 143 millions de dollars depuis 2003 pour offrir des meilleurs services aux personnes qui présentent une déficience physique ou intellectuelle, ou un trouble envahissant du développement, ce qu'on appelle les enfants TED. Cette somme, et l'immense travail de concertation qui a été réalisé, nous permet d'accomplir de belles avancées. Pour les TED, on peut même parler d'un véritable pas de géant puisque les services étaient pratiquement inexistantes en 2003.

Globalement, on peut affirmer que l'intégration à la société des personnes handicapées a connu des améliorations considérables au cours des années passées. L'adoption du budget de cette année nous permettra de continuer nos actions en ce sens avec l'ajout de 35 millions de dollars supplémentaires. Enfin, il faut signaler les améliorations notables qui ont été réalisées depuis 2003 du côté des services aux personnes âgées et en perte d'autonomie. Au total, ce secteur a bénéficié d'investissements colossaux atteignant 362 millions de dollars.

Cette somme a été répartie notamment entre les services de maintien à domicile, les soins de longue durée et le développement de nouvelles formes d'hébergement fondées sur l'approche des milieux de vie. Attentif à la qualité des services offerts à nos aînés, notre gouvernement a mis en oeuvre un ensemble de mesures telles que les visites d'appréciation, la certification des résidences évoquées pour les personnes âgées, les projets novateurs évoqués précédemment pour s'assurer du maintien de cette qualité.

Évidemment, le temps me manque pour que je puisse vous faire état, à ce moment-ci, de tout le progrès accompli dans le vaste secteur des services sociaux. Je crois que, par son bilan, notre gouvernement a su montrer l'importance qu'il accorde à la protection et au développement des enfants, au mieux-être des familles, des aînés et des personnes victimes de violence, à la participation sociale des personnes handicapées et à la réinsertion de celles qui ont une dépendance.

Nous avons fait le choix de protéger les services, et, cela, la population le sait. Je peux vous confirmer que nous allons poursuivre dans cette direction afin de consolider les services existants et, pour ce faire, nous allons continuer à travailler de concert avec tous les partenaires du réseau.

● (16 heures) ●

Ceux qui me connaissent savent que je suis une femme de terrain. Jusqu'à présent, j'ai rencontré et visité les intervenants de plusieurs organismes. M. le Président, j'entends bien demeurer à l'écoute des gens tout au long de mon mandat et je m'efforcerai de toujours garder bien vivant ce contact avec la base de notre réseau.

Lors de son discours inaugural, le premier ministre a affirmé que, malgré la tempête que nous traversons et la pression qu'elle exerce sur les finances publiques, nous allons continuer à honorer nos responsabilités envers les personnes les plus vulnérables de la société. Et cette responsabilité passe, entre autres, par les services sociaux offerts à la population québécoise. M. le Président, en dépit du contexte économique, je suis très heureuse de vous confirmer qu'il n'y aura pas de coupure de services cette année.

Je tiens à assurer mes collègues députés et porte-parole de l'opposition de toute ma collaboration afin d'avoir des échanges constructifs au cours de cette étude de crédits. Je vous remercie, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, Mme la ministre. Maintenant, je suis prêt à céder la parole à la porte-parole de l'opposition officielle, Mme la députée de Matapédia, pour une intervention d'une durée maximale de 10 minutes.

**Mme Danielle Doyer**

**Mme Doyer:** Merci beaucoup, M. le Président. Et je n'utiliserai pas ces 10 minutes, je vais utiliser à peine quelques minutes parce que je veux commencer à questionner tout de suite Mme la ministre.

Alors, en introduction, je veux d'abord saluer les gens qui sont ici, vous, M. le Président. Parce que ce sont mes études... mes premières études de crédits dans cette législature, après presque 15 années en septembre, ça va faire 15 ans que je suis députée, alors on se connaît,

ça fait longtemps, et je veux vous saluer, saluer aussi votre travail, et mes collègues, et aussi la ministre, et toutes les personnes qui l'accompagnent, et dire que je veux travailler de façon effectivement constructive, parce que, vous savez, en affaires sociales, c'est souvent... ce sont des dossiers qui traitent des plus vulnérables de notre société. Et des fois ce n'est même pas une question d'argent, d'argent en ce sens que même les plus riches sont parfois les plus vulnérables, et les plus pauvres ont parfois aussi des ressources insoupçonnées. Alors, moi, je veux qu'on ait des discussions constructives, des discussions sur le Québec dans son ensemble bien sûr, les problèmes qui sont les nôtres, les problèmes de financement des services publics.

Mais aussi je veux, M. le Président, saluer le travail de toutes les personnes qui sont en parallèle et intégrées, et des partenaires du réseau des services sociaux, du réseau public, je parle des organismes communautaires, de tous ceux aussi qui oeuvrent dans l'ombre, de tous ceux qui sont reconnus, mais de tous ceux qui ne le sont pas aussi.

Alors, pour moi qui ai voyagé dernièrement au El Salvador, je peux vous dire que je reconnais qu'on a fait beaucoup au Québec. Mais il reste beaucoup à faire. Parce que, quand je regarde ce à quoi l'Organisation mondiale de la santé nous convie, elle nous convie à accroître les investissements pour développer la santé et, depuis que je suis députée, même avant, M. le Président... Et je suis sûre que vous allez être d'accord avec moi, ce n'est pas une dépense, les dépenses en santé, en prévention, c'est un investissement — et même si on a... et, avec réalisme, ça va chercher 45 % du budget du gouvernement du Québec — mais quand on fait de la prévention, quand on agit sur les problématiques, mais pas quand elles deviennent les plus aiguës mais qu'on est capables d'intervenir quand les problèmes se découvrent, quand on fait de la détection précoce des problématiques — par exemple, pour les enfants, on est capables d'intervenir avant qu'elles arrivent à l'école, hein — quand on intervient en aidant les familles avec les organismes communautaires, quand on fait de l'action dans les différents milieux, que ce soit en milieu rural, comme dans mon comté de Matapédia, ou que ce soit en milieu urbain, les problématiques de violence faite aux femmes, de problématiques avec les enfants, quel que soit le problème...

En santé mentale, par exemple, la réalité des problèmes, elle est la même partout. Ce sont les moyens qui ne sont pas nécessairement les mêmes partout mais à déployer peut-être différemment et à faire en sorte qu'elles puissent... qu'on n'ait pas du mur-à-mur, comme on dit, M. le Président.

Alors, moi, je veux vous dire, M. le Président, que je suis aussi inquiète, en ce sens... comme bien des Québécois, quand je regarde la situation économique du Québec: on est à travailler actuellement avec un déficit de 3,9 milliards cette année, de 3,8 milliards l'an prochain, probablement qu'on a une dette, depuis 2003, qui s'est accumulée, qui a grossi de 53 %. J'écoutais les crédits de mon collègue le député de Marie-Victorin avec le ministre de la Santé, c'est inquiétant de voir... Bon. L'argent ne pousse pas dans les arbres, on va devoir le trouver.

Dans les crédits, lorsque j'ai fait la revue des différents programmes, je vois bien qu'on n'a pas

répondu aux demandes des organismes communautaires, on n'a pas répondu à certains groupes. On a, dans chacune de nos régions, plusieurs organismes qui veulent être reconnus, avoir du financement récurrent et auxquels on ne peut pas répondre. Et, moi, étant convaincue, M. le Président, je vous le redis, que les investissements en santé, services sociaux, les investissements qu'on met en prévention, c'est de l'argent qu'on n'aura pas à mettre en situation de crise.

Alors, je veux commencer l'étude des crédits tout de suite et je commencerai, M. le Président, par le bloc Organismes communautaires. Et on a dit qu'on ferait une discussion générale, et je vais y aller, par exemple, santé mentale, organismes communautaires, services sociaux. Et je pense qu'avec la ministre on devrait être capables de travailler correctement puis d'aller au fond des choses. Alors, M. le Président, je commencerais tout de suite, si vous me le permettez.

**Le Président (M. Kelley):** Juste pour faire le calcul, vous avez utilisé 4 min 30 s, alors on va ajouter le 5 min 30 s non utilisé pour vos remarques préliminaires à votre bloc de questions. Le premier bloc de 20 minutes est à vous, Mme la députée de Matapédia.

### Discussion générale

#### Soutien aux organismes communautaires

**Mme Doyer:** Merci. Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'irais avec... Je suis assurée que la ministre des Services sociaux a lu comme moi les articles en fin de semaine, les articles de *La Presse* et du *Soleil* aussi, qui ont été repris: *La mort en révolution* — Les causes de décès des Québécois ont bien changé en 30 ans, j'ai trouvé ça intéressant. Et on y voit aussi les différentes causes de décès. Il y a dans ces... *De quoi meurt-on au Québec?* Alors, l'avez-vous lu, M. le Président?

**Le Président (M. Kelley):** Pardon?

**Mme Doyer:** Est-ce que vous l'avez lu? Je vous invite à le lire, *La mort en révolution*. Ça veut dire qu'en 2009 ici, au Québec, les problèmes ne sont pas nécessairement les mêmes qu'il y a des décennies au niveau des décès des gens mais aussi au niveau de la morbidité, au niveau des maladies mais aussi au niveau des problèmes qui nous affectent.

Alors, moi, dans le bloc Actions communautaires... D'abord, d'entrée de jeu, je veux saluer tous ces milliers d'organismes qui travaillent, dans chacune des régions du Québec, dans chacune des MRC, à nous aider à travailler sur les différents problèmes que vivent les Québécois et les Québécoises.

Alors, M. le Président, dans le plan budgétaire 2009-2010 du ministère des Finances, on note que le budget du MSSS, qui atteint 26 872 000 000 \$ en 2009-2010, connaît une augmentation à 1 450 000 000 \$ en 2009-2010, soit une croissance de 5,7 % par rapport à 2008-2009. L'augmentation est plus forte que celle de 2007-2008... 2009 de 1,3 milliard. L'injection de 4 millions sera consacrée à la mise en place d'un plan d'action gouvernemental visant à contrer la maltraitance envers les aînés.

J'expose la problématique. Dans le budget des dépenses 2009-2010 du Conseil du trésor, volume II, Crédits des ministères et organismes, on note une variation des dépenses dans les fonctions régionales, les sommes octroyées aux agences, de 840 146 800 \$, soit une augmentation de 4,6 % entre 2008-2009 et 2009-2010.

De cette somme, quand on décortique cette somme, M. le Président, 35 millions sont destinés à la poursuite du Plan d'accès aux services destinés aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, soit 0,04 % du montant de la croissance.

De cette somme, 35 millions sont destinés à l'annualisation des nouveaux services implantés en 2008-2009, soit les personnes âgées, les jeunes en difficulté et leurs familles, ainsi qu'aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, soit 0,04 % du montant de la croissance.

De cette somme, 91,3 millions iront pour l'indexation des dépenses autres que salariales, généralement le taux d'indexation consenti aux organismes communautaires. On note que la croissance possible du financement consenti aux organismes communautaires a de grandes chances de provenir de ces postes budgétaires, selon notre analyse à nous. Il faut donc considérer que la croissance du Programme de soutien aux organismes communautaires sera constituée d'une fraction de ces augmentations.

Sur la croissance du budget du MSSS, seulement 49 millions sont attribués au développement du réseau et des programmes de support des partenaires. Ces sommes sont assignées à deux volets: 35 millions pour le plan d'accès pour les services en déficience intellectuelle, déficience physique et TED, et 14 millions pour développer de nouveaux groupes de médecine familiale. Or, le budget de développement connaît une décroissance de 72 % comparativement au budget de développement 2008-2009, qui est de 176 millions.

● (16 h 10) ●

Alors, dans le budget des dépenses 2009-2010 du Conseil du trésor, volume III, Plans annuels de gestion des dépenses des ministères et organismes, on note que 425 430 000 \$ de crédits provenant du programme des fonctions régionales seront consentis aux organismes communautaires et autres organismes, pour une augmentation de 46 551 000 \$ par rapport à 2008-2009, 378 879 000 \$, soit une croissance de 12 % entre 2008-2009 et 2009-2010. Notez que, dans le premier calcul, la catégorie regroupe des organismes communautaires et autres organismes, alors que, dans le second calcul, la catégorie ne regroupe que des organismes communautaires.

Plusieurs agences affirment que le MSSS offre une indexation de 1,4 % pour le Programme de soutien aux organismes communautaires. En 2008-2009, l'écart entre les demandes du Programme de soutien aux organismes communautaires, des organismes communautaires en santé et services sociaux, et le financement octroyé par le MSSS était de 189 millions. C'est la recherche de la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires qui nous dit ça à partir des sources des données du MSSS, des agences et des organismes communautaires.

Les 3 400 organismes communautaires représentés par la coalition TROC et les tables régionales des

organismes communautaires demandent, dès cette année, un rehaussement de financement de 47 millions — et je sais qu'ils ont rencontré la ministre, et ils m'ont rencontrée aussi — ils demandent 47 millions par année et pour quatre ans, ce qui fait 180 millions, 45 multiplié par quatre, plus 9 millions au niveau de l'administration. Le rehaussement devrait se présenter sous la forme d'un plan de redressement qui prioriserait la consolidation des organismes communautaires existant, comme vous le savez, Mme la ministre. Les mécanismes de ce plan de rehaussement sont présentement en négociation au sous-comité de travail sur le financement, du Comité valorisation et consolidation de l'action communautaire du MSSS.

Mes questions à la ministre, M. le Président. Considérant que le gouvernement du Québec, par la politique de l'action communautaire: une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec, place les organismes communautaires au centre des pratiques sociales québécoises et reconnaît leur rôle dans le développement social et économique du Québec.

Considérant que le mouvement communautaire constitue aussi une force économique importante en période de crise économique — parce qu'une revue de presse nous apprend que plein de problèmes ont augmenté et qu'il y a une pression qui s'exerce sur les différents organismes communautaires actuellement. Il y a 20 000 employés, 300 000 bénévoles qui sont en action dans les organismes communautaires au Québec, le mouvement communautaire rejoint près de deux des 7,4 millions d'habitants du Québec — que les activités des organismes communautaires rejoignent les plus vulnérables de notre société et que leur action permet de prévenir l'exclusion sociale.

Considérant que la crise économique a déjà des influences sur la croissance des demandes de services auprès des organismes communautaires — je pourrais vous donner une multitude d'exemples: les banques alimentaires dans ma circonscription, à Montréal, dans plein de quartiers, dans des... les collègues qui viennent me dire constamment qu'il y a une pression qui s'exerce actuellement, M. le Président, Mme la ministre, sur les organismes qui aident, compte tenu de la crise économique qu'on vit — que les demandes des organismes communautaires sont appuyées par la population, les acteurs du milieu, les municipalités, les trois partis d'opposition, comme l'a illustré la campagne d'appui aux organismes communautaires. Et je vous dépose la signature de mes 51 collègues, M. le Président, officiellement, qui ont signé lorsqu'on avait fait une conférence de presse. Il y avait mon collègue le député de Mercier, il y avait moi qui représentais tous les collègues, les 51 de mon parti.

Alors, pourquoi le gouvernement n'accorde-t-il pas, dans ce présent budget, les 47 millions demandés par les organismes communautaires? Et je veux vous dire, M. le Président, que c'est très difficile de se retrouver dans les chiffres pour voir quel va être le rehaussement de budget que vont pouvoir faire les agences dans chacune des régions. Et où il est, le rehaussement, s'il y en a un? Puis il n'y en a pas, à mon idée il n'y a pas le 45 millions, parce que, s'il l'avait, là, il se serait... le gouvernement se serait empressé de l'annoncer. Donc,

c'est 45 millions plus 2 millions: 45 millions directement aux organismes communautaires, qui a été demandé, plus un 2 millions d'administratif. Voilà, M. le Président.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le député... M. le Président et Mme la députée. Je dois, d'entrée de jeu, vous dire que je vous comprends, c'est vrai que c'est difficile de se retrouver parmi les chiffres. J'avoue que, moi-même, au début, j'y perdais presque mon latin et j'ai compris que, dans le ministère de la Santé et des Services sociaux, évidemment de par la grandeur du réseau, il y a... il faut réellement regarder de manière attentive dans chaque poste, parce qu'on peut partir avec des montants en début d'année et, à la fin de l'année, on va avoir augmenté.

Donc, si on prend pour les organismes communautaires particulièrement, parce que vous me parliez de leur réalité, le chiffre que vous avez à la question particulière qui nous était adressée dans le cahier, O.K., au moment où la donnée, elle était disponible — bougez pas — on avait le budget... on regarde le budget de dépenses qui était à 425 millions, le budget de dépenses pour 2008-2009 qui était à 394 millions, plus une petite variation qui donnait une variation de 7 %. Par contre, nous venons de recevoir le total des chiffres qui ont été investis dans Programme de soutien aux organismes communautaires par les agences, parce que ce sont les agences qui vont affecter les sommes, et je suis en mesure de vous dire que nous terminons l'année 2008-2009 avec un montant de 436 155 000 \$ qui a été investi dans les organismes communautaires. Donc, si on regarde entre l'année 2007 et 2008, en 2007-2008, nous étions à 399 240 000 \$. Donc, on peut voir qu'il y a une augmentation de pratiquement 37 millions de dollars dans la dernière année, entre le début de l'année et le départ. Donc, pour l'année qui s'en vient, la 2009-2010, nous allons repartir d'office avec le montant qui est inscrit, à 436 155 000 \$, puisque nous avons terminé notre année financière avec ce montant-là. Et là il y aura des sommes qui seront rajoutées.

À chaque année, au ministère, lorsqu'on regarde... On est partis, en 2003-2004, à 302 millions, et les variations ont toujours été en augmentation. Si je prends le total de l'enveloppe, autant pour les groupes nationaux que pour les groupes régionaux, à ce moment-là, vous voyez, en 2003-2004, il y a eu 10 % d'augmentation; en 2004-2005, 7,9 %; en 2005-2006, 6,8 %; en 2006-2007, 6 %; en 2007-2008, 14,4 %; et dans la dernière année qu'on vient de terminer, 17,9 % d'augmentation. Donc, le gouvernement a, au cours des six dernières années, augmenté le financement pour les organismes communautaires de pas loin de 60 %: ça donne 58,99 %, 59 %.

Donc, évidemment, au niveau des organismes communautaires, je suis d'accord avec vous, Mme la députée, les organismes communautaires font un travail qui est incroyable sur le terrain. Moi, je les ai toujours considérés comme étant des partenaires de la première heure. Tous les députés de l'Assemblée nationale vont vous dire qu'on travaille avec nos groupes communautaires. Je pense que le gouvernement fait des efforts considérables.

Évidemment, les difficultés économiques qu'on vit nous forcent à faire des choix, évidemment. Mais, je l'ai dit dans mes remarques d'introduction, les plus vulnérables de la société ont besoin d'être protégés. Donc, il est évident que, lorsqu'on regarde ce que le gouvernement a fait dans le passé, les investissements, les sommes d'argent sont au rendez-vous. Je comprends très bien que ce n'est pas 47 millions comme le réclamaient les organismes communautaires, mais il faut quand même dire qu'il y a eu 37 millions, juste au cours de la dernière année, qui a été investi et que, pour l'année qui va s'en venir, automatiquement on part avec le 436 millions, et il y a des sommes qui seront rajoutées. Donc, on va savoir juste à la fin de l'année prochaine le vrai montant total.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

**Mme Doyer:** Et, outre... Merci, M. le Président. Parce que, quand on regarde dans les crédits, il y a Organismes communautaires et autres organismes aussi. Il faut bien décortiquer ça pour voir où l'argent est allé. Alors, moi, M. le Président, je veux bien croire la ministre qu'il y a eu un effort de fait dans les dernières années...

**Mme Thériault:** Je m'excuse, Mme la députée, est-ce que je peux savoir à quelle page vous êtes dans le cahier? Ça va être plus facile pour nous de suivre. Dans lequel cahier et quelle page, s'il vous plaît?

**Mme Doyer:** Page 169, volume II, page 169, Fonctions régionales.

**Mme Thériault:** Du livre des crédits?

**Mme Doyer:** Oui. Du volume III, Plans annuels de gestion des dépenses des ministères et organismes, programme 2, Fonctions régionales, page 169.

● (16 h 20) ●

Parce que, moi, M. le Président, je veux bien croire, là, qu'il y a eu des efforts de faits, mais, ce qu'il faut voir, ces efforts qui ont été faits dans chacune des régions... Comment ça se fait qu'ils ont manifesté tant que ça, là, si ces efforts-là avaient été faits et qu'on ne se ramassait pas avec des situations difficiles aussi? Parce que ce qu'il faut voir, c'est que, dans les dernières années, juste dans ma région à moi, on a eu une crise forestière qui a été douloureuse. En Abitibi-Témiscamingue... dans chacune des régions du Québec, il y a des difficultés qui ont été vécues. Et là, moi, quand je regarde la...

Je fais une revue des médias dans la dernière année, même j'irais au-delà, mais prenons seulement dans les derniers mois, la dernière année, bon... Et j'ai eu des représentation de presque chacune des régions. Les tables, la coalition ont fait des pressions. C'est: *Les organismes communautaires en crise*, hausse des demandes dans les soupes populaires, les banques alimentaires. Les gens disent...

«Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal, qui regroupe plus de [500]organismes communautaires, interpelle le gouvernement pour empêcher le gel des dépenses dans les

programmes sociaux dans le prochain budget. On trouve cela inacceptable que le gouvernement prévoit un retour au déficit budgétaire pour encourager l'économie et les entreprises, sans rien mettre de l'avant pour les programmes sociaux.» Alors... Et on dit: «L'effet de la crise se fait sentir[...], on est sous-financés.» Puis ils remarquent une affluence beaucoup plus grande à la soupe populaire puis dans les différents organismes.

*Le Centre de prévention du suicide crie à l'aide.*

Hausse de 20 % du nombre d'appels, 2 000 appels en mars, de plus, au centre de suicide du Québec... de prévention du suicide. Ils ont dit: «Seulement en mars[...], les hôpitaux de Québec ont [adressé] à l'organisme 43 cas à haut risque», là. Et, M. le Président, ça rejoint ce que la ministre disait, que ce sont des partenaires. On peut leur en mettre beaucoup sur les épaules et constamment sur les épaules, mais, à un moment donné, ça ne suffit plus.

Et j'ai un article là-dedans qui concerne ma circonscription — je ne le retrouve pas, mais je le connais par coeur: Moisson Vallée qui ont dû fermer pendant quelques semaines. Et, M. le Président, c'est ça, la réalité, au Québec, de plusieurs organismes communautaires, ils doivent fermer. Ils essaient de fermer l'été, quand ça ne touche pas trop leur clientèle, ou ils choisissent les moments où ça ne fait pas trop mal. Mais ils choisissent des moments pour se remettre à flot, ils utilisent les ressources des centres locaux d'emploi, qui peuvent être... les subventionner, hein? Et souvent, bon, les CLE disent: On ne peut plus vous subventionner, là, on a étiré l'élastique.

Alors, je pense que, M. le Président — vous qui êtes expérimenté en politique, ça fait longtemps que vous êtes député, Mme la ministre est là, elle a été députée, elle est revenue, elle est ministre — moi, ce que je veux vous dire, c'est que comment ça se fait qu'ils ne sont pas contents si vous avez augmenté tant que ça à travers les années? Pourquoi ils continuent de faire ces revendications-là?

Et il faut noter aussi que, dans chacune des agences, il y a des organismes qui sont reconnus mais pas financés, hein? Ça, vous allez être d'accord avec moi, ils sont reconnus mais pas financés, puis ils essaient d'avoir le pied dans la porte, puis ils disent: Bon, bien, on est une maison des jeunes, mais on a du financement de misère, mais, peut-être dans un an ou deux, on va être reconnus et financés avec des budgets récurrents. Et les maisons de femmes. Et des gens qui essaient d'aider les hommes.

Vous me dites d'atterrir, j'atterris. Parce que comment ça se fait qu'ils ont demandé 180 millions sur quatre ans, plus... Et vous dites que vous avez donné 37 millions, comment ça se fait? Vous allez... Puis, cette année, là, avec la crise économique, est-ce que la ministre est d'accord avec moi que ça va exercer une pression, partout au Québec, sur nos organismes?

**Mme Thériault:** Mme la députée...

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Non, c'est parce que d'habitude c'était moi qui étais présidente de l'autre côté puis... excusez.

Mme la députée, oui, je comprends parfaitement ce que vous dites. Écoutez, moi, les organismes communautaires, je l'ai dit, je le répète et je vais le dire tout au long de mon mandat non seulement de ministre, mais de députée, sont hyperimportants, travaillent sur le terrain. Je comprends qu'évidemment on a... vous l'avez mentionné vous-même, il y a des services et des besoins qui évoluent au fil des années, il y a des problématiques nouvelles qui vont émerger, et c'est évident qu'on aura toujours besoin de plus d'argent. Mais, quand on regarde les chiffres — et c'est les chiffres que le ministère me donne — il est bien évident qu'entre l'année passée et cette année, avec une augmentation de 37 millions, bien on est à 75 % du montant de ce que les groupes communautaires avaient demandé.

Ceci étant dit, c'est parce que je veux juste vous rappeler qu'on part toujours avec une enveloppe de base, l'argent s'en va dans les agences, l'attribution des sommes a été dépolitisée, hein, carrément. Normalement, l'argent s'en va dans les agences, et ce sont les agences, de concertation avec les tables régionales la plupart du temps, avec leurs propres comités, qui vont décider où vont leurs priorités. Donc, il y a des agences qui peuvent arriver à dire: Bon, bien, nous, on va augmenter ceux qu'on sait qu'à la mission globale il y a un petit financement, on va rehausser le financement des groupes qui sont les plus à risque ou qui sont plus fragiles. Dans d'autres régions, on va pouvoir dire: Bien, nous, on va accepter des nouveaux groupes, parce qu'il y a des manques ou il y a des besoins. Donc, il est évident que chacune des agences a une certaine latitude par rapport à l'intervention, le travail qui est fait avec les groupes communautaires sur le terrain.

Ceci étant dit, il est vrai que la violence conjugale, c'est partout au Québec, et il y a des problématiques qui sont partout au Québec. Mais je suis d'accord avec vous que les réalités des régions sont très différentes d'un secteur à l'autre, d'une région à l'autre. La réalité de Montréal, ce n'est pas la même chose qu'au Lac-Saint-Jean, puis le Lac-Saint-Jean, ce n'est pas la réalité de Laval, ou de la Rive-Sud, ou de Sherbrooke. Donc, je pense qu'il y a une certaine latitude qu'on doit laisser.

Ceci étant dit, je le dis et je le répète, les organismes communautaires sont des partenaires importants. Bien que je ne puisse pas vous dire combien d'argent ils auront à leur disposition pour l'année qui s'en vient, sinon que de vous dire qu'on part minimum 436 millions, il est évident qu'il y aura des sommes supplémentaires qui seront ajoutées, parce qu'on est en période économique difficile et que les organismes en ont besoin.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, ça met fin au premier bloc. Je suis maintenant prêt à céder la parole au député de Lévis, suivi par le député de Portneuf.

#### Services aux aînés en perte d'autonomie

**M. Lehouillier:** Oui, merci beaucoup, M. le Président. D'abord, d'entrée de jeu, quand on regarde le Programme de soutien aux organismes communautaires, pour aller dans la même lignée, c'est sûr qu'à

un moment donné il y a eu quand même une augmentation substantielle, on l'a dit, au niveau des budgets de la santé. On est quand même à 9 milliards de plus, et c'est quand même énorme. Cela étant dit, quand on regarde les programmes de soutien aux organismes communautaires, M. le Président, c'est sur que de, 2003 à 2008-2009, il y a quand même eu 59 % du budget qui est alloué aux organismes communautaires en augmentation, ce qui est quand même, comme vous l'avez dit, Mme la ministre... comme Mme la ministre l'a dit, ce qui est quand même appréciable, puisqu'on est passés finalement, en 2003, de 274 millions à 436 millions.

Cela étant dit, je pense également... Comme la ministre l'a dit, en cours d'année, c'est certain que, les agences, chacun dans leur milieu, il y aura des possibilités de bonification. Mais, en même temps, il faut dire qu'en parallèle à ça le gouvernement met de l'avant également un certain nombre d'autres mesures qui ont aussi des effets dans les milieux, comme par exemple le plan d'action sur les services aux aînés en perte d'autonomie. Et ça, c'est quand même un volet extrêmement important de la politique gouvernementale, qui touche ce plan d'action. Alors, évidemment, c'est un plan d'action qui vient également épauler les gens dans le milieu et c'est un plan d'action qui vise à intensifier les services à domicile et dans la communauté, développer les services spécialisés pour les personnes âgées et déployer, dans chacune des régions, un plan d'action pour coordonner les efforts touchant les services aux personnes âgées. Et ça, je pense que c'est un plus qui est amené.

Alors, quand on parle de soutien aux organismes communautaires, ce qu'il faut dire, c'est que la palette des services sociaux s'est élargie non seulement au niveau du 436 millions, qui est devenu le soutien aux organismes communautaires, mais la palette s'est élargie dans un bon nombre d'activités. Et, moi, j'aimerais, Mme la ministre, vous entendre un peu sur le plan d'action, justement, sur les services aux aînés en perte d'autonomie, ce qui s'est fait au cours des dernières années par rapport à ce plan d'action qui est extrêmement important et où là il y a quand même aussi des injections importantes qui ont un effet sur l'ensemble des organismes communautaires qui oeuvrent dans le milieu. Et ça aussi, ça s'ajoute à ces éléments-là.

**Mme Thériault:** Merci. Merci beaucoup, M. le député.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Évidemment, vous soulevez une question qui est très, très pertinente. On sait tous que, dans une société où la population est vieillissante, c'est important qu'on essaie de voir de manière à ce que les gens peuvent vieillir, être biens, être en santé, être actifs. Je pense que le fait aussi que le premier ministre a décidé d'avoir une ministre dédiée entièrement aux aînés démontre la préoccupation de notre gouvernement envers toutes les personnes âgées, particulièrement ceux qui sont en perte d'autonomie, évidemment.

● (16 h 30) ●

Je pense qu'on a beaucoup, beaucoup d'actions. Vous savez, quand on regarde le bilan, depuis 2003, il y a eu 362 millions qui ont été investis, en grand partie le soutien à domicile, il y a eu de l'amélioration des services en hébergement institutionnel, ou ce qu'on appelle dans les centres d'hébergement de soins de longue durée. La création des projets novateurs, ça, c'est une alternative à l'hébergement institutionnel, ça, c'est 12 millions de dollars qui ont été investis dans ces projets-là. Si vous voulez, un peu plus tard, on pourra donner quelques exemples de projets qui sont en cours. Il y en a de merveilleux dans la région de Québec. Il y a la mise en oeuvre du plan d'action pour les services aux personnes en perte d'autonomie aussi.

Donc, je pense que vous avez raison lorsque vous parlez des organismes communautaires, mais il y a aussi les CSSS qui travaillent en étroite collaboration avec les aînés. Et je suis fière de dire que le nombre de personnes âgées qui ont reçu des services offerts dans les CSSS pour soins et aide à domicile, ça représente 165 935 personnes, les 65 ans et plus, en 2007-2008. Là, je vais souvent vous donner des chiffres de 2007-2008 puisque nous venons de clore l'année. Beaucoup de données sont seulement disponibles pour 2007-2008 parce qu'il faut prendre le temps de compiler les données de chacune des agences pour l'année qui vient de se terminer, 2008-2009, et, puisqu'on est juste le 21 avril, évidemment ces données-là n'ont pas été compilées et analysées. Donc, on voit quand même qu'il y a beaucoup d'interventions qui sont faites.

Il y a un autre programme, qui s'appelle PEFSAD, c'est le Programme d'exonération financière pour le soutien d'aide à domicile — donc, vous savez, il y a beaucoup d'acronymes ici — qui est considéré comme une pièce maîtresse dans le cadre de la politique de soutien. Et évidemment c'est fait avec les entreprises d'économie sociale qui oeuvrent en aide domestique, donc, pour moi, c'est un partenaire qui est important et qui est aussi complémentaire au réseau public. Il y a eu plus de 21 millions aussi qui ont été investis, là. Je peux vous donner des détails.

L'exercice 2004-2005, nous avons versé... 37 entreprises en difficulté, et une aide ponctuelle et d'urgence aux entreprises d'économie sociale. Il y a eu... En mars 2006, 11,1 millions ont été annoncés pour la révision du programme, pour améliorer la gamme de services. Donc, là-dedans il y avait 6,5 millions pour consolider les entreprises et 4,6 millions pour faire des arrimages profitables à la clientèle qui est âgée ou qui est plus vulnérable. Il y a eu un autre 7 millions, qui a été ajouté pour la période 2007 à 2011, donc pour les années à venir, aussi pour soutenir les entreprises d'économie sociale en aide à domicile, pour les aider dans le dossier de la santé et de sécurité au travail. Donc, il y a quand même beaucoup, beaucoup d'actions qui sont entreprises, et ce n'est que la pointe de ce que nous avons.

#### **Optimisation des ressources des organismes communautaires**

**M. Lehouillier:** Alors, M. le Président, peut-être en petite complémentaire, c'est que ce qu'on voit, juste... on prend l'exemple du plan d'action sur les aînés en perte d'autonomie, on aurait pu prendre le Plan d'action

jeunesse, également. Alors, ça veut dire qu'en plus du Programme de soutien aux organismes communautaires il y a d'autres mesures gouvernementales qui sont mises de l'avant et qui viennent bonifier cette aide-là. En même temps, il y a aussi, par rapport... et j'en suis, M. le Président, à mon dernier volet. Il y a également aussi, au niveau des organismes communautaires... J'aimerais peut-être vous entendre un peu là-dessus, Mme la ministre.

On sait que le Vérificateur général a publié son rapport visant aussi l'efficacité des ressources au niveau communautaire, et ça, c'est quand même un volet important. Je pense qu'il y a eu une quinzaine de recommandations de faites à cet égard-là parce qu'évidemment, au-delà des sous qu'il y a d'impliqués aussi, il y a toute l'efficacité, il y a toute la livraison des services, etc., Et je sais que... je pense, en tout cas, à tout le moins, j'imagine que les agences de santé et des services sociaux ont dû prendre connaissance, j'imagine, de ces recommandations-là faites par le Vérificateur général.

Alors, j'aimerais ça, Mme la ministre, vous entendre un peu sur les actions entreprises par le gouvernement du Québec pour s'assurer bien sûr d'un financement adéquat, et on a vu qu'il y a une hausse quand même importante, mais également s'assurer qu'on puisse regarder de près les recommandations qui ont été faites par le Vérificateur général, également. Alors, voilà.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le député. Donc, effectivement, le rapport du Vérificateur général nous interpelle tous, évidemment. Je pense que, quand le VG fait un rapport, c'est important de prendre le temps de regarder. Vous savez, il y a 16 recommandations qui ont été émises par le Vérificateur général. Il faut dire qu'il y a un comité de travail où les organismes communautaires siègent avec les gens du ministère. Normalement, ils auraient dû avoir une rencontre cet après-midi, mais, puisque c'étaient nos crédits, la rencontre a été reportée. Et il y aura une suite au rapport du Vérificateur général pour répondre aux recommandations. Du moment qu'on va avoir rencontré le Comité de valorisation, il y aura un plan d'action qui sera déposé auprès du Vérificateur général. Ça devrait se faire d'ici la fin du mois de mai.

**M. Lehouillier:** D'ici la fin du mois de mai, on devrait s'attendre à ce qu'on ait des recommandations?

**Mme Thériault:** Oui. Je voudrais juste préciser, puis je pense que c'est important de le faire, M. le député, vous savez, moi, je pense que 99,9 % des organismes communautaires font un travail incroyable et, sur le terrain, qu'ils gèrent très bien les fonds qu'ils ont à leur disposition. Malheureusement, tu sais, souvent c'est la perception, hein, il suffit qu'il y en ait un qui fasse un mauvais coup puis on va penser qu'ils sont tous comme ça. Puis ça peut être la même chose au niveau des politiciens. Il y en a un qui fait quelque chose de pas correct puis tout le monde nous met dans le même panier.

Donc, moi, je pense que c'est important de faire la distinction parce que les organismes communautaires, la très grande partie des organismes communautaires, là, font un travail extraordinaire. Ils font des miracles souvent avec le peu d'argent qu'ils ont et savent très bien l'administrer. Par contre, évidemment, il faut donner suite au rapport que le Vérificateur général a donné et il est évident qu'on va s'atteler à avoir un plan d'action pour pouvoir répondre aux recommandations.

**M. Lehouillier:** Alors, M. le Président, c'est une réponse qui me satisfait. Et on voit effectivement que, dans une très forte majorité des cas, le travail qui se fait est excellent. Alors, il s'agit simplement de dissiper les doutes par rapport à ce travail extraordinaire qui se fait. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup pour ce commentaire, M. le député. M. le député de Portneuf.

### Certification des résidences pour personnes âgées

**M. Matte:** Merci, M. le Président. Mme la ministre, collègues, c'est avec plaisir que je participe à cette commission sur les crédits. Et de constater aussi que la députée de Matane offre sa collaboration...

**Une voix:** ...Matapédia.

**M. Matte:** Matapédia. C'est volontaire. Je voulais savoir si... Je m'excuse de ce lapsus. Donc, la députée de Matapédia qui offrirait sa collaboration, et un climat de positivisme pour travailler sur ces crédits-là. Votre allocution, Mme la ministre, c'était de la musique douce à mes oreilles de constater que, vous aussi, votre budget, premièrement, n'a pas été amputé. C'est déjà une très bonne nouvelle. Deuxièmement, aussi de constater qu'il y a plus de 362 millions qui sont investis, là, depuis 2003, dans les services aux personnes âgées. Ma préoccupation... et j'en ai fait l'objet, lors de ma campagne électorale, qui portait aussi sur la certification pour les résidences, là, dont la vocation, c'est d'héberger des personnes âgées.

Vous êtes au courant, et nul ne peut l'ignorer, qu'au cours des dernières années on a eu des rapports d'enquête, on a eu des rapports de coroner qui ont identifié différentes lacunes, là, qui touchaient les résidences pour personnes âgées, que ça allait de la qualité des services ou sur la formation des professionnels. Donc, on a identifié qu'il était important de faire en sorte que... Il y avait une absence de contrôle de qualité de vie et sur la formation professionnelle. Donc, il était important à ce moment-là de faire en sorte qu'on puisse procéder à des recommandations pour encadrer les résidences pour personnes âgées.

Je me réjouis ici de constater que, depuis 2002, plusieurs amendements ont été apportés, mais ce n'était pas suffisant, puis on était en mesure de constater qu'il fallait faire plus. Notre gouvernement a fait en sorte que... il a légiféré pour qu'on puisse en arriver à un meilleur encadrement, qu'on puisse en arriver à contrôler les services. Vous le savez que, les personnes

âgées, un jour ce sera notre tour. Donc, c'est peut-être bien important de s'assurer que, lorsqu'on sera rendus à utiliser ces services-là, qu'on ait une assurance que la qualité des services sera là. Et on sait que c'est une population qui est plus démunie, défavorisée et très vulnérable, d'où l'importance que notre gouvernement a faite pour s'assurer qu'il y aura toujours un contrôle sur la qualité des services et aussi sur la formation des personnes qui ont à oeuvrer dans ce domaine. Donc, la loi n° 83, qui vient modifier la loi sur les services sociaux, donc qui oblige à ce que toutes les résidences soient certifiées, aient une accréditation, je pense que ça a été un des bons «moves» que le gouvernement a faits en rendant l'accréditation obligatoire.

● (16 h 40) ●

Ma question, Mme la ministre, c'est que la certification des résidences pour personnes âgées est entrée en vigueur le 1er février 2007. J'aimerais que vous puissiez me faire un rappel, O.K., sur cette réglementation et nous dire en date d'aujourd'hui quelles sont les étapes qui sont effectuées dans ce processus.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Je suis heureuse que vous parliez de la certification des résidences parce qu'à mon avis il est important de protéger nos aînés aussi, au même titre qu'on protège nos enfants.

Donc, comme vous l'avez mentionné dans votre introduction à juste titre, le règlement, ce qu'il nous permet de faire, c'est d'obliger les résidences pour personnes âgées à avoir un certificat. Et ce qu'on a fait au ministère, là, je vais aller au plus court, je vais essayer de vous simplifier le processus, c'est qu'on a travaillé avec le Conseil québécois d'agrément, qui a été reconnu par notre ministère, et le Conseil québécois d'agrément, lui, travaille avec les agences. Donc, on le décline par régions. Donc, dans les 17 régions, le Conseil québécois d'agrément va travailler avec les agences pour faire les contacts auprès des résidences.

Le réseau des résidences de personnes âgées privées, parce que je pense que c'est important de le rappeler, on n'a pas conscience de quelle ampleur est ce réseau-là, mais on parle de, pour les endroits où c'est de un à neuf unités... donc c'est 826 petites, petites résidences, de 10 à 99, c'est 1 112 résidences, et, pour les 100 unités et plus, il y en a 285. Donc, vous comprenez la quantité de places dans les résidences de personnes âgées privées. Donc, évidemment, c'est important de s'assurer que les personnes qui vivent en résidence reçoivent les mêmes soins de qualité que si elles étaient dans une bâtisse gouvernementale, style un centre d'hébergement de soins de longue durée. Donc, évidemment, vous avez vu l'ampleur, là, on parle d'un peu plus que 2 000... 2 223 résidences pour personnes âgées.

Évidemment, chaque résidence est différente d'une à l'autre. Il y a beaucoup de critères. Bon, si on regarde, exemple, les critères de santé et sécurité, donc la formation du personnel, les critères au niveau des normes d'hygiène, au niveau de l'alimentation, au niveau de la sécurité incendie, s'assurer que les gens ne peuvent pas tomber n'importe où ou avoir accès aux

médicaments de tous les résidents, il y a beaucoup de choses comme ça qui ont été introduites dans le règlement pour s'assurer que toutes les résidences aient un minimum de normes et qu'elles soient conformes à ce que, nous, on exige, à tout le moins dans notre réseau.

Donc, évidemment, c'est un travail de longue haleine, mais je suis fière de vous dire que normalement nous aurions dû, au 14 février, avoir terminé. On avait estimé qu'au 14 février tout serait complété et on s'est rendu compte qu'on manquait de temps. Donc, ce qu'on a fait, c'est qu'on s'est assurés que toutes les résidences soient dans le processus de certification. Donc, je suis fière de vous dire qu'on est à 99,7 % des résidences qui sont soit certifiées ou inscrites dans le processus. Et, le 0,3 %, là-dedans il y a des installations qui ont tout simplement fermé, il y en a qui ont changé de vocation. On a deux résidences... une ou deux, deux résidences récalcitrantes, hein, c'est ça, si je ne me trompe pas...

**Une voix:** Oui, exactement.

**Mme Thériault:** Oui. Donc, il y a 747 résidences qui sont déjà certifiées en date du 20 avril. Donc, c'est 34 % des résidences pour lesquelles les agences ont eu un rapport du Conseil québécois de l'agrément. Donc, normalement, ce qu'on prévoit, nous, c'est, pour le 30 juin, que la totalité des résidences qui sont inscrites dans le processus aient obtenu leur certification.

**Le Président (M. Kelley):** ...question, M. le député de Portneuf?

**M. Matte:** Je voudrais revenir justement sur le dernier point, Mme la ministre. Et, depuis ma jeune carrière comme député de Portneuf, j'ai déjà eu des commentaires de propriétaires de résidence. Deux. Un premier commentaire, c'est que les gens étaient inquiets, hein, parce que c'est toujours un peu inquiet de voir qu'il y a une nouvelle loi, l'application, puis devant la bureaucratie... Et l'autre, c'était... il y a des gens qui disaient: On n'est pas en mesure de répondre à cette accréditation-là.

Mais je dois vous avouer que c'est très positif, les commentaires que j'ai eus. Un, premièrement, bien ça s'est fait dans une application où qu'on a permis aux propriétaires de petites résidences souvent qui n'avaient pas tout le personnel administratif pour le faire... Et ça, on doit le dire à votre personnel, bravo! on ne l'a pas faite, l'application, d'une façon sauvage, mais on les a accompagnés. Et, là où j'ai un exemple dans mon comté, un exemple où que c'est une petite résidence pour personnes âgées, où que la famille qui oeuvre dans ce domaine-là n'avait pas les ressources nécessaires, donc le CLSC l'a accompagnée pour amener son personnel vraiment à les former. Et ça, c'est super et c'est merveilleux. Et, quand on dit que c'est une loi qui est quand même majeure, qui venait... et ça s'est appliqué, et je n'ai que des commentaires très positifs.

Je ne sais pas, M. le Président, si j'ai le temps de formuler une autre question ou...

**Le Président (M. Kelley):** Il reste une minute, alors on peut passer à la...

**M. Matte:** S'il me reste une minute, ce ne sera pas assez.

**Mme Thériault:** ...j'aimerais revenir sur ce que vous avez dit...

**Le Président (M. Kelley):** ...un dernier commentaire?

**Mme Thériault:** Avec votre permission.

**Le Président (M. Kelley):** Oui.

**Mme Thériault:** Oui? Parce que, vous savez, souvent l'inconnu, ça fait peur, hein? Donc, quand tu arrives puis tu parles de la certification de résidence, quand tu parles des grandes résidences de 100, 200 personnes, eux, ils sont habitués. Ils ont des gicleurs, toutes les normes sont déjà là. Mais je pense sincèrement que le travail que les agences ont fait localement avec les propriétaires des petites résidences, ça a fait toute la différence. Parce que souvent, au départ, on a plein de craintes, on a plein de questionnements, on entend dire plein de choses, à tort ou à raison, qui... La plupart du temps, ce n'est pas fondé, puis, un coup qu'on est à l'intérieur puis on se rend compte que, ah! on est capables de trouver notre zone de confort... Parce qu'il y a beaucoup de choses que les propriétaires de résidence faisaient déjà, de toute façon, donc ils étaient déjà conformes. Après ça, c'est juste de modeler selon la réglementation locale pour être bien sûr que la certification puisse être faite. Et la plupart des gens sont comme ce que vous avez mentionné, ils sont très heureux maintenant parce qu'il y a au moins les normes puis en plus il y a de l'accompagnement avec les agences et les CLSC.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup, Mme la ministre. Notre entente de fonctionnement prévoit un bloc de 10 minutes réservé au député de Mercier. Alors, sans plus tarder, je suis prêt à céder la parole au député de Mercier.

#### **Financement des services de soutien à domicile**

**M. Khadir:** Bon après-midi, tout le monde. Bon après-midi, Mme la ministre. Désolé, je n'ai pas pu être présent au début de vos interventions. Comme vous savez, ma formation politique a une nombreuse députation, mais ils étaient tous occupés à toutes sortes de choses. Et donc, avec votre collègue de Saint-Laurent, le leader du gouvernement, on parlait de réforme parlementaire.

Mme la ministre, vous n'ignorez sans doute pas que j'ai oeuvré dans le domaine médical pendant une dizaine d'années. Pour le plus clair de cette dizaine d'années, les volontés affirmées des différents gouvernements ont été de dire... et puis, il faut le reconnaître, c'est un principe, disons, de médecine moderne, c'est qu'on doit petit à petit réfléchir à des systèmes de santé qui conçoivent les services sociaux comme étant partie intégrante en fait de leur mission ou à leur périphérie, comme une intégration nécessaire, notamment quand on

pense à l'initiative de faire du Québec un endroit où on a mis, parmi les premières au monde, toutes sortes de structures en place pour le virage ambulatoire, avec parfois des résultats heureux, d'autres fois des résultats moins heureux, mais, bon, il fallait essayer. Qui dit, donc, virage ambulatoire... On conçoit qu'on ne peut pas avoir de virage ambulatoire sans, comme cheville ouvrière, avoir un bon système de soutien à domicile.

Or, en plus, on a constaté partout où on l'a fait et encore aujourd'hui au Québec que, quand on investit dans le soutien à domicile, on économise au bout de la ligne parce que, dans le soutien à domicile, il y a une notion de prévention. Par exemple, pour prendre ma propre expérience personnelle comme infectiologue, j'étais appelé à traiter beaucoup de pieds diabétiques, des plaies complexes, infectées, etc. Souvent, la difficulté de traitement venait du fait que des personnes plus ou moins informées de leur état, qui échappaient, si vous voulez, aux mailles, entre guillemets, de notre système de soins de première ligne, y compris les CLSC, laissaient empirer leur situation en l'absence d'un encadrement, d'un soutien de service possible qui, sans surcharger le système de santé, le système curatif et les hôpitaux, pouvait leur permettre, donc, de plus rapidement, plus précocement consulter ou simplement trouver l'attention et le traitement de faible intensité possible à domicile, plutôt que d'aboutir à ma clinique externe, ou dans les lits d'hôpitaux, ou sur nos lits de soins intensifs.

● (16 h 50) ●

Alors, la question, c'est de savoir: Est-ce que, dans la perspective de votre ministère, l'enveloppe, là, qui doit aller au soutien à domicile... C'est parce que ce que j'ai trouvé dans les documents qui nous ont été fournis, c'est des comparaisons, qui datent de 2004, entre l'investissement en soutien à domicile per capita au Québec par rapport aux autres provinces. Ça se tient dans la bonne moyenne. C'est quelque chose comme 110 \$ per capita, 830 millions par année. Est-ce qu'actuellement, dans ses perspectives, le ministère considère qu'il y a un intérêt à aller plus loin, de soutenir, de consacrer une enveloppe budgétaire qui vise à augmenter ce soutien à domicile per capita ou plutôt on est dans un plafonnement de financement? Parce que je n'ai pas pu obtenir les chiffres précisément.

En tout cas, ce que je sais, c'est que, dans sa réaction au budget du Québec, la Table régionale des organismes communautaires, là, leur coalition, avait formulé une demande. Parce qu'on sait que c'est dans ce secteur-là qu'œuvre un des secteurs des entreprises, au Québec, à finalité sociale les plus importantes. On parle de développement durable partout. Développement durable sans développement humain, ça n'a aucun sens. Or, ces emplois-là, c'est des emplois où agissent des femmes, en grande partie. Ça leur permet d'améliorer leurs conditions de vie parce que ça permet à plus de femmes d'accéder à des emplois intéressants et surtout ça apporte un ajout supplémentaire dans notre système en améliorant la qualité des soins, en réduisant le coût des soins curatifs plus tard.

Donc, est-ce qu'on peut, par exemple, penser qu'on peut rencontrer la demande de 189 millions qui avait été déposée au mois de février par cette table? Ça peut être inclus là-dedans ou majorer ces budgets-là. Je

vous rappelle, parce que j'en étais témoin, l'ajout de 1 \$ quand on est passés de 10 \$ de l'heure à 11 \$ de l'heure pour chaque personne soignée à domicile. Ça a occasionné un développement incroyable. Ça a donné l'oxygène nécessaire, là, pour développer un tas de soins qui ont bénéficié grandement... Et je tiens en fait à souligner cet apport positif de votre gouvernement. Ça a été fait, je pense, dans l'exercice 2006-2007. Alors, est-ce qu'on peut penser qu'on va vers plus de budget pour le soutien à domicile?

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Vous aviez plusieurs questions dans votre question, différents volets, parce que vous êtes parti sur le soutien à domicile avec les CSSS, donc les CLSC.

Ce que j'aimerais peut-être rappeler, c'est que, lorsqu'on regarde le soutien à domicile qui est dispensé dans le réseau, donc par les agences évidemment, on est partis de 2002-2003, en dépenses, en budget... il y avait 625 400 000 \$, et en 2007-2008 on était rendus à 900 131 000 \$. Le nombre de clientèles qui étaient desservies, lorsqu'on parle de personnes, la quantité de personnes, c'est 270 785 pour 2002-2003, 307 785 pour 2007-2008, et les interventions réalisées, parce qu'on peut faire plus qu'une intervention avec une personne évidemment, 5 648 035 en 2002-2003 et 7 751 549 en 2007-2008, donc ce qui vous donne une augmentation de 43,9 % des investissements d'argent public entre la période 2002 et 2007-2008.

Comme j'ai mentionné, malheureusement je ne peux pas vous donner les données de 2008-2009 parce que les données sont compilées par agence, et, puisque l'année vient de se terminer, il faut attendre que toutes les agences retournent les données, qu'elles soient analysées et compilées, donc il y a toujours un certain délai, et c'est la même chose pour la répartition des enveloppes pour le budget qui s'en vient cette année. Donc là, les gens... on a nos budgets de base, ça va repartir vers les agences et après ça ce sera redirigé vers chacune...

**Une voix: ...**

**Mme Thériault:** — oui, absolument — par les agences, par chacun des programmes, que ce soient le soutien aux organismes communautaires, le soutien à domicile ou autres services qui sont dirigés dans les agences vers les CSSS ou autres composantes. Ça fait que ça, c'est une portion de votre réponse.

Vous avez parlé du soutien aux organismes communautaires. J'avais mentionné tout à l'heure, mais je vais le faire très rapidement parce que je ne veux pas prendre tout votre temps, que, le financement des organismes communautaires, avec les derniers chiffres finaux qui sont rentrés, donc qui proviennent des agences au total, on termine l'année 2008-2009 à 436 millions. Donc, c'est une augmentation de 37 millions entre l'an passé et l'année qu'on vient de terminer. Donc, automatiquement on va repartir à 436 millions pour la prochaine année, plus les ajustements, plus l'argent et les décisions qui ont été prises, évidemment. Donc, il n'y a rien qui indique qu'on n'ira pas en bas d'une

augmentation ou qu'il y a des montants d'argent qui vont être coupés, loin de là. Je pense qu'on a démontré... Au cours des six dernières années, il y a eu quand même une augmentation de 59 % de l'enveloppe des argents qui sont dédiés aux organismes communautaires.

L'autre portion de votre question, on pourrait parler du soutien à domicile, là, pour les entreprises d'économie sociale. Vous parliez des femmes. Donc ça, c'est le Programme d'exonération financière pour les services d'aide financière ou ce qu'on appelle le PEFSAD. Ici, au Québec, c'est des données qui devraient certainement vous intéresser, il y a 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique, et ça génère... Il y a 16 régions, 101 entreprises, 16 régions, 6 000 emplois, et en 2007-2008 c'est 52 561 000 \$ qui ont été investis dans le programme, pour un total de 74 000 clients qui ont été desservis. Donc, c'est en constante augmentation aussi. Parce qu'on pourrait retourner dans les autres chiffres, qui vous diraient qu'il y a moins de monde, effectivement. Donc, plus on avance, plus l'aide financière qui a été versée... Donc, c'est évident que, là, il y a une portion de réponse un petit peu tout partout parce que vous avez une question multiple.

Et, pour les remarques préliminaires, ça me fera plaisir de vous donner une copie du discours, donc vous allez certainement trouver d'autres éléments qui pourraient être intéressants pour vous.

**M. Khadir:** En fait, je ne veux pas...

**Le Président (M. Kelley):** ...vos commentaires parce qu'on est à 9 min 30 s.

**M. Khadir:** Oui, ça va être très bref. Ce que je veux simplement dire, c'est que, Mme la ministre, tout ce que vous dépensez dans ce secteur-là, c'est de l'argent bien investi, c'est des emplois qui ne se délocaliseront jamais. Aucun de ces dirigeants de ces petites entreprises ne se prévoit des parachutes dorés questionnables. Le secteur de l'économie sociale, je vous le rappelle, c'est le secteur... ça devrait être un des fleurons où on doit voir le premier ministre... vous devriez encourager votre collègue à aller couper des rubans plus qu'avec Pratt & Whitney. C'est un secteur plus important que l'aéronautique au Québec et en plus avec une finalité sociale de développement durable. Alors, je vous encourage. Vous êtes la ministre clé là-dedans. Les affaires sociales et les services sociaux, vous devriez demander notre aide pour aller créer plus de... pour demander encore plus de ressources pour la mission de l'État. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre, court commentaire?

**Mme Thériault:** Un court commentaire pour vous mentionner que j'ai rencontré le Regroupement des entreprises d'économie sociale, qui travaille avec le PEFSAD. Je les ai assurés de mon entière collaboration, que je voulais qu'ils soient des partenaires, que nous travaillions ensemble. Et je suis parfaitement consciente qu'il y a des retombées économiques importantes, notamment dans les régions, et que ça sert bien la population qui est en perte d'autonomie dans les régions. Donc, effectivement, ça fait partie des dossiers que j'entends

privilegier au cours des prochains mois, assez rapidement. Merci.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Via l'alternance, je vais tourner maintenant au prochain bloc, qui est pour les députés ministériels, et je vais céder la parole à Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

### Projets novateurs destinés aux personnes âgées

**Mme Rotirofi:** Merci, M. le Président. Alors, on sait que la population est de plus en plus vieillissante. Alors, on voit qu'il y a une volenté des personnes âgées de demeurer chez eux, et d'avoir les soins à domicile, et de ne pas nécessairement être dans des résidences de personnes âgées. Même des ressources d'hébergement existantes sont appelées à s'adapter à cette nouvelle réalité et doivent développer des nouveaux modèles pour répondre à ce besoin.

Alors, pouvez-vous nous expliquer un petit peu, Mme la ministre, ils sont quoi, ces nouveaux projets novateurs qui pourraient répondre aux aspirations de nos personnes âgées.

**Mme Thériault:** Merci, Mme la députée. M. le Président, vous allez me permettre d'avoir un petit salut particulier pour ma collègue voisine du beau comté d'Anjou, la députée de Viger, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler pendant quelques années. Et je suis très heureuse de la voir assise maintenant du côté ministériel et avoir des échanges avec elle. Ça me rappelle le bon vieux temps.

Donc, pour répondre à votre question, je pense que c'est intéressant peut-être de mentionner au départ que nous avons 32 projets qui sont en cours présentement, que nous avons investi 11 millions 600 quelques mille dollars et qu'il y a 509 personnes qui participent à ces projets. Lorsqu'on parle de projets novateurs, j'en ai dans différentes régions. Ici, j'ai quelques tableaux, donc je pourrai vous en nommer. J'en ai en Haute-Saint-Charles, qui est au Centre de santé Haute-Saint-Charles, à Loretteville. J'en ai... Support aux locataires HLM, à Victoriaville. Il y en a dans Grande-Vallée. Est-ce que c'est chez vous, Mme la députée de la Matapédia, Grande-Vallée? Grande-Vallée, est-ce que c'est chez vous?

**Mme Doyer:** Non, Grande-Vallée, c'est en Gaspésie.

**Mme Thériault:** Ah! Excusez-moi.

**Mme Doyer:** Moi, c'est la vallée.

● (17 heures) ●

**Mme Thériault:** Bon, on va essayer de vous trouver quelque chose dans votre secteur. C'est tellement beau, la Gaspésie! Et la vallée de la Matapédia, évidemment.

**Mme Doyer:** ...touristique, chez moi.

**Mme Thériault:** C'est très beau. En tout cas. Donc, toujours est-il qu'il y a des projets qui sont faits

soit avec les CLSC, dans la plupart du temps. Ça peut être également fait avec un partenaire privé ou un organisme communautaire...

**Une voix:** ...

**Mme Thériault:** ...et/ou, et/ou, donc il y a...

**Une voix:** Il y a souvent les trois.

**Mme Thériault:** C'est ça, souvent, ce sont les trois qui sont associés. Et ça permet réellement d'envisager d'autres avenues que la vie traditionnelle en centre d'hébergement de soins de longue durée.

Vous savez, je pense que les personnes âgées, ce qu'elles veulent, c'est être maintenues chez elles le plus longtemps possible, sauf qu'il y a un moment où on ne peut plus rester à la maison parce qu'on a besoin d'un certain accompagnement et de soins. Mais on n'en a pas nécessairement besoin d'un nombre d'heures supérieur pour aller dans un centre d'hébergement de soins de longue durée. Donc, il faut trouver des formules alternatives. Et là, dans les projets novateurs, je vais vous donner un bel exemple ici.

Dans le secteur de Loretteville, c'est la mise en place de Logis Confort, qui répond à un besoin clairement exprimé par la communauté par sa table de services intégrés pour les personnes âgées du territoire de La Haute-Saint-Charles. Elle fournira un lieu de résidence adapté à la clientèle ne pouvant plus vivre à domicile, mais ne nécessitant pas le recours à l'ensemble des ressources disponibles en centre d'hébergement de soins de longue durée. Elle recevra des personnes qui, faute de pouvoir s'offrir des services en résidence privée, auraient sans doute dû être orientées dans le réseau d'hébergement public ou autres et y trouveront un milieu sécuritaire, stable et stimulant leur permettant d'y finir leurs jours sans nécessiter un passage plus ou moins prolongé entre un domicile devenu inadéquat pour eux et un milieu plus spécialisé si leurs conditions le nécessitent, retardant d'autant l'utilisation des services de l'hébergement public.

Donc, Logis Confort aura l'avantage de permettre à des locataires de vivre chez eux avec leurs conjoints, tout en recevant l'intensité des services nécessaires et une surveillance sur 24 heures qui ne peut être assurée à domicile. Donc, ceci sera possible grâce à la présence et au personnel du CSQN, donc c'est le Centre de services sociaux, c'est ça?

**Une voix:** De Québec-Nord.

**Mme Thériault:** De Québec-Nord. Et de plus les liens avec les différents organismes du milieu sont établis pour créer un véritable partenariat.

Donc, les services alimentaires sont offerts par Le Pavois, qui est un organisme communautaire, qui favorise l'intégration des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale. L'entretien des appartements sera effectué par une entreprise d'économie sociale, donc ça va avec la lignée de pensée du député de Mercier. Et donc, à ce moment-là, on voit clairement ici qu'on a une entreprise d'économie sociale, on a un organisme communautaire, l'agence aussi qui y est

impliquée. Et, à ce moment-là, ça permet réellement d'avoir un projet pour maintenir les gens à la maison. Bien, on voit qu'il y a une synergie qui s'installe.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

**Mme Rotiroti:** Oui. Merci, M. le Président. Alors, ça vient du milieu, j'imagine, les besoins, ce n'est pas du mur-à-mur qu'on fait là, ça fait que c'est vraiment adapté à la réalité de chaque région, si je comprends bien, là.

**Mme Thériault:** Oui. Chaque région avait la possibilité de regarder, de déposer un projet novateur. Évidemment, il y a un paquet de circonstances, là, mais c'est réellement des initiatives locales. Et, à partir du moment où les gens veulent essayer un projet, bien, quand la synergie s'y prête puis qu'on voit qu'on a la demande aussi, parce que la population est de plus en plus vieillissante, bien il est évident que c'est plus facile de faire un projet. C'est sûr que, si vous me dites... Exemple, un secteur comme Sainte-Julie, où c'est un secteur où il y a un taux de jeunes familles beaucoup plus élevé que les personnes âgées, si vous allez à la pharmacie, ce que vous voyez, c'est des pans de mur de couches Huggies. Mais il y a d'autres secteurs comme à Anjou, qui est un secteur beaucoup plus âgé, des couches Huggies, il y a peut-être... il y a une petite tablette, il n'y en a pas beaucoup. Donc, vous voyez que chacune des régions peut déposer des projets comme ça, puis c'est analysé au mérite avec l'agence.

**Mme Rotiroti:** Merci. La raison pourquoi je vous posais la question, madame... M. le Président, à la ministre, c'est qu'effectivement dans mon comté j'ai une population vieillissante, j'ai beaucoup de résidences de personnes âgées, et j'ai aussi des personnes âgées qui viennent me voir au bureau de comté, qui manifestent la volonté de rester chez eux le plus longtemps possible. Et la raison pourquoi je vous demande si, les projets, c'est du mur-à-mur, parce que, chez nous, ils sont en train de s'organiser, de se mettre un projet, où est-ce qu'ils demandent d'avoir une espèce de téléphone arabe, là, c'est une question de sécurité, de se sentir plus en sécurité chez eux. Et je suis contente de savoir que ces projets-là sont faits en collaboration avec les gens du milieu et qu'ils sont adaptés à la réalité des différentes régions, et ce n'est pas nécessairement du mur-à-mur à travers le Québec.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Ce que j'aimerais peut-être préciser ici, c'est que, dans toutes les régions du Québec, sauf la région 10, il y a des projets présentement qui sont en cours. Il y a des régions où il peut y avoir un projet, il y a d'autres régions où il y a plus de projets, évidemment. Et vous savez, ça, c'était une façon de pouvoir le faire.

Mais j'aimerais juste rappeler que, dans le type de projet que vous parlez, ça peut être initié aussi avec le logement social, avec les HLM évidemment, avec les organismes communautaires qui oeuvrent dans ces domaines-là ou des organismes... Comme dans mon

comté aussi, j'ai un organisme qui fait la vigilance. Donc, ça n'a pas été fait dans le cadre de ces projets novateurs là parce que, ça, c'étaient réellement des nouveautés. Il faut attendre de voir aussi les résultats, comment ça fonctionne, est-ce qu'il y a place à l'amélioration, pour voir si on ne peut pas éventuellement faire des petits dans d'autres régions, comme on dit. Mais effectivement c'est sûr que tous les projets qui ont le mérite de briser l'isolement chez les aînés puis de s'assurer qu'il y a un minimum de sécurité, notamment dans les HLM, je suis d'accord avec vous, c'est des projets qu'on doit accorder de l'importance.

**Le Président (M. Kelley):** M. le député de Laurier-Dorion.

### Stratégie de lutte contre la toxicomanie

**M. Sklavounos:** Merci, M. le Président. D'abord, vous allez me permettre de saluer la ministre et son équipe, M. le Président. J'aimerais peut-être changer de sujet un petit peu, M. le Président, amener la ministre sur les questions importantes de la toxicomanie et plus particulièrement la toxicomanie dans le cadre des centres hospitaliers, des services qui sont offerts aux toxicomanes qui consultent.

Je vous dirai, M. le Président, qu'on assiste, et on le voit de plus en plus souvent, à une espèce de portes tournantes dans les centres hospitaliers où des personnes qui souffrent de toxicomanie arrivent, consultent. Et il y a un problème, pas à cause de la volonté du personnel des centres hospitaliers de les aider, mais un petit peu à cause de la situation. Il existait un problème où on avait de la difficulté, premièrement, à repérer les toxicomanes et, deuxièmement, une fois repérés, lorsque ça a arrivé, il y avait une certaine problématique à référer ces personnes-là vers des ressources parce que les interventions ou l'intervention qui était disponible en centre hospitalier n'était pas adaptée à cette clientèle toxicomane qui a, comme vous le savez, M. le Président, et nous avons vu un petit peu ce phénomène-là lorsque nous avons fait évidemment notre commission sur l'itinérance, ces personnes ont des troubles concomitants: santé mentale, itinérance, autres. Parce qu'évidemment c'est un phénomène qui est inquiétant, ces portes tournantes, on trouve les personnes qui sont de retour par la suite, qui n'obtiennent pas l'aide nécessaire, ils retournent... On parle des solutions «band-aid», comme on dit en anglais, M. le Président, et évidemment... ainsi de suite. Ils arrivent, par la voie de la criminalité, il y a d'autres phénomènes qui puissent suivre.

J'aimerais savoir de la part de la ministre quel moyen a été mis en place ou quels moyens sont à prévoir afin de combattre ce phénomène des portes tournantes pour assurer que cette clientèle, une fois qu'elle prend la décision de consulter et arrive au centre hospitalier, qu'il y ait des mesures en place pour pouvoir accueillir ces personnes-là, les repérer, connaître et repérer cette problématique-là, et par la suite pouvoir les orienter vers des mesures qui sont adaptées pour pouvoir les aider et traiter ce problème-là à sa source qui est effectivement la toxicomanie. Alors, c'est ma question.

● (17 h 10) ●

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le député. Vous avez soulevé une question qui est importante parce que, vous le savez, c'est vrai que l'engorgement des urgences, le phénomène des portes tournantes, c'est un phénomène qui était préoccupant, pour commencer. Et je ne sais pas si, durant la période de Noël, vous avez vu la série de reportages qu'il y avait ici, à Québec, dans *Le Soleil*, qui parlaient des fameuses équipes de liaison que nous avons implantées.

Donc, les équipes de liaison, ce qu'elles servent à faire, c'est identifier, dans les urgences, les gens qui ont des problèmes de dépendance qui souvent peuvent être jumelés avec un problème de santé mentale et essayer de travailler avec ces personnes qui ont besoin d'aide et leur proposer d'avoir recours à des services de professionnels pour les aider et pour éviter le phénomène des portes tournantes. Et, à Québec, je suis très heureuse de dire que les chiffres qui nous proviennent du projet pilote qui a été fait avec le CHUQ, le CHUL et le CRUV, qui est le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, il y a... nous avons rejoint 450 personnes toxicomanes à l'urgence. 80 % de la clientèle toxicomane qui a été rejointe ne recevait aucun service pour leur dépendance, à l'urgence. C'est énorme.

50 % des personnes présentaient une double problématique: toxicomanie et santé mentale. Donc, vous voyez, là, si on travaille sur le problème de la toxicomanie et qu'on tasse de côté la santé mentale, on ne réglera pas le problème. Si on fait juste travailler sur la santé mentale sans s'attaquer en même temps à la toxicomanie, le phénomène des portes tournantes va revenir, là, c'est évident.

Donc, dans les jeunes adultes, c'est eux qui représentaient la plus grande proportion des personnes qui ont été rejointes. Et, si je ne m'abuse, il y a plus de 70 % des gens qui ont accepté des traitements, hein, c'est ça? Une offre de services... ne bougez pas... Je pense que c'est plus élevé que ça, qui ont accepté l'orientation qui a été déposée par l'équipe: 84 %, 83 %, 85 %, donc ça dépend de l'endroit d'admission. Mais, si on prend le CHUL, c'est 84 %... CHUQ, l'Hôpital de L'Enfant-Jésus, 83 %, l'Hôpital Saint-François-d'Assise, 85 %. Et, à Montréal, nous venons à peine de débiter le projet à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, et il y a 93 % des personnes qui acceptent un suivi qui est fait par les équipes.

Donc, évidemment, les équipes de liaison, c'est nouveau comme principe, c'est nouveau comme concept. Ce que j'aimerais peut-être vous donner, l'implantation des équipes de liaison. Présentement, il y a 10 régions qui ont des équipes de liaison, il y a 15 équipes de liaison et il y a 16 urgences qui sont rejointes.

Donc, évidemment, moi, je considère que ça, c'est un très beau programme qu'on a mis sur pied parce que ça permettait de répondre à une problématique, dans les urgences, du phénomène de la porte tournante, parce qu'on peut réellement prendre le temps d'avoir les bons intervenants qui sont formés pour faire de l'intervention et qui sont en mesure de détecter... Vous savez, avec toute la situation qu'il y a dans les urgences, souvent les infirmières, bien qu'elles fassent un travail extraordinaire, ce n'est pas toujours évident de déceler une personne qui a une problématique de santé mentale qui est jumelée à une dépendance, et souvent, lorsqu'on va

voir une personne qui est intoxiquée, ce n'est pas évident non plus de savoir qu'elle a une problématique de santé mentale. Donc, les équipes de liaison sont réellement très, très importantes, et ça fait toute la différence, et ça permet aussi de désengorger les urgences. Donc, en plus de travailler sur la source du problème, d'aller vers les thérapies, d'orienter les gens aux bons endroits plutôt que de les laisser repartir chez eux et qui reviennent au bout d'un certain temps, il y a évidemment le fait qu'on peut avoir des résultats à plus long terme, il y a moins de gens dans les urgences, donc ça permet de traiter plus rapidement les patients.

Je sais, j'ai vu des statistiques sur les heures dans les urgences. Le temps d'attente avait diminué, notamment dans les urgences de Québec, depuis qu'on a implanté... Beaucoup de 48 heures, aussi, ont diminué. Il y avait beaucoup de 48 heures, c'était une clientèle qui était intoxiquée. Et évidemment, ça, ça se fait avec l'association des CRPAT, c'est les centres de réadaptation pour les personnes...

**Une voix:** Alcooliques et toxicomanes.

**Mme Thériault:** ...alcooliques et toxicomanes. Donc, ça permet réellement d'avoir les professionnels, les associations, et c'est sincèrement, là, une très belle formule.

**M. Sklavounos:** Il reste quelques minutes, M. le Président, juste...

**Le Président (M. Kelley):** Trois minutes.

#### Stratégie d'action jeunesse

**M. Sklavounos:** Vous avez mentionné... la ministre, plus tôt, a mentionné, dans ses remarques préliminaires, les investissements de 10 millions de dollars depuis 2003 en toxicomanie et dépendances, qu'on ne peut que saluer. Évidemment, elle a fait mention que ces investissements affectent toute la population, comme les toxicomanies et les dépendances affectent toute la population, mais particulièrement les jeunes.

J'aimerais savoir, parce qu'il y a évidemment un volet prévention... On peut toujours regarder les choses au niveau du traitement, mais je crois que la prévention est d'autant plus, sinon pas plus importante... Récemment, il y a eu annonce de la Stratégie d'action jeunesse. J'aimerais savoir si la ministre pourrait nous parler de cette Stratégie d'action jeunesse. Est-ce qu'elle comporte un volet Prévention en toxicomanie pour les jeunes, où il y a évidemment l'occasion d'intervenir, intervenir tôt pour éviter que, plus tard, le problème soit rendu trop loin?

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci. Effectivement, dans mes remarques préliminaires, j'ai parlé de la clientèle qui est plus jeune qui est aux prises avec les problématiques de toxicomanie. Effectivement, M. le député, il y a des montants d'argent qui sont réservés dans la Stratégie action jeunesse. Il y aura une enveloppe de 4,1 millions qui sera réservée pour implanter un programme

spécifique en toxicomanie qui sera offert aux jeunes des centres jeunesse, donc par les centres jeunesse, et ce sera fait par les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes, donc c'était le fameux CRPAT dont je vous parlais tout à l'heure. C'est ça.

Donc, le but du projet, ce sera d'accroître les services d'intervention en toxicomanie pour les jeunes qui sont dans les centres, dispenser des services de réadaptation par les centres... excusez, dispenser des services de réadaptation des CRPAT aux centres jeunesse, améliorer l'orientation de la clientèle jeunesse en dépendance et renforcer le continuum de soins et les trajectoires de services entre les CRPAT et les centres jeunesse.

Et ça, je pense que c'est important parce que... Les centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes font un excellent travail et, de les associer avec les centres jeunesse, parce qu'ils ont des problématiques particulières évidemment dans les centres jeunesse, et, moi, je pense qu'il y a une belle expertise dans nos centres de réadaptation, et ils ne demandaient qu'à être mis à contribution pour pouvoir aller travailler avec les jeunes.

Donc, le joint venture qu'on va être capables de faire entre les centres jeunesse et les centres de réadaptation, à mon avis, je pense que tout le monde va pouvoir gagner, parce qu'on sait que c'est des professionnels, mais que, là, on va aller de manière plus particulière pour les jeunes, donc pour les mineurs, évidemment, lorsqu'on parle des centres jeunesse, ce qui risque fort d'avoir un impact à partir du moment où les jeunes deviendront majeurs, sortiront des centres jeunesse.

Et ça, c'est une initiative qui s'ajoute avec le programme Qualification jeunes, qui prépare les jeunes à sortir des centres jeunesse. Je ne veux pas nécessairement parler de ce beau programme là, j'imagine que j'en aurai certainement l'occasion, sauf qu'à mon avis il est évident que ce n'est pas parce que tu pognes l'âge de 18 ans entre hier et aujourd'hui que tu es mature, que tu es responsable, que tu es capable d'aller te louer un appartement, que tu vas être capable de faire ton épicerie, gérer ton budget, t'ouvrir un compte de banque. Donc, le programme Qualification jeunes est un excellent programme qui permet aux jeunes justement de développer ces compétences-là, et je suis convaincu qu'avec ce qu'on va travailler au niveau de la toxicomanie, ça va certainement faciliter leur passage dans la vie adulte.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à ce bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole, pour un bloc de 20 minutes, à Mme la députée de Matapédia.

#### Financement du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Alors, M. le Président, je reviendrais sur le PEFSAD, qui est le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique.

Alors, moi, j'ai bien entendu, M. le Président, la ministre vanter les gens qui travaillent... ces entreprises d'économie sociale. Mais comment ça se fait qu'en consultation prébudgétaire cette année les quatre entreprises s'étaient regroupées dans ce qu'ils ont appelé la table d'actualisation du PEFSAD représentant 96 des 100 entreprises d'aide à la vie domestique? Ils ont envoyé une lettre à la ministre, des demandes, et ces demandes, c'était de rehausser, de donner, à l'intérieur de ce budget-ci qu'on est en train d'étudier, une mesure d'urgence de 15 millions de dollars pour permettre, dans un premier temps, la mise à niveau du financement. Et quelle a été la réponse du gouvernement, M. le Président? Si on regarde à la page 173 des crédits de transfert, c'est 60... 60 millions et 60 millions... c'est exactement, exactement, exactement le même montant. Moi, je regrette, là, leur demande était extrêmement justifiée, parce que l'aide accordée au PEFSAD, ce programme-là, c'est la même depuis 1997.

● (17 h 20) ●

La population — on n'arrête pas de le dire — elle est vieillissante, elle est en augmentation, et les gens, oui, ils veulent rester à la maison. 80 % des bénéficiaires du programme qui ont plus de 65 ans s'appauvrissent par rapport à l'évolution des coûts de services. Les besoins sont là, les coopératives de services à domicile et de santé possèdent l'expertise, mais elles ont besoin de sommes supplémentaires pour faire face au développement.

Et, moi, j'ai rencontré ces gens-là, et leur inquiétude est la mienne, et je la transmets ici officiellement, M. le Président. Je vous la transmets, et je le dis aux collègues, et elle est réelle. C'est que, si on ne fait pas un rehaussement de ces sommes-là d'urgence, ça veut dire quoi? Ça veut dire qu'on attaque l'accessibilité, et pour moi c'est extrêmement important parce que... D'abord, on va recourir encore au travail au noir. On a affaire à une clientèle qui est vulnérable. Ça veut dire qu'au Québec on veut-u que ce soient juste les gens qui sont à l'aise qui aient accès à des services de soutien à domicile? Et les 6 000 femmes... 6 000 personnes, là, qui travaillent dans ces entreprises-là, ce sont à 95 % des femmes.

Et, moi, je vous dis, si on regarde les tableaux, parce qu'on m'a remis des tableaux, je suis sûre que la ministre a eu accès à ça... Qu'est-ce qui justifie le 15 millions de dollars qu'ils réclament? C'est l'indice des prix à la consommation. Si on augmente les normes, le salaire minimum, bien il faut que ça suive aussi à quelque part d'année en année en année, parce que... Qu'est-ce que ça veut dire? C'est ceux qui ont accès à ce programme-là, qui ont de l'aide, qui auraient le droit... peut-être qui vont payer 3 \$ ou 4 \$ de l'heure, parce que c'est selon les revenus, hein, M. le Président, vous le savez... Bien, à un moment donné, c'est l'accessibilité qu'on atteint pour les personnes, puis ils ne peuvent pas se développer non plus dans nos régions.

Alors, moi, je vous dis, l'estimation, elle est basée sur les augmentations de tarifs des entreprises, parce qu'à travers toutes ces années-là les coûts ont augmenté, les produits qu'ils utilisent... Parce que qu'est-ce qu'ils font, ces gens-là? Ils font de l'entretien ménager, ils font... Je vais vous les énumérer: l'entretien ménager léger: lessive, balayage, époussetage, nettoyage, réfrigérateur,

baignoire; l'entretien ménager lourd; l'entretien des vêtements; la préparation de repas sans diète; l'approvisionnement et d'autres courses. Donc, c'est des gens qui, en parallèle... Hein, M. le Président, c'est tellement important, ces entreprises-là, puis c'est venu du Chantier de l'économie sociale de Mme Neamtan, puis ça s'est déployé sur tout le territoire du Québec. Moi, j'en ai une, aide-maison Vallée dans ma circonscription, j'en ai aussi, des gens qui sont dévoués, Les Bourgeois de La Mitis, dans La Mitis. Et ce sont des gens qui sont dévoués puis qui ont des salaires qui ne sont pas faramineux, là. Ce n'est pas une moyenne, là, 11,80 \$, 16,49 \$, 18 \$... les gens essaient... ont essayé à travers ces années-là.

Alors, j'arrête ici. M. le Président, pourquoi le gouvernement, s'il les trouve si bons que ça, n'a pas répondu à leurs demandes qui étaient très bien documentées et justifiées, à mon avis? Pourquoi c'est resté les mêmes budgets?

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Je vais reprendre quelques propos de la députée parce que sa question, elle est tout à fait pertinente. Sincèrement, là, je pense que... Les entreprises d'économie sociale qui oeuvrent au niveau des services à domicile, je les ai rencontrées, et ce que je leur ai dit, c'est que je les considérais comme étant des partenaires et que nous avions beaucoup de travail à faire ensemble — ensemble étant aussi eux et le ministère — que nous avons un travail de révision à faire.

Vous avez mentionné, à juste titre, que les normes de ce programme-là n'ont jamais été revues. C'est vrai que c'est un programme qui date depuis 1997. 1997-2009, la moitié chez vous, la moitié chez nous. Donc, je vous dirais qu'à l'heure où on se parle, quand on regarde les dernières statistiques, le montant qui a été versé aux entreprises d'économie sociale qui oeuvrent au soutien à domicile, là, en aide compensatoire, il est passé de... 2000-2001, il était à 3 225 000 \$ et, annualisé à 2008-2009, c'est 15 831 000 \$. Donc, on a quand même augmenté l'aide financière au cours des années par rapport aux montants versés qui sont... qui le sont en compensation pour les entreprises. L'enveloppe totale du PEFSAD est passée de 27 millions 900 quelques mille en 2000-2001 à 57 290 000 \$ en 2008-2009. Il y a à peu près un peu moins de 5 millions de différence entre 2007-2008 et 2008-2009. Donc, c'est un programme qui augmente à toutes les années quand même. C'est parce que, dans la portion de chiffres que vous avez pour la planification budgétaire, là, au niveau des crédits, vous ne voyez pas où les enveloppes vont être rajoutées, parce qu'il y a aussi... C'est en fonction de la demande, là, on s'entend. Et ce que je peux peut-être vous ajouter, c'est qu'entre 2003-2004, où il n'y avait que des frais de ruralité, où on a changé un peu la compensation, maintenant c'est des frais de déplacement, l'aide compensatoire a triplé les montants d'argent qui sont versés. Donc, moi, je pense qu'on fait quand même notre part.

Ceci étant dit, lorsque je les ai rencontrées, je leur ai dit qu'il y avait plus qu'une problématique sur lesquelles on devait prendre le temps de discuter, qu'on

devait regarder de quelle manière, nous, au ministère... Parce que ce qui m'importe, moi, et je suis sûre que c'est la même chose pour vous, c'est que les personnes qui font appel aux entreprises d'économie sociale et à ce programme-là sont des personnes âgées, en perte d'autonomie, et, avec le vieillissement de la population, il est évident que ces personnes-là sont en droit de faire appel à ce programme-là et doivent avoir les services pour pouvoir répondre à leurs besoins. Et c'est ça qui m'importe. Et je pense que l'équipe du ministère a entamé du travail, et il y aura des modifications au cours des prochains mois, pour ne pas dire au cours des prochaines semaines.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Mais, M. le Président, j'écoute les discours de la ministre, je suis d'accord avec elle dans un sens, que, oui, les personnes âgées sont là, ces entreprises travaillent bien, mais, moi, quand je regarde à la page 173, c'est: 60 millions, 60 millions. Pas un sou de plus. Je prendrais un sou noir dans mon sac à main, hein, parce que madame, notre ex-ministre des Finances, là, sa sacoche, on a vu qu'il n'y avait plus d'argent tant que ça, mais, moi, là, je pourrais prendre un sou noir, hein, je le mettrais là, il n'y a pas eu un sou de plus.

Qu'est-ce que ça signifie? Ça signifie que Mme Tremblay, Mme Gagné, M. Thibault, bon, quelles que soient les personnes, ils ne pourront pas... ces entreprises-là ne peuvent pas se développer pour répondre à la demande. S'ils vont se développer, c'est parce qu'il va y avoir des gens qui vont pouvoir payer, qui vont pouvoir payer, et que les personnes... Parce que ça, c'est un programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique. Ça veut dire qu'à un moment donné les gens qui pourraient y avoir droit n'y auront pas droit. Puis, moi, ils me l'ont dit, ils ne font pas de promotion pour ne pas augmenter la demande. C'est ça que ça veut dire. C'est comme si on avait mis un bloc, un petit bloc de béton, puis on a dit... ou une digue, là, puis on dit: Demandez-en pas trop, puis développez-vous pas trop parce qu'on ne sera pas capables de répondre à la demande. Ça, là, c'est... Quand tu as de l'argent pour payer, il n'y en a jamais, de problèmes, parce que ce sont des entreprises privées qui peuvent venir chez toi.

Mais, moi, ce qu'on me dit, là, M. le Président, et c'est sérieux: C'est le travail au noir qui va se développer. Ça veut dire que la dame qui ne pourra pas aller se le chercher parce que soit que son revenu a augmenté un peu, elle a eu droit à sa pension, elle n'aura pas droit... elle n'ira pas se le chercher, elle va demander à un voisin, à une voisine, elle va payer un petit peu. C'est le travail au noir qu'on encourage, puis c'est de la discrimination par rapport à certains types de clientèles.

Et, moi, M. le Président, ce n'est pas moi qui ai inventé ça, là, c'est les gens, les quatre regroupements, les quatre entreprises qui se sont regroupées et qui vous ont demandé 15 millions de plus. Et, si c'est vrai que la population de personnes âgées augmente, c'est vrai, si c'est... Moi, je ne comprends pas. Ça, là, ça ne correspond pas à la réalité du Québec, le PEFSAD, qu'il ait zéro sou de plus. J'arrête là.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Doyer:** Puis on aura beau dire ce qu'on voudra, je ne le crois pas, là. Ça ne se peut pas.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

● (17 h 30) ●

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. Je vais juste essayer de vous réexpliquer quelque chose, puis vous allez comprendre. Et je pense que ça va être plus facile pour les gens aussi qui nous écoutent et toute l'équipe des députés qui sont assis.

Ce programme-là, c'est un programme qui a deux volets: il y a un volet que c'est de l'aide financière fixe, O.K.?, qui est... variable, pardon, qui est versée selon les conditions pour les travaux à la maison. O.K. Donc, une madame peut dire; Bon, bien, moi, j'ai x montant d'argent en crédits ou en remboursement, O.K., si je fais affaire avec une entreprise d'économie sociale. Donc, elle pourrait avoir un crédit de x nombre de dollars, et, lorsqu'elle va acheter, à ce moment-là il y a la compensation financière qui va rentrer. Ça, c'est une portion. Au cours de la dernière année, 41 450 000 \$ ont été consacrés dans ce volet-là.

Après ça, il y a le volet Entreprises d'économie sociale où, là aussi, il y a de l'aide gouvernementale. Donc, les montants qui leur sont versés à eux, la dernière année, on parle de 15 831 000 \$, pour un total de 57 290 \$. C'est ce que le programme a coûté l'an passé...

**Une voix:** Millions.

**Mme Thériault:** Millions, pardon. Il est bien évident que... Il y a le volet aussi Offre et demande. J'ai des heures qui sont en augmentation. C'est un programme où, à partir du moment où les gens demandent plus d'heures, puisqu'ils ont droit... C'est un programme qui est universel. Si ça me coûte 65 millions l'année prochaine, M. le Président, c'est ce que le ministère va payer, parce que c'est un programme qui est universel. C'est la même chose que les coûts de l'assurance maladie, l'assurance médicaments, c'est un programme qui est universel, tout le monde y a droit. Donc, c'est bien évident que, si les gens... plus il y a de demandes, plus il y a de montants qui vont être versés, et là le programme peut augmenter. Sauf qu'évidemment, pour l'an prochain, je ne peux pas partir... je ne peux pas estimer puis dire: Bien, peut-être que... Moi, je pars avec le chiffre réalisé cette année en disant: On part de ça, puis, à même l'enveloppe, évidemment, du ministère puis des budgets qu'on a, bien, si ça coûte plus cher, ça coûte plus cher, puis si ça me coûte 4 millions de plus, on va le mettre, le 4 millions de plus. Ça, c'est le premier volet, pour bien comprendre, parce que c'est un programme qui est en deux volets.

Ceci étant dit, il y a aussi du travail à faire avec les entreprises d'économie sociale. Et ce que j'ai dit plus tôt, c'est que, pour 2007-2011, et c'est de l'argent qui est là, là, je vous le dis, 2007-2011, pour les soutenir dans le dossier de santé, et de sécurité, et services au travail, c'est 7 millions de dollars qui sont investis. Ça fait que 2007-2008, c'est passé, 2008-2009, c'est passé, mais, pour les trois prochaines années, il y a des montants d'argent qui seront investis pour aider les entreprises d'économie sociale.

Donc, on ne peut pas dire qu'on ne fait rien puis que l'argent n'est pas au rendez-vous. Je comprends qu'on a encore du travail à faire, mais on va s'atteler à travailler avec eux, comme je l'avais offert, ma bonne collaboration.

**Mme Doyer:** Bon. Ce que ça veut dire...

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

**Mme Doyer:** ... — merci, merci, M. le Président — ça veut dire que j'invite les quatre entreprises d'économie sociale à se développer, à répondre à la clientèle, à donner du service puis à envoyer la facture au gouvernement. C'est ça que je comprends de l'intervention de la ministre. Parce que, ce que je comprends, elle dit: Bien, nous, on répond à la facture qui nous est présentée, hein? C'est ce que j'ai compris. Donc, si, moi, dans ma circonscription, ou dans un quartier de Montréal, ou les plus démunis dans votre comté, M. le député de Mercier, ou, vous, dans les Laurentides-Lanaudière, on voit que ces entreprises-là ont une demande qui est de x dizaines de personnes, ou centaines: bien, allez-y. Dans un an, quand on sera en étude de crédits, ils auront envoyé la facture au ministère puis ils auront eu ça... on verra, dans les crédits, 5 millions de plus, 2 millions de plus, 3 millions de plus. Puis ça fait que, moi, j'ai fini pour ce bloc-là. On verra qu'est-ce que ça va donner dans un an.

#### **Certification des résidences pour personnes âgées (suite)**

Là, je reviendrais sur la certification des entreprises... des ressources... le dossier des entreprises ici, là, parce que, moi, je... la certification des résidences privées, parce que... D'abord, ça, on est d'accord avec ça. Tout le monde, je pense, au Québec, on est d'accord avec le fait que les résidences privées soient... qui donnent des services aux personnes, quelles qu'elles soient d'ailleurs... qu'ils le fassent dans un climat de qualité de services, et tout. Mais, moi, là, je ne comprends pas parce que... D'abord, je me suis fait sortir les règles.

J'ai demandé à mon recherchiste d'ailleurs, Matthieu Leclerc, qui est un très bon recherchiste, que je remercie de son travail, en passant, là, qui travaille très bien, toujours de bonne humeur puis... il faut d'ailleurs qu'il soit de bonne humeur avec moi parce que je ne suis pas tout le temps de bonne humeur. Ça fait que ça compense, M. le Président. Parce que, moi, je suis passionnée, puis il faut que ça roule.

**Mme Thériault:** Ça paraît.

**Mme Doyer:** Ça paraît, hein?

**Mme Thériault:** Mais c'est une bonne qualité, Mme la députée.

**Mme Doyer:** Bien, oui.

**Mme Thériault:** Puis vous savez que j'apprécie votre travail. Ça fait huit ans que j'ai le plaisir de vous côtoyer.

**Mme Doyer:** Oui, c'est ça. Ça fait que vous savez que c'est parce qu'on est passionnés par ce qu'on

fait, puis on est surtout... passionnés, mais surtout tournés vers la réponse aux citoyens et citoyennes de nos comtés puis aux citoyens du Québec.

Moi, là, j'ai dit: M. Leclerc, Matthieu — parce que je l'appelle Matthieu — sortez-moi c'est quoi, les règles. M. le Président, lisez ça tout le monde: *Ouvrir une résidence pour personnes âgées — Réponses aux questions les plus fréquemment posées par les promoteurs*. Ayoye! Lisez ça. C'est tout un chantier de répondre à ça, d'une part. Mais, moi, je veux bien... Il y a deux ans, on a demandé aux résidences... on leur a dit: Vous allez être accréditées, sinon vous allez perdre votre permis si vous ne le faites pas, vous allez avoir des amendes, hein, de quelques centaines de dollars, ou ça peut même aller plus que ça.

Alors, au moment où on se parle, M. le Président, la ministre, comment... c'est quoi, son horizon pour les deux, trois prochains mois? Parce qu'il y a seulement 21... tu as beau être inscrit, là, il y en a... Ils sont presque tous inscrits. Je comprends! ils ont peur de perdre leur permis. Ça fait qu'ils se sont inscrits. Ils ont travaillé puis ils ont été accompagnés ou pas, puis ça ne s'est pas fait de bonne façon, n'importe où, égale, au Québec, je suis sûre de ça. Mais il y en a 476 sur 2 233, au moment où on se parle, qui sont accrédités. Hein, c'est ça? Alors, les autres, qu'est-ce que vous allez faire avec, là?

Vous avez comme une épée de Damoclès qui pend au bout du nez, dans le sens qu'eux autres, là, c'est leur permis qu'ils peuvent perdre. Puis, en même temps, tout le monde, on veut qu'ils donnent des services de qualité. Mais je peux vous dire que ça a été tout un chantier puis ça ne s'est pas fait égal. Puis, quand on regarde, là, il y en a même qui ont décidé qu'ils allaient faire autre chose de leur vie, là, puis parce que c'est peut-être... En tout cas, il y en a pour lesquels je vous dirais que c'est tant mieux, parce qu'il y en a... je ne dis pas que c'est ceux-là qui ont sorti du réseau, là, des DRI, mais des fois, là, il y en a qui n'étaient pas trop à leur place. Mais, moi, ce que je constate dans ma circonscription, c'est des gens qui sont dévoués, travailleurs, qui ont fait leur possible puis qui essaient de se conformer aux exigences, hein, qui sont corrects.

Mme la ministre, qu'est-ce que vous allez faire avec ça? Et ce n'est pas beaucoup, là. Tantôt, vous aviez l'air de dire: Mission accomplie. Mais ce n'est pas mission accomplie.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Doyer:** Du tout.

**Mme Thériault:** Merci, M. le Président. J'aurais une demande particulière: Est-ce que c'est possible d'avoir une copie du document que vous avez fait mention? Parce que mes gens au ministère ne connaissent pas ce document-là, et on se demande qui est-ce qui l'a produit.

**Mme Doyer:** C'est eux qui l'ont produit.

**Mme Thériault:** Bien, c'est ça, il faudrait voir qui est-ce qui l'a produit, là. Parce qu'on n'a peut-être pas bien noté le...

**Mme Doyer:** Oui, Mme la ministre, ça va me faire plaisir de le déposer. Puis, tous les collègues, lisez

ça, c'est passionnant: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, mise à jour mai 2007, *Recueil de documents et de références*. Puis... C'est moi qui faisais ce bruit-là? Puis c'est lourd. C'est les exigences. C'est... Probablement que les agences en ont fait un peu partout au Québec pour aider leurs ressources à se conformer. Alors, je le dépose, vous me le redonnez tout de suite parce que c'est ma lecture de chevet.

**Mme Thériault:** Merci. Merci beaucoup, M. le Président. Merci, Mme la députée. J'apprécie beaucoup parce que ça va nous permettre de pouvoir voir... J'ai compris que c'était l'agence de santé de Montréal qui l'avait produit et que ça avait été fait en 2007. Donc, j'imagine que c'est tout de suite après l'adoption du règlement, évidemment.

**Mme Doyer:** Avec l'aide du ministère, il y a le ministère de la Santé.

**Mme Thériault:** Donc, ça va nous permettre de pouvoir voir comme il faut. Mais, effectivement, ce serait intéressant de savoir si, dans les autres agences, il y a des guides quelconques qui ont été produits. Peut-être qu'on pourrait avoir une réponse pour jeudi; je suis sûre qu'on va pouvoir mettre quelqu'un de notre réseau là-dessus. On pourrait peut-être même les déposer pour qu'on puisse voir la différence.

Donc, il est évident que, quand une agence fait quelque chose, bien c'est un document qui sert de guide, là. Je comprends que ça peut être lourd, évidemment, mais il faut comprendre que, des résidences, il y en a de toutes les sortes et de tous les types.

Je voudrais juste corriger une petite chose que vous avez dite. Vous avez parlé d'une ressource intermédiaire: les ressources intermédiaires ne sont pas assujetties à ce règlement-là parce que ce ne sont pas considérées comme étant des résidences privées qui doivent être certifiées.

**Mme Doyer:** C'est une erreur de ma part. C'est vraiment les ressources privées.

**Mme Thériault:** Privées. Parfait. Merci.

**Mme Doyer:** On s'entend, là.

**Mme Thériault:** C'est parce que, pour les fins d'enregistrement...

**Mme Doyer:** ... vous comme moi, là...

**Mme Thériault:** Oui. Non, il n'y a pas de problème.

**Mme Doyer:** ...RI, RIF, on ne s'en sort pas.

**Mme Thériault:** Oui, c'est beaucoup d'information à assimiler. Donc, il n'y a pas de problème, je compatiss avec vous, comme vous compatissez avec moi.

Donc, au niveau des résidences pour la certification, les résidences privées effectivement, dans le nombre... le vrai, vrai nombre, là, le bon nombre, en date du 20 avril, il y a 747 résidences qui ont obtenu

leur certification, O.K.? Donc ça, c'est 34 % des résidences. Ça, c'est en date du 20 avril. Parce qu'effectivement ça dépend de la date que vous avez dans le livre. Je ne sais pas quelle date vous avez...

● (17 h 40) ●

**Mme Doyer:** Je m'excuse, M. le Président, mais j'ai la réponse qu'on a demandée, là, puis ça date de 20 avril 2009. Puis, moi, j'ai 476, nombre de résidences certifiées. À la page 22, le volume 3 des crédits, les réponses particulières que j'ai reçues aujourd'hui, ou hier, là. Puis je n'ai pas 700, moi, là, là.

**Mme Thériault:** Mais, Mme la députée, vous êtes à la page 22 de l'annexe, hein, c'est ça... du volume III?

**Mme Doyer:** Oui.

**Mme Thériault:** À la page 422, si vous regardez...

**Mme Doyer:** Question 102.

**Mme Thériault:** ...en haut, en haut, c'est écrit: Statistiques du 14 février 2009. Donc, au 14 février 2009, il y avait 476 résidences; au 20 avril, il y en a 747. Donc, on parle de près de 300 résidences supplémentaires qui ont été, à l'intérieur de un mois... qui ont été certifiées.

**Le Président (M. Kelley):** Et on arrive... on a déjà dépassé le bloc, alors je dois mettre fin assez rapidement à cet échange. Alors, peut-être en guise de courte conclusion, parce que je dois aller à un autre bloc.

**Mme Thériault:** Bien, on aura l'occasion de revenir certainement, parce que je pense...

**Mme Doyer:** ...

**Mme Thériault:** Je pense que c'est important... Mais il y a une question de date, là.

**Le Président (M. Kelley):** S'il y a une plus longue discussion, on peut remettre ça à jeudi, on va retourner votre...

**Mme Doyer:** Mais au-delà... Mais, jeudi... On a-tu fini aujourd'hui, là?

**Le Président (M. Kelley):** Non, je dois passer à un bloc...

**Mme Doyer:** Ah! bon, excusez.

#### Document déposé

**Le Président (M. Kelley):** Votre bloc est terminé. Il nous reste 20 minutes, et on va revenir jeudi. Et on va faire une photocopie du document que vous avez déposé, Mme la députée, et retourner votre original pour votre bonne lecture, ce soir ou demain soir. En guise de conclusion, Mme la députée... Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Mais, c'est ça, pour répondre à la députée, c'est que, dans le cahier, si vous regardez en

haut, c'est écrit «au 14 février», donc c'était le nombre de résidences qui étaient certifiées au 14, donc c'est ce qui fait la différence. Parce que, moi, j'ai un chiffre en date du... hier, parce qu'à tous les jours ça change.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

**Mme Doyer:** Excusez-moi, mais n'empêche que... M. le Président, je m'excuse, mais Mme la ministre n'a pas répondu à ma question: Au-delà du chiffre, là, que ce soit 400, 500, 600, 700, il y en a 2 200 quelques, là, qui sont en processus de certification. Qu'est-ce que vous allez faire pour le permis? Là, vous êtes... tu sais, il y a une épée de Damoclès qui pèse au-dessus d'eux, des amendes, tout ça, n'empêche qu'il en reste un joli lot, là, à certifier, des résidences privées, et vous ne m'avez pas répondu. Puis ça fait deux ans qu'ils sont en processus... C'est une loi, là, ils doivent répondre à une loi, c'est-à-dire d'obtenir une certification pour garder leur permis. C'est ça, la réalité.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre, en conclusion.

**Mme Thériault:** Merci. Pour commencer, c'est un règlement et non pas une loi, donc il y a une différence, mais ils doivent quand même répondre parce que c'est réellement suite au règlement.

Selon l'estimation des agences au 30 juin, il y aurait 1 835 résidences qui seraient certifiées, il y a 113 résidences qui rencontrent actuellement des difficultés importantes, et 58 ne seraient pas certifiées, donc ce qui veut dire qu'il y a certainement des résidences qui vont fermer. Et c'est pour ça qu'il ne faut pas prendre le chiffre absolu, il faut réellement aussi regarder le type de résidence. Il y a une énorme différence entre une résidence à 200 places et une petite résidence qui a trois places.

**Le Président (M. Kelley):** Merci. Merci beaucoup. Je suis maintenant prêt à céder la parole à Mme la députée de Trois-Rivières.

#### **Visites d'appréciation de la qualité des centres d'hébergement et de soins de longue durée**

**Mme St-Amand:** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, comme c'est ma première intervention aujourd'hui, vous me permettez de saluer les collègues, saluer l'excellent travail aussi de notre ministre des Services sociaux, qui vraiment fait passionnément... accomplit passionnément ses tâches, et souligner aussi tout le travail de l'équipe ministérielle qui est ici, vous savez que votre dévouement est grandement apprécié.

J'aimerais ça, M. le Président, aborder la question des CHSLD. On sait qu'il y a des visites d'appréciation de qualité dans les différents milieux de vie substitutifs qui ont été faites et, dans un même ordre d'idées, on sait aussi que la qualité des services qui est assurée aux résidents hébergés dans les différents milieux de vie est souvent mise en cause dans les médias.

J'aimerais ça entendre la ministre nous parler à ce sujet-là, entre autres parce qu'on sait qu'il y a une tournée de visites qui a été mise en place, on sait que cette tournée-là

a souvent des effets mobilisateurs, on sait qu'il y a des solutions novatrices aussi. Alors, Mme la ministre, est-ce que vous pourriez nous parler du bien-fondé de cette démarche et des mesures qui ont été prises?

**Le Président (M. Kelley):** Mme la ministre.

**Mme Thériault:** Merci, Mme la députée de Trois-Rivières. Effectivement, je pense qu'il est important d'aller voir dans les centres d'hébergement de soins de longue durée pour s'assurer qu'il y a un minimum de qualité de services. C'est sûr que le rapport qui avait été déposé dans le passé était assez accablant. Et je pense sincèrement que les visites d'appréciation vont contribuer à faire changer les choses aussi dans les centres d'hébergement de soins de longue durée.

Si on parle un peu de chiffres, là, ce qui serait intéressant de savoir, c'est: de janvier 2004 à janvier 2009, il y a eu 263 des 468 centres d'hébergement de soins de longue durée qui existent qui ont été visités, donc c'est 56 % du réseau en cinq années, donc on a visité une place sur deux, évidemment. Ce qu'on nous donne comme statistiques, c'est que les installations qui ont mis en oeuvre les orientations ministérielles, en totalité et en très grande partie... ou en grande partie, dans une proportion... varient de 36 % à 58 %, selon les années, évidemment. Donc, c'est dire qu'on donne suite à ces visites d'appréciation là et aux recommandations qui en découlent. On dit que, pour les installations qui ont été visitées en 2007-2008, le pourcentage a connu une hausse importante de 83 %. Donc, on voit que les gens se conforment de plus en plus aux avis et aux recommandations qui leur sont donnés. Et, ce qu'on dit aussi par ailleurs, près de 68 % des installations visitées les quatre premières années du programme de visites ont mis en oeuvre 70 % et plus des recommandations qui leur a été adressé.

Je pense que le fait qu'on ne donne seulement aussi que 24 heures... Parce que c'est sûr que, quand tu arrives dans un centre d'hébergement de soins de longue durée... J'imagine que vous en avez déjà visité dans votre comté, j'en ai visité dans le mien, mais évidemment, comme ministre, j'ai l'impression que je fais la tournée de toutes les installations ou à peu près, et je pense que c'est important d'aviser les gens pour leur dire qu'on y va, 24 heures, là, ce n'est pas un très grand délai, mais de s'assurer qu'on puisse parler aux bonnes personnes.

Peut-être que ce qu'il est important de savoir au niveau des principaux constats, et là je vais vous donner ça en bloc: on évalue l'environnement humain, l'environnement physique, l'adaptation des services selon les profils de personne, on regarde les droits des résidents, le comité des usagers puis les mécanismes d'examen des plaintes. Donc, je vais commencer au tout début.

Évidemment, quand on parle de l'environnement humain, la culture institutionnelle, qui est encore présente dans plusieurs établissements, c'est des choses qui sont évaluées. Le personnel clinique est évalué, les questionnaires également. L'environnement physique, en général ce qu'on regarde, c'est si le maintien de l'autonomie est fonctionnel, c'est possible pour les résidents... pour qu'ils puissent faire ces activités de la vie quotidienne, évidemment. Il y a l'adaptation des services selon les profils des personnes, parce que je pense que c'est important aussi d'adapter les services à la clientèle

selon la capacité que nous avons, évidemment, ou que les aînés ont.

Et il faut aussi regarder les droits des résidents, si, dans l'ensemble, les moyens sont présents pour faire connaître les droits aux résidents. Est-ce qu'ils ont des services? Est-ce qu'ils ont des mesures aussi pour faire respecter si ce n'est pas les résultats qui sont attendus? Il y a le comité des usagers qui est important, donc, évidemment, les modalités administratives qui assurent ou facilitent la réalisation du rôle. Il faut voir si ce mécanisme-là est en place, si l'administration, la direction travaille avec le comité des usagers, s'il a été formé, donc ça, c'est hyperimportant, puis le mécanisme des plaintes aussi. Est-ce que les personnes qui demeurent dans les centres d'hébergement de soins de longue durée sont au courant des mécanismes des plaintes? Est-ce qu'il savent qu'il y a un protecteur qui est à l'intérieur, où ils peuvent déposer des plaintes? Donc ça, c'est toutes des questions qui sont importantes.

Moi, je pense que, dans la grande, grande partie des cas... le fait que les données soient publiques aussi. C'est sur un site Internet, là, il ne faut pas l'oublier. N'importe qui peut y aller. Quand tu as un parent ou un grand-parent qui est dans le centre d'hébergement de soins de longue durée... Moi, une chance, Dieu... j'espère que, ma mère, sa santé va continuer de bien aller. Je ne voudrais pas lui porter malheur, mais, elle, elle est à la maison, elle est en pleine forme. Et je peux vous dire que, si jamais elle avait besoin d'aller dans un centre d'hébergement de soins de longue durée, je ferais ce que bien des enfants font au Québec: ils vont voir sur le site Internet justement, par souci de transparence. Est-ce qu'il y a eu une visite d'appréciation? Quelles ont été les recommandations? Est-ce qu'on a appliqué les recommandations, les correctifs demandés? Donc, ce sont tous des facteurs qui, à mon avis, sont très importants et qui ont contribué à rehausser la qualité de vie des résidents qui sont dans les centres d'hébergement de soins de longue durée.

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

● (17 h 50) ●

**Mme St-Amand:** Oui. Question de curiosité, est-ce que les modalités... Quand les gens effectuent cette visite-là, est-ce que les gens sont prévenus longtemps d'avance? Ce que je veux dire... vous comprenez, hein, que... parce que, dans ce qu'on a vu à la télé, la préoccupation, c'est... non pas de jouer à la cachette, là, mais est-ce que les gens font le grand ménage avant que la visite arrive ou si...

**Mme Thériault:** C'est très pertinent, votre question. Moi, je pense qu'en 24 heures tu n'as pas le temps de faire un grand ménage, là. Et on avise seulement que 24 heures à l'avance de la visite d'appréciation. Ça fait qu'évidemment... Puisqu'il y a 54 % des résidences qui ont... des centres d'hébergement de soins de longue durée qui ont déjà été visités, il en reste 46 % — donc avis à ceux qui n'ont pas eu les visites d'appréciation.

Moi, je pense qu'on peut... On peut ne pas nécessairement attendre non plus d'avoir cette visite-là, hein? Vous savez, souvent, les centres d'hébergement de soins de longue durée, plusieurs sont rattachés au même CSSS, en passant, dans les mêmes agences, et ce qui fait

qu'il peut y avoir un centre d'hébergement de soins de longue durée qui, lui, a reçu une visite, et les autres n'en ont pas reçu. Donc, très souvent, les recommandations, suite à la visite, qui s'appliquent à un centre d'hébergement de soins de longue durée, bien, dans un souci de cohérence, le personnel de direction, le directeur général... la plupart du temps, s'il y a une recommandation dans un de ses centres d'hébergement de soins de longue durée puis qu'il a deux autres centres d'hébergement de soins de longue durée, c'est bien évident que, cette recommandation-là, il va la regarder pour ses trois centres. Donc, même les centres qui n'ont pas été visités peuvent avoir apporté des améliorations au cours des dernières années, parce qu'il y a d'autres centres, à même le même CSSS, qui, eux, ont eu des recommandations.

Mais, pour répondre précisément à votre question, c'est 24 heures d'avis seulement. Donc, non, on n'a pas le temps de faire le grand ménage.

**Le Président (M. Kelley):** Mme la députée.

#### Suites données aux recommandations

**Mme St-Amand:** Merci, M. le Président. Suite à ces visites-là, Mme la ministre, il y a des actions, j'imagine, qui sont prises. J'imagine que les gens, les gens de votre ministère font un suivi suite à ça. Est-ce que vous avez des exemples d'actions qui sont entreprises? Est-ce que le gouvernement supporte aussi pour procéder à des améliorations, à des investissements, le suivi de ces visites-là finalement? Parce qu'il faut quand même que ça change quelque chose, en tout cas on espère, hein, que c'est là pour changer quelque chose. Donc, quelles sont les actions qui sont entreprises après la visite?

**Mme Thériault:** Bon. Ce que je vais peut-être prendre le temps de préciser par contre, c'est qu'il faut comprendre que, si jamais, lors d'une visite, il y a une situation qui est jugée inacceptable ou critique, là, c'est sûr qu'il y a des actions qui s'entreprennent immédiatement. On n'attend pas de faire une rédaction de rapport, là. Si l'équipe qui est là constate qu'il y a des sérieux problèmes, lacunes, manquements, et que c'est inadmissible dans notre réseau, les actions sont entreprises immédiatement.

En temps normal, lorsque les visites d'appréciation ont été faites, il va y avoir un plan d'amélioration qui va être demandé et qui va être produit dans les 60 jours. C'est fait en collaboration avec les agences, ce sont elles qui approuvent les plans et qui assurent le suivi, évidemment. Et normalement, au 31 mars de chaque année, les agences vont produire un bilan du suivi, ils vont produire un bilan du suivi donné à chacune des recommandations qui est formulée dans le rapport.

Donc, à ce moment-là, évidemment, tu as des recommandations auxquelles on peut répondre à très court terme, à brève échéance, mais il y a d'autres recommandations où ça pourrait demander un changement au niveau de la culture organisationnelle, ou la culture du travail, ou les équipes de travail, etc. Donc ça, ça peut prendre un peu plus de temps qu'à l'intérieur de 24 heures.

Ça pourrait être une modification au lieu aussi, style, je ne sais pas moi, ça peut être ajouter des portes. Donc, c'est sûr que, tout dépendant des centres d'hébergement de soins de longue durée, il y a des choses qui

peuvent être faites tout de suite, il y en a d'autres qui vont attendre l'application de notre programme de rénovations mineures, qu'on a mis sur pied aussi pour être capables de répondre aux modifications qui ont été demandées dans le plan d'action.

Après ça, il y a une personne qui est désignée dans chaque agence pour s'assurer du suivi des visites. Il y a la nomination d'un conseiller du milieu de vie dans chacune des agences et dans chacun des établissements, à la demande du ministère. L'analyse des bilans, transmise pour les établissements qui sont visités au cours des deux premières années de visite, démontre qu'en fait la majorité des recommandations adressées aux établissements ont été réalisées en totalité ou en très grande partie.

Ce qui regarde l'environnement physique et l'augmentation des soins spécialisés, ça exige des plus grands investissements ou une période de mise en oeuvre qui est beaucoup plus longue, donc c'est ce que je vous expliquais, exemple, avec les aménagements physiques des lieux, lorsqu'on a des modifications à faire.

Et, cette année, il y a l'ajout d'une journée complète dans observation dans le milieu. Donc, normalement, lorsque les gens arrivent pour faire la visite d'appréciation, au départ c'était une journée et demie, et maintenant on est rendus à deux journées et demie. Donc, on passe encore plus de temps dans les centres d'hébergement pour pouvoir justement détecter, regarder, analyser, faire des rencontres également avec les résidents qui sont là, les infirmières, les employés, et non pas seulement que la direction, les familles, les familles aussi qui sont là. Donc, il y a une journée qui a été rajoutée pour essentiellement passer plus de temps avec les résidents et aussi les familles des résidents, qui, eux, voient beaucoup de choses.

**Le Président (M. Kelley):** Il reste quatre minutes, alors un dernier échange ou... Mme la députée.

#### Coût des visites

**Mme St-Amand:** ...merci beaucoup. J'imagine que toutes ces tournées-là, évidemment tant au niveau du personnel — ça demande du personnel — ou de tout ce que ça requiert financièrement... j'imagine que ça doit requérir un investissement quand même important au niveau financier. Est-ce que vous êtes capable de nous parler des sommes qui ont été investies, j'imagine, en formation de personnel ou afin d'améliorer aussi... l'amélioration du milieu physique? Est-ce que vous êtes capable de nous dire les sommes qui ont été investies?

**Mme Thériault:** O.K. Au niveau de la formation du personnel, il y a l'investissement d'une somme de 1 million de dollars pour soutenir la mise en place de l'approche milieu de vie. Donc ça, ça a déjà été investi, c'est fait. Il y aura un budget additionnel de 14 millions de dollars, qui, lui, a été dégage, dans le cadre du renouvellement des conventions collectives, pour améliorer la formation des préposés et des préposés aux bénéficiaires. Ça, c'est en cours de réalisation. Donc, quand on dit 14 millions, là, évidemment... Est-ce qu'on a commencé l'an passé pour ça?

**Une voix:** Oui.

**Mme Thériault:** Oui. Donc, on a commencé l'an passé pour ça, mais il y aura aussi de l'argent cette année pour pouvoir continuer cette formation-là.

Notre ministère, on a collaboré avec le ministère de l'Éducation pour réviser le programme de formation provincial qui s'adresse aux préposés aux bénéficiaires ainsi qu'aux auxiliaires. Donc, ça permet réellement de faire une mise à jour et d'instaurer des bonnes pratiques, évidemment, avec les résidents qui sont dans les centres d'hébergement et dans le réseau.

Et il y a eu des activités de soutien, aux établissements, de la mise en place de l'approche milieu de vie. Et, pour les immobilisations, donc l'aménagement physique des lieux, il y a une enveloppe de 795 millions qui a été annoncée, qui a été consentie par le gouvernement pour améliorer... il y a des... le programme de rénovations mineures, donc les petites rénovations qui souvent peuvent faire toute la différence dans un milieu de vie. Il y a le programme de rénovations majeures qui, lui... Lorsque j'ai été dans la région de Sherbrooke, j'ai eu le plaisir de visiter une résidence pour personnes âgées qui avait mis l'air climatisé... non, c'étaient des balcons qu'ils ont faits, ils ont rajouté des balcons dans toutes les chambres.

**Une voix:** ...

**Mme Thériault:** Oui, c'était un centre d'hébergement de soins de longue durée — merci — qui ont rajouté des balcons dans toutes les chambres. Donc, les gens pouvaient sortir dehors, aller prendre l'air, etc., chose que, dans les résidences qui datent de 30 ans, 40 ans, 50 ans — et Dieu sait que j'en ai vu — ce n'est pas nécessairement possible de faire ça.

Et il y a également de l'argent, dans le 795 millions, qui est consacré aux nouvelles bâtisses. Donc, les bâtisses qui sont complètement désuètes, il y a des projets, d'ailleurs il y a un plan d'immobilisations... il y a des projets et il y a des endroits où les bâtisses qui ont été construites en 1960, 1970 ne répondent plus du tout aux normes. Donc, il y a des nouvelles constructions de centres d'hébergement, et ça améliore grandement la qualité de vie des résidents.

**Le Président (M. Kelley):** Merci beaucoup. Ça met fin à la première partie de notre échange avec les membres de la commission. Je dois noter qu'à cause du retard dans le début de nos travaux il manque 38 minutes. Alors, ça va être quelque chose à trouver un moyen de faire le rattrapage peut-être dans la prochaine séance.

Mais, sur ça, je veux dire merci beaucoup à Mme la ministre et je veux dire également merci beaucoup à toutes les personnes qui vous accompagnent pour la qualité des réponses qui ont été fournies aux membres de la commission.

Et, sur ça, je vais ajourner nos travaux au mercredi 22 avril, à 9 h 30, dans cette même salle, afin de poursuivre l'étude du volet Santé des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2009-2010. Merci beaucoup. J'ajourne.

*(Fin de la séance à 18 heures)*