



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de l'administration publique**

Le mercredi 6 mai 2015 — Vol. 44 N° 13

Audition portant sur la gestion administrative du
ministère de la Santé et des Services sociaux

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 6 mai 2015 — Vol. 44 N° 13

Table des matières

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Michel Fontaine	1
Discussion générale	2

Autres intervenants

M. Sylvain Gaudreault, président
M. Richard Merlini, vice-président

M. Pierre Reid
Mme Diane Lamarre
M. Michel Matte
M. François Paradis
Mme Julie Boulet
M. Jean-François Lisée
Mme Rita Le de Santis
M. André Drolet

- * M. Pierre Lafleur, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * M. Richard Audet, idem
- * M. Louis Couture, idem
- * M. Marco Thibault, idem
- * M. Luc Castonguay, idem
- * M. François Dion, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 6 mai 2015 — Vol. 44 N° 13

**Audition portant sur la gestion administrative du
ministère de la Santé et des Services sociaux**

(Quinze heures neuf minutes)

Le Président (M. Gaudreault) : Je vous souhaite la bienvenue. Je vous demande d'être à l'ordre, s'il vous plaît. Je constate le quorum. Je déclare la séance de la Commission de l'administration publique ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires, s'il vous plaît, ce que j'ai fait moi-même.

Nous sommes réunis ici afin de procéder à l'audition du ministère de la Santé et des Services sociaux sur sa gestion administrative.

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

La Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Péladeau (Saint-Jérôme) est remplacé par Mme Lamarre (Taillon); M. Villeneuve (Berthier), par M. Lisée (Rosemont); et M. Caire (La Peltrie), par M. Paradis (Lévis).

• (15 h 10) •

Le Président (M. Gaudreault) : Merci beaucoup. Alors, comme prévu à l'ordre du jour, on va débiter par l'exposé du ministère de la Santé et des Services sociaux, et le reste de la séance sera consacré aux échanges entre nous, entre membres de la commission, par blocs intercalés.

Alors, M. le sous-ministre, je vous demande de vous présenter, de présenter les gens qui vous entourent, qui vous accompagnent, et de faire votre exposé. Je vous accorde autour de 10 minutes, à peu près. Merci.

**Exposé du sous-ministre de la Santé et des
Services sociaux, M. Michel Fontaine**

M. Fontaine (Michel) : O.K. Bonjour. Michel Fontaine, sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux.

Alors, M. le Président, mesdames et messieurs les députés, membres de la commission, c'est avec grand intérêt que nous participons à cette audition qui nous donne, dans le fond, la chance d'échanger avec vous au sujet de la gestion administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette gestion, je tiens à le souligner, est le fruit d'un travail d'équipe, une équipe qui est dédiée à sa mission, dont plusieurs membres m'accompagnent aujourd'hui, puis je me permets, comme M. le Président me l'a mentionné, de les présenter, particulièrement les sous-ministres adjoints et associés. J'ai, à ma gauche, M. Luc Castonguay, qui est le sous-ministre adjoint à la Planification, à la Performance et à la Qualité; immédiatement à côté de moi, M. François Dion, qui est le sous-ministre adjoint aux Finances, aux Immobilisations et au Budget; et, à ma droite, le Dr Louis Couture, qui est le sous-ministre adjoint aux Services de santé et Médecine universitaire. Juste en arrière de moi, je vais les nommer, ils leveront peut-être le doigt, là, parce que je n'ai pas mon miroir : Dr Horacio Arruda, qui est le directeur national de la santé publique et sous-ministre adjoint à la Santé publique; le Dr Jean Latreille, qui est directeur de la Direction québécoise de cancérologie; M. Sylvain Gagnon, qui est le sous-ministre associé aux Services sociaux; M. Marco Thibault, qui est le sous-ministre adjoint au Personnel réseau et ministériel; M. Pierre Lafleur, qui est le sous-ministre adjoint à la Coordination réseau et ministérielle; et M. Richard Audet, qui est le sous-ministre associé aux Technologies de l'information. Et nous avons avec nous également plusieurs autres membres de l'équipe de gestion du ministère de la Santé et du personnel qui pourront, à l'occasion, si nécessaire, répondre à des questions plus en détail, s'il y a lieu.

Alors, d'entrée de jeu, je souhaite rappeler à tous la mission du ministère et de son réseau, qui est de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise, notamment en prônant la prévention et en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité. Notre ministère doit s'assurer du fonctionnement adéquat du système de santé et de services sociaux. Pour ce faire, il élabore et détermine les orientations, les politiques et les priorités pour son réseau et veille étroitement à leur application. Le ministère accomplit sa mission grâce, bien sûr, à ses équipes internes, mais également, ce qui fait un petit peu la particularité du ministère de la Santé, grâce à l'étroite collaboration de tous les employés et médecins du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires, comme, par exemple, les organismes communautaires, le milieu de l'éducation, les corps policiers, les ambulanciers, etc.

Au 31 mars 2014, la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux représentait environ 7 % de la population active du Québec. On dénombrait 268 127 employés dans le réseau public de la santé et des services sociaux et des établissements privés conventionnés, ce qui inclut notamment 11 300 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires, 57 640 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux. Parmi les 30 318 professionnels rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec, on dénombrait 8 710 médecins omnipraticiens et 9 779 médecins spécialistes. Pour compléter ce tableau des effectifs, le ministère pouvait compter, à l'interne, sur 975 employés dévoués pour réaliser sa mission.

En ce qui a trait à la gouvernance, vous n'êtes pas sans savoir qu'au 1er avril dernier est entrée en vigueur la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, qu'on appelait le projet de loi n° 10, le p.l. n° 10, que je vais peut-être utiliser ultérieurement,

là, au lieu de redire cette longue phrase là à chaque fois. Cette loi, qui vise l'intégration de tous les programmes de santé et de services sociaux sous la gouverne unique, à quelques exceptions près, d'un établissement par région et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques plutôt que trois, a modifié de façon importante le portrait organisationnel de notre réseau. La mise en application de cette loi constitue une réforme sans précédent de notre réseau, le faisant passer de 182 établissements et 18 agences régionales à 33 établissements et deux instances régionales. Cette réforme nous fait faire un pas important vers l'allègement des structures administratives et la diminution majeure de la bureaucratie.

Ainsi, certaines fonctions et pouvoirs dévolus antérieurement aux agences de la santé et des services sociaux ont été répartis entre le ministère et les établissements, alors qu'un certain nombre d'autres responsabilités ont été carrément abolies. Donc, à ce chapitre, le ministère assumera dorénavant une tâche plus étendue, notamment au regard des responsabilités liées aux allocations budgétaires, aux approbations, aux désignations et aux avis à émettre aux établissements.

À l'avenir, seul le ministère aura l'obligation légale de produire un plan stratégique dont il devra rendre compte des résultats pour la production d'un rapport annuel de gestion. Les objectifs de ce plan seront repris dans des ententes de gestion et d'imputabilité avec les établissements, qui devront, à leur tour, rendre des comptes sur l'atteinte de leurs résultats au ministère.

Pour ce qui concerne la planification stratégique 2010-2015, je vous fais un bref tour d'horizon des résultats validés au terme de l'année 2013-2014, prenant pour acquis que les résultats 2014-2015 ne sont pas encore complètement validés. Donc, il faut prendre pour acquis qu'il y a d'autres résultats qui sont en cours de réalisation.

Ainsi, au terme de la quatrième année de ce plan, une bonne majorité des résultats ciblés sont atteints ou en voie de l'être : autour de 64 %. Sans reprendre chacun des objectifs, les résultats indiquent que, depuis 2010, plusieurs cibles ont été atteintes dans divers domaines comme les délais d'accès pour la radio-oncologie et pour certaines chirurgies d'un jour ou avec hospitalisation. Des cibles ont été atteintes aussi en matière de prévention des infections nosocomiales, d'implantation de réseaux de services intégrés pour personnes âgées et de recrutement de nouveaux médecins de famille et de médecins spécialistes. Des progrès significatifs ont également été réalisés quant au nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille, à l'accès aux infirmières praticiennes spécialisées, aux délais d'accès à une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, au traitement des demandes de services de personnes ayant une déficience ou encore de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, à l'évaluation des personnes ayant une dépendance et à l'implantation des pratiques cliniques préventives.

Toutefois, des progrès sont encore à faire, et nous y travaillons intensément, notamment améliorer l'accès à un médecin de famille, diminuer la durée de séjour sur civière aux urgences, diminuer le nombre de jeunes et d'adultes en attente de services de santé mentale ou de déficience intellectuelle et accélérer l'implantation de l'approche adaptée aux personnes âgées en centre hospitalier. Au terme du plan stratégique 2010-2015, qui a pris fin le 31 mars dernier, les actions accomplies et leurs résultats témoignent de l'apport indéniable du ministère et de son réseau dans le déploiement d'une offre de services de santé accessibles, de qualité et qui répondent aux besoins des citoyens du Québec.

Plusieurs réalisations témoignent de cet apport notable comme la Loi concernant les soins de fin de vie, la première Politique nationale de lutte contre l'itinérance, plusieurs initiatives ministérielles en matière de lutte contre le cancer, le rehaussement du processus de certification des résidences privées pour aînés, le resserrement des critères auxquels doivent répondre les groupes de médecine de famille ou encore la Loi concernant le partage de certains renseignements de santé par l'intermédiaire du Dossier santé Québec, le DSQ. Un nouveau plan stratégique couvrant la période 2015-2020 a été élaboré et devrait être déposé prochainement à l'Assemblée nationale par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

En terminant, j'aimerais vous partager une dernière réalisation, cette fois spécifiquement à l'interne du ministère, dont nous sommes aussi très fiers en tant qu'organisation. Comme vous le savez peut-être, le ministère a entamé des démarches en 2007 pour obtenir la certification Entreprise en santé, ce qu'il a réussi le 11 juin 2010, après un processus rigoureux. Loin de nous arrêter à cette réussite, nous avons poursuivi nos efforts et sommes devenus, en avril 2013, le premier ministère certifié Entreprise en santé, mention Élite. Ceci témoigne du ferme engagement du ministère à donner l'exemple en créant un environnement où la santé et le mieux-être sont des priorités. Nous comptons bien sûr investir les efforts nécessaires pour maintenir cette certification. À cet effet, nous avons approuvé, en février dernier, le plan d'action Vivactif 2015, qui vise des objectifs concernant la santé du personnel et sa satisfaction à l'égard de son milieu de travail et qui précise les bénéfices escomptés des actions de prévention et de promotion ainsi que des pratiques organisationnelles favorables à la santé.

Alors, M. le Président, mes collègues et moi sommes maintenant disposés à répondre aux questions de la commission.

• (15 h 20) •

Le Président (M. Gaudreault) : Merci beaucoup, M. Fontaine. Alors, nous allons entamer le bloc d'échange avec un premier bloc de 10 minutes pour le gouvernement. Alors, je cède la parole à M. le député d'Orford.

Discussion générale

M. Reid : Merci, M. le Président. Merci, et je voudrais saluer toutes les personnes qui sont ici. Je pense qu'on a toutes les possibilités ici d'avoir des réponses à nos questions. Et moi, j'ai une question très large, M. le sous-ministre, pour commencer, parce qu'à la lecture du document d'analyse qui a été fait par les recherchistes du gouvernement, de l'Assemblée nationale, on a une remarque, et, par comparaison avec d'autres ministères, le nombre de cibles intermédiaires dans votre plan stratégique est assez réduit, et certains pourraient se demander... quand on n'a pas beaucoup de cibles intermédiaires puis qu'on se met une cible pour dans cinq ans, qu'on conduit une automobile les yeux fermés pendant cinq ans puis on regarde, après cinq ans, si on est à la bonne place... je suis certain que, si c'était le cas, le gouvernement

du Québec au complet serait en faillite depuis longtemps. Donc, il doit y avoir autre chose que vous faites aussi pour mesurer votre performance, où vous allez, comment réagir, et ça, ça doit se faire de façon assez régulière et pas une fois aux cinq ans.

Dans votre rapport... étant donné que vous avez un plan stratégique qui a des cibles qui se mesurent après cinq ans, évidemment, c'est difficile d'évaluer, sur la base de votre rapport ou de vos rapports annuels essentiellement, un certain nombre de choses, comment ça progresse. Donc, c'est certain que vous allez avoir des questions aujourd'hui de notre part, des membres de la commission, sur l'évolution d'un certain nombre d'éléments pour lesquels on a peu d'informations dans le rapport annuel et on ne voit pas toujours où ça va. J'aimerais ça que vous m'expliquiez un petit peu, globalement d'abord, que ce n'est pas le cas, qu'on n'attend pas après cinq ans pour réagir quand il y a quelque chose qui ne marche pas comme on pense quand ton objectif... on ne va pas vers la destination qu'on veut. Mais, quand ta destination est dans cinq ans, pendant cinq ans, il se passe beaucoup de choses. Comment est-ce qu'on fait pour s'assurer que, quand on dévie de notre destination, ou quand on ne va pas assez vite, ou qu'on ne va pas comme on voudrait pour atteindre l'objectif dans cinq ans... comment est-ce que vous faites, là, de façon assez générale?

Et, dans ça, vous pouvez nous parler un peu d'écartage. Je ne veux pas poser quatre questions sur les mêmes sujets. Vous pouvez nous parler éventuellement un peu comment vous mesurez ce que vous faites par rapport à ce qui existe ailleurs aussi, parce qu'on est en Amérique du Nord, il y a de nombreuses... même si on n'est pas tous pareils, on a beaucoup de comparaisons qu'on peut faire avec les autres.

Alors, dans un premier temps, des cibles intermédiaires... Puis évidemment, aussi, bien, j'y reviendrai si vous n'avez pas le goût d'en parler tout de suite, mais la fin de ma question, c'est aussi : Dans le nouveau plan stratégique, qui est certainement en préparation, est-ce que vous allez aller un petit peu plus vers des cibles intermédiaires pour que vos outils de... je suis certain que vous avez des outils internes de gestion qui vous permettent de suivre ça de façon beaucoup plus fréquente, mais pour qu'on puisse, sans faire de la microgestion à votre place, mais qu'on puisse en savoir un peu plus, quand vous prenez la peine de faire un rapport annuel, qu'on puisse en savoir un petit peu plus sur l'état d'avancement vers les objectifs que vous visez sur une période de cinq ans dans un plan stratégique?

Donc, c'est une question en trois volets, si vous voulez. Je vous laisse la prendre dans l'ordre que vous voulez. Et je pense que tous les membres de la commission attendent ces réponses-là.

Le Président (M. Gaudreault) : M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel) : Oui, merci, M. le Président. D'abord, vous dire qu'effectivement le plan stratégique 2015-2020 est prêt. Je le disais tout à l'heure, notre ministre devrait le déposer à l'Assemblée nationale dans... j'imagine dans les prochaines semaines, on est dans cet ordre de grandeur là.

Une voix : Il devrait être envoyé après l'approbation des...

M. Fontaine (Michel) : O.K. Donc, on y reviendra, là. Pour la situation qu'est-ce qu'on a modifié dans notre plan stratégique, on l'a rendu beaucoup plus simple, on l'expliquera un peu plus tard. Mais, pour l'heure, pour vous dire que, par rapport à nos objectifs intermédiaires d'année en année, on a une démarche qui est quand même particulière, là, à cause... Et je vous mentionnais... C'est pour ça, dans l'introduction, je faisais référence au grand réseau de la santé et des services sociaux parce que le ministère de la Santé et des Services sociaux, c'est avant tout son réseau. Parce que le ministère même est important, là, mais, quand on a 265 000 personnes dans le réseau, c'est là que se passent les vraies choses, les soins sont donnés vraiment dans le réseau.

Donc, on a un mécanisme très, très, très rigoureux et structuré. Puis je demanderai à M. le sous-ministre à la coordination du réseau, M. Lafleur, de donner le détail, mais je vais vous donner les grandes lignes. D'abord, à chaque année, une fois qu'on a déposé le plan stratégique, qui est habituellement quinquennal... donc, c'est assez difficile, justement, dans un réseau aussi en mouvance, de définir à l'avance, cinq ans d'avance, exactement comment seront amenés les résultats. Ça fait qu'on s'est donné un système annuel qui est un plan d'action annuel de chaque établissement. Antérieurement, on appelait ça des ententes de gestion et d'imputabilité qui sont, dans le fond, le contrat qu'on fait avec les établissements. Dans le passé, avec la situation d'une gouverne à trois paliers, les établissements signaient une entente de gestion et d'imputabilité, et là l'orientation est donnée, à ce moment-là, pour l'année en cours en fonction des capacités qu'on a, qu'elles soient budgétaires ou ressources humaines, etc., pour atteindre une série d'objectifs qui sont de la planification stratégique, naturellement. En découle, donc se décline, de cette façon, donc, une entente de gestion et d'imputabilité obligatoire entre, antérieurement, les établissements et l'agence et ensuite entre l'agence — il y avait 18 agences — et le ministère de la Santé, qui signait des ententes de gestion.

Et là on a tout un mécanisme de reddition de comptes annuelle, période par période, avec des tableaux de bord. Et habituellement... je vous fais grâce, là, mais on travaille avec les trois couleurs habituelles, vert, jaune, rouge, pour faire des interventions où toutes nos directions générales du ministère, tous les sous-ministres que je vous présentais tout à l'heure ont un suivi obligatoire, dès qu'on est dans le rouge ou dans... on va dire dans le jaune orange un petit peu, là, à faire une intervention spécifique, dans le passé, aux agences et, maintenant, en direct avec les 33 établissements de notre réseau.

Donc, c'est très, très rigoureux, très spécifique. D'année en année, on a des objectifs intermédiaires, mais on ne les mentionnait pas dans la planification stratégique, ne sachant pas à l'avance exactement les ressources qui seraient disponibles à quel moment, parce qu'au niveau politique il arrive qu'il y ait des nouvelles orientations qui nous arrivent en cours d'année. Prenez l'exemple de la loi sur la fin de vie, etc., si on n'avait pas planifié ça il y a cinq ans... Donc là, c'est des choses qui... on se garde une marge pour que, dans l'année en cours, c'est un plan d'action annuel qui fait en sorte que,

normalement, au bout des cinq ans, on a atteint une bonne partie des objectifs ou même... ça devrait être 100 %, mais il arrive des fois qu'il y a des situations d'inconvénients qui sont en cours de route, que ce soit budgétaire, ou ressources humaines, ou de nouvelles situations, il arrive une pandémie ou de choses comme ça, ça peut bouger un petit peu. Mais, de façon générale, cette année, par exemple, on pourra vous donner des détails tout à l'heure, on est en train de valider les derniers chiffres 2014-2015 et on va être près d'une atteinte de la plupart de nos objectifs, là, au moins à 80 %, et je vous disais tantôt qu'en 2013-2014 on est autour de 64 %, à peu près, de l'atteinte de tous nos objectifs, nos résultats qu'on avait escomptés dans notre planification stratégique.

Donc, si, M. le Président, vous le permettez, je demanderais à notre sous-ministre adjoint, M. Lafleur, de compléter la situation de la démarche obligatoire puis de la reddition de comptes qu'on exige année après année jusqu'à terme de nos cinq ans de planification stratégique.

Le Président (M. Gaudreault) : Oui. Peut-être, avant, une question, oui.

M. Reid : Dans ce sens-là, est-ce qu'on pourrait aussi faire état un peu de ce que le contrôle parlementaire que nous faisons ici pourrait... comment il pourrait être amélioré dans les années qui viennent, soit parce que votre plan stratégique fait un peu plus difficile, intermédiaire, ou parce que peut-être vos plans d'action pourraient être communiqués un peu plus dans vos rapports annuels, quelque chose comme ça? Juste tenir compte de ça dans la réponse ou dans le reste de la réponse.

M. Fontaine (Michel) : Peut-être plus globalement, c'est sûr que, dans les recommandations de la commission, si on avait... par exemple, on pourrait... je pense que ça ne s'introduit pas dans un rapport annuel, parce que ce serait vraiment volumineux, mais peut-être en dépôt, en annexe, les ententes de gestion plus la reddition de comptes de ces ententes de gestion là, qui sont des tableaux de bord assez simples, là, ça pourrait être une situation pour permettre aux parlementaires de suivre vraiment, année après année, l'atteinte de nos résultats, je pense que ça pourrait être vraiment intéressant pour... c'est un levier additionnel. Parce qu'actuellement on a quand même certaines balises pour présenter nos rapports annuels, et un ministère de l'ampleur de celui du ministère de la Santé et des Services sociaux, s'il fallait inscrire nos résultats et nos ententes de... juste les ententes de gestion — on pourrait en déposer une ici, à titre d'exemple, à la commission — ça tient quand même, là, sur une trentaine de pages par établissement, donc ça pourrait être vraiment volumineux. Mais, par tableau de bord, ça pourrait être intéressant de les annexer à notre rapport annuel et peut-être aussi améliorer notre rapport annuel. Vous pourriez nous faire des recommandations à cet égard-là, d'avoir au moins un certain nombre de grandes lignes d'atteintes de résultats plus spécifiques dans notre rapport annuel.

Le Président (M. Gaudreault) : M. Lafleur.

M. Lafleur (Pierre) : Oui. Bonjour aux membres de la commission. Pierre Lafleur, sous-ministre adjoint à la Coordination réseau, ministérielle. Je me permettrais immédiatement de glisser peut-être un petit peu sur la dernière partie de votre question, M. le député, concernant la reddition de comptes. Il faut savoir, et je sais que c'est peut-être un petit peu hasardeux, mais il faut savoir que les rapports annuels de toutes les agences étaient déposés à l'Assemblée nationale et comportaient l'ensemble de la reddition de comptes en lien avec la planification stratégique qui se retrouvait dans l'entente de gestion, ce à quoi faisait référence M. Fontaine. Et, dans la nouvelle loi qui est en vigueur depuis le 1er avril, il faut savoir également que l'ensemble des établissements du Québec devront déposer, via le ministère de la Santé et des Services sociaux, le rapport annuel de gestion contenant l'ensemble des indicateurs qui sont prévus à l'entente de gestion, et donc à la planification stratégique, devant l'Assemblée nationale également.

Donc, on peut suivre annuellement l'évolution, c'est un peu complexe parce qu'évidemment ce sont 29 documents différents, et, comme le suggérait M. Fontaine, il y aurait peut-être moyen de faire un condensé de tout ça à l'intérieur du rapport du ministère de la Santé.

Le Président (M. Gaudreault) : Merci. Ça met fin au bloc, au premier bloc déjà. Comme je le disais, je tiens à respecter l'alternance puis le temps aussi. Alors, vous pourrez revenir à votre prochain bloc. On va passer tout de suite au bloc de l'opposition officielle avec la députée de Taillon.

• (15 h 30) •

Mme Lamarre : Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Moi, j'aimerais avoir un peu un état de situation pour tout le dossier de l'informatisation du réseau de la santé. On sait que c'est quelque chose qui, actuellement, malgré beaucoup d'efforts de beaucoup de gens... quand ça, ce n'est pas performant, il nous manque des résultats, il nous manque des indicateurs de performance, il nous manque de la fluidité, du partage d'information clinique.

Dans le rapport, là, c'était... j'aimerais ça avoir un résumé d'où on est rendus, là. On constatait que la SOGIQUE avait été intégrée, finalement... les employés de la SOGIQUE avaient été intégrés au ministère — je suis le dossier depuis longtemps — puis il y a eu beaucoup d'allers-retours dans ça : des périodes, on confiait à l'externe, d'autres périodes, on récupérait au ministère. On en est où aujourd'hui et quelles sont les cibles réalistes qu'on peut espérer dans un avenir rapproché?

Le Président (M. Gaudreault) : M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel) : Oui, M. le Président. Bien, globalement, d'abord vous dire qu'advenant que ce soit pour cette situation-là ou une autre, si, des fois, la commission souhaiterait avoir un état de situation écrit, nous, on peut

déposer après, là, sans problème, ces situations-là, que ce soit celle de l'informatisation ou autre, là. On a tous ces états de situation là à jour, donc il s'agira d'en faire la demande si vous le souhaitez. On fera les dépôts ultérieurement, là, après la commission si vous le souhaitez.

Pour ce qui est de l'informatisation, peut-être... Je vais prendre globalement, puis après, encore une fois, si M. le président l'autorise, on demandera au sous-ministre adjoint parce que c'est très complexe, l'informatisation. M. Audet, qui est le sous-ministre adjoint à l'informatisation et au réseau, aussi pourra donner plus de détails.

Mais, juste peut-être pour le bénéfice des membres de la commission, c'est vrai que, si je prends, par exemple, le Dossier santé Québec, qui aurait dû normalement être livré il y a déjà plusieurs années, on est en retard pour toutes sortes de circonstances, là, mais aujourd'hui, dans la dernière année... puis M. Audet pourra vous confirmer tout à l'heure, là, où est-ce que le coup d'accélérateur qu'on a réussi à donner qui fait en sorte qu'on est en train, là, de livrer vraiment pour de bon le DSQ à très court terme... et il va vous donner, même, des échéanciers au besoin. Donc, dans ces circonstances-là, l'avènement aussi de l'internalisation, là, de nos ressources SOGIQUE — vous avez parlé, Mme la députée — ça nous aide beaucoup parce qu'on est beaucoup moins dépendants, à ce moment-là, des firmes informatiques. Donc, ça a amené un certain nombre d'avantages. C'est sûr que c'est un petit peu plus lourd, là, parce qu'on est soumis, tous, aux règles, actuellement, du Conseil du trésor, donc, quand on veut avoir certaines ressources qui seraient plus spécialisées, c'est un petit peu plus long, mais, par contre, une fois que c'est réglé puis c'est internalisé, bien, ça nous permet d'avoir nos propres ressources pour poursuivre nos développements puis aller plus rapidement.

Ça fait que, si M. le président est d'accord, je vais demander à M. Audet de donner un état de situation.

Le Président (M. Gaudreault) : Je suis d'accord.

M. Audet (Richard) : Bonjour. Richard Audet, donc, sous-ministre associé aux Technologies de l'information.

Peut-être un tour de piste rapidement sur l'informatisation en ce qui concerne le Dossier santé, peut-être répéter les objectifs qu'on avait. Je rappelle que le Dossier santé, c'est d'abord et avant tout, là, une plateforme de partage de l'information. C'est aussi trois grands domaines d'information qui ont été implantés à la grandeur du Québec. Ce que ça veut dire, succinctement : le Dossier santé, ça a permis de créer un registre des usagers, ça a permis de créer un registre des intervenants, c'est-à-dire de tous ceux qui interviennent dans le réseau de la santé, que ce soient des médecins, des infirmières ou d'autres types de professions qui sont enregistrés, qui ont droit d'accès au Dossier santé.

Il faut se rappeler aussi que le Dossier santé Québec a fait l'objet d'une loi, donc, la loi sur le partage des renseignements de santé, qui permet à tous ces professionnels-là de partager ces renseignements-là. On se rappelle que c'était voté en juin 2012, de consensus de l'Assemblée nationale en juin 2012.

Donc, ceci étant dit, au niveau du déploiement des trois grands domaines, ce que j'ai nommé tout à l'heure, les grands registres, ça, c'est implanté, c'est fonctionnel. Ce qui est la partie technique derrière ça, j'appelle souvent ça des fonctions d'arrière-boutique, ça, c'est implanté, ça fonctionne.

Les trois grands domaines, en termes de niveau d'implantation... Si on regarde, par exemple, les pharmacies communautaires, on est rendus à un taux qui dépasse 80 % de taux, dans les pharmacies communautaires, qui est implanté. Il faut se rappeler d'où on est partis il y a quatre ans. À l'époque, on est, à toutes fins pratiques, repartis de zéro il y a quatre ans. Donc, aujourd'hui, le taux d'implantation... puis on vise, le 30 juin, d'avoir déployé l'ensemble des pharmacies communautaires.

On a aussi prévu des dispositions, si on se rappelle bien, dans la loi, qui vont permettre... les pharmacies qui seraient non branchées pour obliger le branchement, donc pour que tout le monde puisse partager les renseignements sur les médicaments.

Sur le côté du laboratoire, on est rendus à un taux de déploiement qui nous permet aujourd'hui d'avoir près de 90 % des examens de laboratoire qui sont disponibles à travers les laboratoires publics qui sont déployés. Notre cible, c'est, d'ici la fin de l'année, qu'on aura 100 % des laboratoires publics qui auront été branchés au Dossier santé Québec.

Par la suite, on attaque en parallèle le secteur privé parce qu'on sait qu'il y a un certain nombre d'examens de laboratoire — par exemple, des analyses de sang — qui peuvent être faits par des entreprises privées. On est en train de regarder, d'ici la fin de l'année, d'arriver à peu près avec 60 % de la volumétrie qui se fait du côté du privé pour intégrer cette information-là aussi dans le Dossier santé, ce qui veut dire que, quelque part en 2016, on aura le tour de piste pour l'ensemble du laboratoire.

Pour la partie imagerie médicale, on a un taux d'un peu plus de 60 %, bien que 100 % de l'imagerie ait été faite sur le plan numérisé au moment où on se parle. Il reste maintenant à établir, je vous dirais, toute l'interopérabilité de l'ensemble, là, de ces fonctions-là d'ici la fin de cette année. Ça, c'est en marche.

Le Président (M. Gaudreault) : Merci, merci. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Oui. On a beaucoup parlé, dans le projet de loi n° 10, du DCI, là, dossier clinique informatisé, donc, une carte d'hôpital unique, une carte de patient unique pour... Combien ça va coûter, la mise en action concrète de cette carte unique pour les CISSS, les CIUSSS, et quand?

M. Audet (Richard) : Ce qu'il faut regarder, c'est... en ce qui concerne le partage de l'information, l'élément clé, c'est le registre des usagers qui a été construit dans le Dossier santé Québec. On a un registre de tous les usagers du Québec qui est disponible, avec lequel les établissements peuvent s'apparier au moment où on se parle. L'élément clé, le ciment qui est mis dans toute l'information, entre tous les établissements du Québec, ses différentes installations, en ce qui

concerne, par exemple, l'exemple du laboratoire, vous avez une carte d'assurance maladie qui est déjà existante dans le réseau. Nous, on fait l'appariement avec cette information-là, l'information de l'établissement et on établit un numéro d'intervenant unique qui permet de s'assurer qu'on attache toute l'information après un individu.

Donc, cette information-là devient partageable, et donc, par le Dossier santé, vous avez une virtualisation de partage de cette information-là. Si je reviens au niveau de l'établissement, avec les fusions, ça ouvre des opportunités sur le plan de la transformation au niveau des technologies. Dans les endroits, par exemple, où vous aviez quatre systèmes qui font la même chose, il y aura des choix qui devront être faits par les établissements pour dire : À ce moment-là, si j'ai trois systèmes qui font la même chose avec trois instances, je dois décider : Est-ce que j'en garde un seul? Est-ce que j'en garde deux? Est-ce que je dois, par exemple, éliminer des instances? Ça ouvre des opportunités qui n'existaient pas auparavant. Mais le partage d'information extraétablissement va se faire...

Mme Lamarre : Donc, il y a de l'application, là. Ce que je comprends, c'est que vous dites : S'il y a un registre, donc, il y a une information dans l'hôpital, et il y avait trois ou quatre façons de partager l'information ou de la recevoir au niveau de l'hôpital. Donc, avec le CLSC, par exemple, avec des centres de laboratoires, avec... et là la décision de dire : On parle de quatre à un, ça, c'est pris par qui? Est-ce que chaque CISSS va prendre cette décision-là? Et qu'est-ce qu'on va leur mettre comme pression pour la prendre, cette décision-là?

M. Audet (Richard) : Ça fait que c'est sûr que nous autres, actuellement, on est en train de dresser des orientations, mais le premier élément à considérer, c'est de faire l'état des lieux sur le nombre de systèmes qu'on a, deuxièmement, de prendre une décision à partir de ces orientations-là. On veut diminuer considérablement le nombre de systèmes différents.

Et je me permets de donner l'exemple d'où on est partis dans le Dossier santé. Le Dossier santé, si on regarde, par exemple, la biologie médicale, tout ce qui concerne les laboratoires, on parle qu'il y a six grands fournisseurs, et six grands fournisseurs... et ils ont faits aussi, avec le temps, un certain nombre de versions qui viennent multiplier la difficulté de partager l'information. Mais le Dossier santé, encore une fois, c'est l'élément qui permet de ramasser toutes ces informations-là, de la normaliser et de la partager interétablissements.

Donc, il y aura des décisions à l'intérieur des établissements, mais selon les orientations que le ministère va donner.

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

Mme Lamarre : Oui, bien, quand on parle de fournisseurs, on parle de fournisseurs pour le DCI, hein? C'est, en fait, le DME, dossier médical électronique. Parce qu'il y a aussi cette dimension-là, pour laquelle le gouvernement finance les médecins avec leur dossier médical électronique, là. Là aussi, je crois en comprendre qu'il y a six fournisseurs. Est-ce qu'il y a un cahier de charges commun? Parce que, là, il me semble que ça fait 20 ans qu'on dit que les systèmes ne sont pas compatibles, que c'est compliqué de les réunir. Est-ce que le ministère a prévu un cahier de charges dans lequel la compatibilité de ces systèmes-là va être garantie?

M. Audet (Richard) : Quand vous arrivez pour vous brancher avec le Dossier santé, nécessairement, il y a des normes techniques d'échange d'information qui sont prévues. J'aimerais rappeler que l'informatisation du réseau, ça repose sur trois grands piliers. Le premier grand pilier, c'est le système qui est à l'intérieur de l'hôpital, qu'on appelle le DCI. On est plus dans les appellations, mais on comprend que c'est un dossier patient alentour duquel on retrouve plein de systèmes spécialisés qui sont nécessaires pour faire des fonctions spécialisées. Ce qu'on retrouve dans l'univers du médecin qui pratique dans sa clinique privée, on l'appelle le dossier médical électronique, donc, le DME. Mais on parle quand même de choses qui se comparent, mais dans des univers différents, avec des processus différents. Le troisième pilier de l'informatisation, ça devient le DSQ, qui permet de faire la circulation de l'information entre ces trois piliers.

Le Président (M. Gaudreault) : Merci. Alors, le temps de l'opposition officielle est écoulé. Nous retournons du côté du gouvernement avec une question du député de Portneuf.

• (15 h 40) •

M. Matte : Merci, M. le Président. Je voudrais également vous souhaiter la bienvenue, M. le sous-ministre, ainsi qu'à votre équipe. C'est un plaisir pour moi, là, de m'adresser à vous, parce que, vous le savez, c'est un sujet de l'heure puis ça suscite beaucoup de questionnements.

Je vous ai écouté lors de votre... dans vos remarques préliminaires, vous avez mentionné la mission de votre ministère, et ce qui m'a frappé le plus, c'est... vous voulez rendre accessible un ensemble de services de santé et des services sociaux.

J'aimerais connaître quelles sont vos orientations, vos préoccupations pour s'assurer que les services en région seront les mêmes qu'en ville. Autrement dit, est-ce qu'en région on peut avoir accès aux mêmes services qu'on a en ville?

Le Président (M. Gaudreault) : M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel) : Bien, M. le Président, je dirais : Pas à 100 %, mais je pense que vous faites référence surtout à tout l'ensemble des services santé et des services sociaux de première et deuxième ligne, j'imagine. Si c'est à ça qu'on fait référence, là encore, dans notre système, dans notre ministère, ça se décline dans un réseau, et, dans le réseau, on a donné des obligations avec des orientations.

Puis, par rapport, par exemple, à l'accès à la première ligne de service médical, pour prendre cet exemple-là, on a, dans le réseau, des établissements... maintenant, les CISSS, mais antérieurement c'était vrai aussi, là, pour l'ensemble des établissements dans la région, on avait ce qu'on appelle un DRMG, le département régional de médecine générale, à qui on donne des obligations de s'assurer de l'équité territoriale pour la desserte médicale, pour prendre cet exemple-là. C'est vrai pour, après ça, tout l'ensemble des autres services. Et nous, notre rôle, c'est de s'assurer, s'il y a une situation qui est en déséquilibre, d'entrer en relation avec nos établissements pour dire : Bien, il y a un problème là puis il faut que ça se corrige avec telle orientation. Puis, s'il n'y a pas correction, bien, on intervient, là, directement, à ce moment-là, parce qu'on a cette obligation-là puis de s'assurer qu'il y a une équité par rapport, surtout, à la première et deuxième ligne, là, dans l'ensemble de tout le territoire, là, dans l'occupation du territoire complet. Mais je faisais quand même un point sur le fait qu'en troisième et quatrième ligne ça n'arrivera probablement jamais, là, qu'il y aura de ces services-là dans l'ensemble du territoire, mais c'est plus centralisé à cause de la masse critique nécessaire pour assurer la qualité.

Sur cet aspect-là, si vous le souhaitez, M. le Président ou M. le député, je peux demander au Dr Couture d'aller un petit peu plus loin par rapport à nos orientations qu'on donne, soit à nos DRMG ou à la Table régionale des chefs de département, ce genre de choses là, parce que c'est toujours décliné dans le réseau, nous.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député, vous voulez qu'on continue dans ce sens-là?

M. Matte : Oui.

Le Président (M. Gaudreault) : Oui? Alors, oui, monsieur... Allez-y.

M. Couture (Louis) : Alors, M. le Président, l'accès, c'est un sujet très vaste... l'accès, comme tel, aux services, sur place, dans le lieu de résidence des usagers. Et là-dessus, là, il y a beaucoup de mécanismes au ministère qui font qu'on peut s'assurer que les gens aient accès sur place.

D'abord, il y a la distribution des effectifs médicaux au Québec. Comme vous savez, il y a un plan de gestion des effectifs médicaux, il y a un contrôle très serré de la distribution des effectifs médicaux en fonction des besoins par région. Alors, on pourrait aller très loin là-dedans, mais c'est un premier mécanisme.

L'autre élément aussi qui est extrêmement important pour que les gens aient accès sur place, c'est que les médecins soient disponibles, donc donnent un volume d'activité. Et là vous me voyez venir beaucoup avec le projet de loi n° 20, notamment, où on veut s'assurer que les médecins de famille inscrivent un nombre plus élevé de patients. Mais, plus que ça, c'est : une fois que les patients sont inscrits, il faut que les patients aient accès à leur médecin de famille. Donc, là entre en jeu tout le concept d'assiduité dans le suivi des patients. Donc, je vous dirais, c'est un élément très central, là, de l'accès aux services sur place, dans la région même, dans la localité même, lieu de résidence des usagers.

Bien sûr, tous les services ne peuvent pas être disponibles partout au Québec. Et là entre un autre grand principe qui est le principe de la hiérarchisation, hein, donc, la hiérarchisation, c'est-à-dire qu'il y a certaines régions au Québec, plus souvent les centres universitaires, qui ont des services qu'on dit tertiaires, quaternaires, donc des services très spécialisés. Et là, nous, notre rôle, comme ministère, c'est de s'assurer qu'il y ait un lien entre ces centres-là, tertiaires, et les centres de première ligne, un lien de plusieurs façons. M. Audet a parlé de l'informatisation; oui, il y a le volet de télésanté, qui est en développement aussi et il y a des ententes de services.

Dans le nouveau contexte de la réorganisation récente du réseau, je vous dirais que ce lien-là entre les milieux tertiaires et les milieux de première, deuxième lignes est facilité. Il y a beaucoup moins d'organisations au Québec, donc on a des liens facilitants à l'intérieur de chacune des régions. Et, ayant moins d'intervenants aussi, je vous dirais, moins de responsables d'établissements, les liens vont être plus faciles, là, entre les différents établissements au Québec.

Je ne peux pas passer sous silence tout le volet de la qualité aussi. Alors, on s'assure, au ministère, là, en partenariat, bien sûr, avec le Collège des médecins du Québec, les autres ordres professionnels, que la qualité de l'acte professionnel est disponible partout.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député de Portneuf.

M. Matte : Merci, M. le Président. Un des rôles du député, c'est de défendre les intérêts de ses commettants, de son comté, mais aussi de vous amener des préoccupations. Je suis le député de Portneuf, donc je suis à proximité, là, de la Capitale-Nationale. Je fais partie de la Capitale-Nationale, mais c'est difficile pour nous d'avoir des médecins, donc je m'adresse tout simplement aux services de première et deuxième ligne pour pouvoir les amener à l'autre bout de mon comté ou dans mon comté.

C'est quoi, les mesures ou c'est quoi que vous avez mentionné de la loi n° 20 qui va faire en sorte qu'on va pouvoir solutionner ce problème-là? Je comprends la gestion, là, et la répartition des effectifs, mais comment vous allez faire pour faire en sorte que, dans nos petits milieux, dans nos milieux ruraux, on va s'assurer d'avoir du personnel pour offrir des services de première ligne?

Le Président (M. Gaudreault) : M. Couture.

M. Couture (Louis) : Oui, M. le Président. Écoutez, d'abord, il y a un grand principe qui nous dirige, c'est le principe de l'équité dans la répartition des ressources, notamment des ressources médicales au Québec. Et je dois dire d'entrée de jeu qu'au niveau de la région de la Capitale-Nationale c'est une région qui est relativement bien pourvue,

je vous dirais même très bien pourvue en effectifs médicaux par rapport à plusieurs autres régions au Québec. Ceci dit, en disant ça, on ne nie pas des zones, des sous-zones de la région de Québec, où là la couverture médicale est moins disponible. Et là entre en jeu la responsabilité des départements régionaux de médecine générale, donc c'est une entité de médecins qui sont très impliqués dans la gestion médicoadministrative, qui ont pour rôle, eux, d'évaluer les besoins et d'émettre des recommandations sur la répartition des médecins à l'intérieur d'une même région.

Par exemple, dans la région de Québec, bon an, mal an, la région de Québec bénéficie seulement de trois nouveaux facturants par année, donc trois nouveaux médecins. Mais par contre la région de Québec est très choyée parce que c'est la région au Québec où on a plus de médecins qui sont de retour de région, de d'autres régions. Et les médecins ont le droit de retourner dans la région de Québec, région de Montréal, région urbaine après un an de pratique à l'extérieur. Alors, d'année en année, on a autour de 24, 25, 26, 27 médecins qui retournent dans la région de Québec, et là entre en jeu la responsabilité du DRMG, la responsabilité, maintenant, qui va être dévolue au CIUSSS, notamment, Vieille-Capitale, de s'assurer que les médecins sont distribués de façon adéquate.

Ceci dit, ce n'est pas facile. Les médecins sont, je vous dirais, des libres entrepreneurs. Une fois qu'un médecin revient de région, il peut très bien s'installer là où il veut, en général, alors on devra vraisemblablement resserrer les mesures pour s'assurer de bien diriger les médecins vers les zones les plus en besoin.

Ceci dit, le projet de loi n° 20, globalement, va nous aider à augmenter l'offre de services. Donc, en augmentant le nombre de patients inscrits, en augmentant aussi le suivi pour ces patients-là, on pense globalement améliorer l'offre de services médicaux. Écoutez, c'est un problème qui est un défi de gestion, je vous dirais, notamment pour la région de Québec, mais il faut penser qu'il y a beaucoup d'autres régions au Québec aussi qui ont des pénuries importantes, là, dans certains secteurs d'activité.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député de Portneuf, il reste 1 min 20 s.

M. Matte : C'est beau. Mais effectivement on peut regarder à proximité de la Capitale-Nationale, mais, dans la capitale, là, quand je prends mes municipalités, que ça soit de Rivière-à-Pierre ou de Saint-Ubalde, là, qui sont obligées, là, de faire 75 et 90 kilomètres pour aller chercher un service, là, tu sais, là, là... Tu sais, je le sais, la complexité et la problématique que vous avez, mais, si on ne le soulève pas, tu sais, on ne pourra jamais travailler à trouver des solutions pour faire en sorte d'amener nos médecins, là, en région.

M. Couture (Louis) : Écoutez, on travaille là-dessus. Vous savez, il y a 20 % des jeunes médecins, au Québec, de 40 ans et moins, là, qui pratiquent en cabinet, 20 % des jeunes... Les jeunes médecins vont peu en cabinet, les jeunes médecins se dirigent vers les activités d'urgence puis les activités d'hospitalisation. Donc, un des objectifs du projet de loi n° 20 est de changer la donne, de modifier, je vous dirais, cette implication-là médicale au niveau des diverses activités. C'est des éléments qui pourraient aider, je pense, aussi.

M. Matte : Je vous remercie.

Le Président (M. Gaudreault) : Il reste une quinzaine de secondes, on va le mettre sur l'autre bloc. Alors, nous allons procéder au premier bloc de la deuxième opposition avec le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : J'ai donc 10 minutes, c'est ce je comprends?

Le Président (M. Gaudreault) : Pardon?

M. Paradis (Lévis) : Pour 10 minutes, le temps?

Le Président (M. Gaudreault) : 10 minutes, oui.

• (15 h 50) •

M. Paradis (Lévis) : O.K. Merci, merci. M. Fontaine, messieurs, mesdames, merci d'être là. Je veux tomber sur une donnée dont on se sert beaucoup et que l'on voyait dans le compte rendu qui nous a été fait, notamment au tableau 3.1.6, c'est les durées, notamment, d'attente dans les urgences. Je pense que c'est une notion importante que vous comptabilisez. Elles sont dans ce tableau-là, mais on sait maintenant que le temps d'attente est passé, cette année, là, avec les dernières données, de 16,7 heures à 16,6 heures; on a gagné six minutes. Si on analyse toutes les données de 2014-2015, ça s'est détérioré dans 10 régions, amélioré dans cinq; à 53 urgences, ça s'est détérioré, mais amélioré dans 46, hein, ce n'est pas nécessairement évident. Le temps d'attente moyen, 16,6, c'est à peu près la même chose qu'en 2003, quand on regarde ça. Donc, on est maintenant en 2015, ça fait que ça monte, ça diminue, ça baisse, ça change, mais c'est assez stable autour de 17 heures. Pourtant, dans le plan stratégique 2010-2015, on a une cible qui est de 12 heures d'attente pour les patients sur civière.

Question relativement sottise : Qu'est-ce qui explique, d'abord, globalement, avant d'y revenir, cette espèce de stagnation au niveau du temps d'attente, qui reste le même depuis aussi longtemps, autour de 17 heures? Comment vous le percevez, comment vous l'expliquez? Difficile de faire baisser et d'atteindre les cibles qu'on projette.

M. Fontaine (Michel) : Encore une fois, M. le Président, je vais introduire, puis le Dr Couture pourra poursuivre parce que c'est son... un de ses dossiers particuliers.

Peut-être juste, simplement, à une... avancer notre... dans les derniers moyens, dans les dernières années et les deux prochaines années à venir, qu'on tente de mettre en place, qui sont, dans le fond, les groupes de médecine de famille qui sont en pratique, là, je dirais, d'équipe, là, et tout l'aspect des supercliniques qui s'en viennent, ou appelons... les cliniques réseau d'aujourd'hui, dans le fond, qui sont capables de faire ce travail-là aussi.

Ce qu'on souhaite beaucoup, beaucoup, beaucoup maintenant, c'est de pouvoir faire en sorte... puis je pense qu'on en a parlé beaucoup dans les derniers mois, c'est de faire en sorte que les personnes qui sont de... on appelle ça les stades 4 et 5 dans les urgences, aient la possibilité d'avoir accès à ces cliniques-là en direct. On est en train de mettre en place un système qui permettrait de jumeler un certain nombre de cliniques-réseaux ou des supercliniques qui s'en viennent avec les salles d'urgence pour faire en sorte que ce soient les clients qui ont besoin, dans le fond, de toute l'infrastructure puis de l'organisation qui est dans une salle d'urgence. Et, de cette façon-là, je pense qu'on pourrait, de façon assez... je dirais peut-être même assez spectaculaire, là, diminuer le temps d'attente dans les urgences parce que les clients qui sont sur civière dans les urgences seront pris en charge beaucoup plus rapidement parce qu'on n'aura pas les niveaux 4 et 5 dans ces milieux-là, qui devraient être soignés, dans le fond, dans les cliniques médicales régulières.

Dr Couture. Ah! excusez, M. le Président, est-ce que c'est...

M. Couture (Louis) : Écoutez, l'urgence est un indicateur, là, du fonctionnement du système, mais il y a avant l'urgence et il y a après l'urgence. Dans un sondage, en 2012, auprès de 38 000 Québécois, là, on a constaté que 75 % des répondants critiquaient la facilité de l'accès à leur médecin en heures défavorables, alors, 75 % des répondants. Donc, c'est des gens qui estimaient qu'ils n'avaient pas l'accès à leur médecin, je vous dirais, en dehors des heures normales. Donc, ce sont des patients qui doivent consulter à l'urgence, souvent, pour avoir une solution à leur problème. 50 % des patients, aussi, mentionnaient qu'ils devaient attendre plus d'un mois pour voir le médecin de famille. Donc, on est en avant de l'urgence. Donc, un patient a un problème et, malheureusement, doit aller à l'urgence.

Donc, le plan d'action, actuellement, je l'ai mentionné tout à l'heure, c'est d'augmenter le nombre d'utilisateurs inscrits à leur médecin de famille et de s'assurer que ces usagers-là ont accès à leur médecin de famille au temps opportun. Nous sommes convaincus que, de cette façon, le niveau de consultation à l'urgence va nécessairement diminuer. Alors, ça, c'est avant l'urgence.

Vous avez tout l'ensemble des soins après l'urgence. Alors là, une fois qu'un patient arrive à l'urgence, écoutez, il doit être vu, oui, par le médecin urgentologue, et là-dessus il n'y a vraiment pas trop de problèmes, et particulièrement pour les patients sévèrement atteints. Je rencontrais, au cours des derniers jours, quelqu'un qui me disait : Écoutez... Il critiquait un peu l'accès à l'urgence, etc., et malheureusement c'est... je lui disais : Écoutez, si vous êtes sérieusement atteint, vous avez besoin rapidement de soins en aigu, vous n'aurez pas de problème. Il dit : Justement, j'ai fait deux arrêts cardiaques l'an passé avec un infarctus puis je n'ai eu aucun problème. Alors, ça, c'est un exemple vraiment patent de dire : Regardez, vous êtes sévèrement atteint, vous avez accès rapidement à l'urgence.

Par contre, il y a d'autres catégories de patients qui, malheureusement, parce qu'ils n'ont pas eu accès à leur médecin de famille souffrent de délais de prise en charge à l'urgence. Et là-dessus on doit diminuer le temps de réponse aux consultations de la part des médecins spécialistes. Et, une fois que le patient est admis à l'hôpital aussi, on doit s'assurer, là, que tout ce qui est de période intrahospitalisation se déroule rondement, donc, l'accès est rapide aux divers examens, etc., et qu'une fois que l'épisode de soins aigus est terminé le patient ait accès à d'autres ressources ou peut retourner à domicile. Avec la population âgée... c'est pour ça qu'on a, dans plusieurs régions du Québec, développé grandement tout l'aspect des soins à domicile, notamment pour certaines clientèles vulnérables.

Donc, je vous dirais, c'est un plan systémique, c'est un plan qui nécessite des actions qui sont souvent complexes, beaucoup de concertation. Nous sommes en progression avec des développements dans différents domaines.

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

M. Paradis (Lévis) : On avait établi comment, Dr Couture ou M. Fontaine, cette cible de 12 heures en 2010? Parce qu'on en est bien loin. Mais qu'est-ce qui avait été la motivation puis l'explication pour arriver à une cible à atteindre comme celle-là?

M. Couture (Louis) : Bien, écoutez, il y a un guide de gestion des urgences qui a été élaboré par des experts, donc, à partir de revues de la littérature, des meilleures pratiques aussi, et il a été jugé d'y aller de ce délai de 12 heures là comme cible à atteindre.

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

M. Paradis (Lévis) : Oui, M. Fontaine.

M. Fontaine (Michel) : Bien, juste en complément, là, ce n'est pas directement avec ce que vient d'énoncer Dr Couture, mais juste pour vous dire aussi, il y a un autre objectif obligatoire, là, qu'on a mis en place, qui devrait être livré dans nos ententes de gestion dès la fin... le 31 mars 2016, c'est la mise en place de l'outil de repérage des personnes âgées de 75 ans et plus dans les urgences parce que ça aussi, ça vient engorger beaucoup les urgences du fait qu'ils ne sont pas tout à fait repérés au bon moment et référés immédiatement aux soins à domicile, parce que ça, c'est majeur. Puis tout à l'heure, quand on parlera, là, de notre projet 2015-2020, on pourra en parler un petit peu plus, là, avec M. Gagnon, qui est le sous-ministre aux personnes âgées.

M. Paradis (Lévis) : J'entends...

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

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président, je m'excuse. Donc, je comprends qu'à travers les critères qui ont permis d'établir le temps d'attente moyen, 12 heures, bon, manifestement, à l'heure actuelle, on se rend compte qu'on est encore loin de là. Les projections... vous dites qu'on est en train de se diriger vers autre chose.

Est-ce que je comprends que la cible de 12 heures ne sera plus la même, en tout cas ne fera plus partie du plan stratégique 2015-2020 que vous êtes en train de préparer? Je présume que ce que vous me dites fait en sorte qu'on est obligés... qu'on est en train de revoir les données puis la donne à ce chapitre-là, on ne sera pas sur la norme de 2010.

M. Couture (Louis) : On revoit constamment. On revoit constamment les normes, mais le grand défi, c'est d'atteindre l'objectif de 12 heures, puis, bien sûr, si... une fois qu'il y aura une réorganisation par les différents moyens qu'on projette mettre en place, la cible pourra être abaissée à ce moment-là.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député de Lévis, oui.

M. Paradis (Lévis) : Merci. Permettez-moi d'être un petit peu plus précis, si c'est possible, M. Couture, M. Fontaine, collègues. Ce serait quoi, la cible, l'année prochaine, là? Ce n'est manifestement pas 12 heures, à la lumière de ce qu'on se dit. Est-ce qu'on est en train de... Est-ce qu'on a manifestement déjà établi une nouvelle cible pour le temps d'attente?

M. Couture (Louis) : Au niveau du temps d'attente à l'urgence, non, il n'y a pas de nouvelle cible qui a été établie. Nous focussions actuellement sur l'amélioration des processus pour mettre en place des mesures qui vont nous permettre d'améliorer le continuum.

M. Fontaine (Michel) : Dans l'entente de gestion 2015-2016, ça va être encore 12 heures, là, mais on est en démarche parce que, comme on est en même temps en train d'instaurer une série de mesures, bien, on va la valider puis l'évaluer en fin d'année, puis c'est là qu'on va réviser à nouveau nos cibles.

Mais je peux vous dire, c'est ça que j'allais vous... en complément, c'est aussi... on regarde, on tient compte aussi de la particularité des territoires, hein, parce que, dans... on a lancé... c'était une moyenne, là, 12 heures, mais on sait bien que, quand on est dans une région où il y a, par exemple, 20 %, 25 % de personnes âgées, il y a une population différente, on est obligés d'ajuster un certain nombre d'heures. Puis vous allez voir, dans nos ententes de gestion, ce n'est pas aussi égal que ça. C'est 12 heures de façon générale, mais on arrive avec une spécificité, par exemple, pour l'est de Montréal avec... on peut tolérer jusqu'à 14, 15 heures parce que, là, aux urgences, ce n'est pas la même occupation que dans d'autres régions avec des personnes âgées, 85 ans et plus, qu'on ne retrouve pas du tout, par exemple, à Le Gardeur ou autrement. Donc, on a quand même cette particularité d'ajustement en fonction de la réalité du milieu aussi.

Le Président (M. Gaudreault) : Il vous reste une quinzaine de secondes.

M. Paradis (Lévis) : Je vais le reporter sur mon prochain temps, si vous permettez. Merci.

Le Président (M. Gaudreault) : Parfait, merci. Alors, nous retournons du côté du bloc du gouvernement avec la députée de Lavolette.

• (16 heures) •

Mme Boulet : Alors, bonjour, messieurs. Merci de votre présence en Commission de l'administration publique.

Moi, j'aimerais ça qu'on parle des GMF. Je vois, dans le tableau ici, là, qu'on a passé de 223, en 2010-2011, à 258, mais je vois que, là, l'évolution, il semble y avoir un plafond. Je ne sais pas là, j'aimerais ça avoir votre vision à vous, parce qu'on a peut-être plafonné la formule. Peut-être qu'on est allés chercher le maximum de médecins qui voulaient adhérer à cette formule-là. Est-ce que vous voyez, à moyen terme, une progression de cette offre de services par le biais des GMF? Ça, c'est ma première question. Et l'autre question que j'aurais, M. le sous-ministre, c'est que, quand... moi, si je me rappelle bien, quand on a mis en place les GMF, là — puis peu importe, là, que ça soit le gouvernement précédent ou peu importe les gouvernements, là, je pense que c'est une formule à laquelle tous les parlementaires adhéraient — si je me rappelle bien, c'est qu'on disait : On va les regrouper, et ça va nous permettre... en leur donnant un bonus à leur salaire ou une prime puis qu'on leur paie une infirmière clinicienne, on va leur demander qu'ils offrent à la population du service sept jours sur sept, 24 heures sur 24. En tout cas, moi, je me rappelle, à l'époque, c'était l'objectif qui était recherché, d'ouvrir davantage la première ligne pour l'accessibilité, donc d'agrandir la plage horaire et de permettre d'avoir accès à une infirmière praticienne.

Il me semble, moi, dans ce que je connais, dans les GMF que je connais ou même tous les collègues, là, on en parle régulièrement, il me semble que peu d'entre eux ont... Ils ont tous pris la prime, puis ils ont tous pris une infirmière clinicienne puis le soutien à l'informatique au secrétariat, mais peu d'entre eux font du travail le soir et peu d'entre eux offrent des horaires de fin de semaine. Alors, c'est deux volets. Est-ce que vous pensez qu'on est plafonnés en termes de nombre? Et l'autre question, c'est : Est-ce qu'on va éventuellement... je ne dirai pas les obliger, mais les inciter à... Ils ont pris le beurre puis l'argent du beurre, là. Ils ont pris ce qu'il y avait de bon dans la formule, mais moi, je ne suis pas sûre qu'ils ont élargi leur offre de services et que ça a donné plus d'accès à notre population, surtout en région éloignée.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : Alors, M. le Président, oui, ça... il y a effectivement des écarts importants, là, puis ce sont des choses, dans la dernière année, les deux dernières années, je dirais, qu'on a évaluées... puis qu'on est en mesure maintenant de présenter assez rapidement un nouveau cadre de référence pour les GMF. Ça, je vais demander au Dr Couture, parce que c'est très spécifique aussi, de vous entretenir sur cette situation-là.

M. Couture (Louis) : Bien, la première question, d'abord, on a actuellement, là, 258 GMF au Québec. Oui, c'est possible d'augmenter. On a une cible de 300 GMF et on pense qu'avec 300 GMF, là, le Québec sera assez bien, je vous dirais, quadrillé, là, en termes de GMF.

Ce pourquoi la progression est lente, c'est relié un peu à ce que j'ai mentionné tout à l'heure, peu de... en fait, une minorité de jeunes médecins se dirigent vers l'activité en cabinet. Alors, les...

Mme Boulet : ...

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée, oui. Allez-y, oui.

Mme Boulet : ...parenthèse. On leur oblige à faire des heures en milieu hospitalier quand ils terminent, hein? Alors, on leur demande de faire 12 à 20 heures par semaine en milieu hospitalier. Alors, c'est clair que ces heures qu'ils font là, ils ne peuvent pas se retrouver en cabinet, puis, en faisant ça, bien, ils se trouvent à apprécier bien souvent davantage la pratique en milieu hospitalier qu'en cabinet, parce qu'ils ont l'équipe multidisciplinaire, ils ont des collègues médecins à portée.

Une voix : ...

Mme Boulet : Bien oui. Alors, pour eux, c'est, je dirais... Moi, j'en connais, des jeunes médecins, puis c'est rendu que ça les intéresse beaucoup moins d'aller en cabinet privé. Mais peut-être que, si on diminuait le nombre d'heures qu'ils font dans les établissements, peut-être qu'ils n'auraient pas le choix d'aller davantage dans les... Alors, c'était ma parenthèse, M. le Président. Merci.

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, M. Couture.

M. Couture (Louis) : Donc, peu de jeunes médecins se dirigent vers la pratique en cabinet. Donc, ça explique, là, la difficulté à développer des GMF supplémentaires.

Vous avez raison, vous faites référence aux activités médicales particulières. Je tiens à rappeler toutefois que le nombre d'heures d'activité d'AMP, d'activités médicales particulières, exige 12 heures. Alors, ce dont on se rend compte, c'est que plusieurs médecins ne font pas 12 heures, ils font 24, 36 heures par semaines, et ça, c'est généralisé, et ils adoptent cette pratique-là sans obligation. Alors, personne ne les oblige à faire 24, 36 heures. C'est ce qu'on veut modifier avec le projet de loi n° 20.

Alors, dans le projet de loi n° 20, ce qui est prévu notamment, c'est que les départements régionaux de médecine générale vont pouvoir se prononcer, accréditer les activités des médecins recrutés en fonction des besoins réels des établissements. Alors, l'idée n'est pas de vider complètement le secteur hospitalier et les urgences, mais de procéder à un rééquilibrage. Donc, avec un plus grand nombre de médecins disponibles pour le cabinet, nous sommes convaincus que le nombre de groupes de médecine familiale va augmenter.

D'autre part, l'autre volet de la question est relié au nouveau cadre de gestion des groupes de médecine familiale. Alors, effectivement, comme disait M. Fontaine, nous avons resserré la gestion dans les... je dirais, dans la dernière année. Maintenant, le financement est accordé vraiment en fonction du nombre d'inscriptions et le financement, aussi, est accordé en fonction de la couverture en heures défavorables. Les GMF ont des prescriptions de couverture en heures défavorables, et, vous avez raison, disons que la marchandise n'était pas toujours au rendez-vous au fil des années. Mais je dois vous dire qu'au cours de la dernière année, je dirais au cours des 18 derniers mois, nous avons porté une attention particulière au respect de ces ententes-là. Ceci combiné au nouveau cadre de gestion des GMF, nous pensons qu'il y aura une attraction, là, des médecins à l'égard des GMF. Il y a des ajustements au niveau du financement, il y a un ajout aussi des ressources qui seront accordées aux GMF en fonction du nombre d'inscriptions et en fonction de la couverture en heures défavorables.

Une voix : Les ressources multidisciplinaires...

M. Couture (Louis) : Oui. Les ressources professionnelles.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée de Laviolette.

Mme Boulet : Quelle proportion de GMF vous estimez qui font une couverture d'heures défavorables raisonnable? Parce que terminer à 7 heures, pour moi, ce n'est pas des heures défavorables, là. Mais combien, quelle proportion font des soirées ou des weekends? Parce que ce n'était pas ça au début. Initialement, là, c'était une ouverture... comme je vous le disais, c'était 24 heures sur 24, sept jours sur sept, là, et on leur a donné des ressources financières

pour se constituer en GMF, mais ils ont pris les ressources, mais ils n'ont pas livré les heures défavorables. Et quelle portion, quel pourcentage de ces GMF là ont une couverture raisonnable, qui permet de donner plus d'accès?

M. Couture (Louis) : Au 31 mars dernier, on avait, au Québec, là, 250 GMF qui respectaient leur offre de services de 68 heures. Alors, ça, c'est avec ou sans entente. Puis, en pourcentage, là, c'est 95 % des GMF accrédités, et on en a 193 au Québec, soit 74 %, qui respectaient leur cible d'inscriptions aussi. Les plus petits GMF ont une obligation moindre de par leur nombre de médecins moins important. Vous savez, lorsque vous avez un GMF où on a 6 000 patients d'inscrits, on a environ cinq à six médecins qui travaillent dans ce type de GMF là. Alors, c'est bien évident que l'étendue de couverture en heures défavorables va être beaucoup moins importante que celle regroupant les groupes de 25, 30, 35, voire même 40 médecins où le nombre d'heures défavorables exigé est plus important. Les pourcentages sont très élevés.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée de Laviolette.

Mme Boulet : Bien, ils sont élevés, mais parce que vous me parlez de 68 heures. Vous trouvez que c'est une couverture beaucoup élargie, ça, d'une heure normale de bureau?

M. Couture (Louis) : Bien, écoutez, 68 heures, les heures normales de bureau, vous avez les heures normales de 8 heures pendant la semaine, alors vous avez un 40 heures. Alors, il vous reste quand même passablement d'heures de couverture pour la fin de semaine. Ceci dit, c'est une offre de services qui est incomplète, bien sûr. Alors, c'est pour ça que notre ministre a proposé notamment la création de ce qu'on appelle les supercliniques, où on aura là des cliniques qui auront des obligations de couverture en heures défavorables, là, au total, en fait, une obligation de couverture de 84 heures hebdomadaires. Donc, on augmente la couverture la fin de semaine, notamment, puis on l'étend, cette couverture-là, aussi en soirée. Vont se greffer à ces heures étendues aussi des services de prélèvements, des services d'imagerie médicale sur place pour les usagers.

Le Président (M. Gaudreault) : Merci. Il reste une trentaine de secondes au bloc du gouvernement.

Mme Boulet : Bien, ma question, essentiellement, ce n'était pas que... 68, 84, c'est qu'au départ, quand on les a créés, les GMF, puis qu'on leur a donné toutes ces ressources financières additionnelles, je suis convaincue que la vision était bien au-delà de 68 heures. Alors, comme je vous dis, là, on continue dans la même veine, on continue à leur donner l'argent, mais il faut créer des supercliniques, il faut mettre des quotas aux médecins, parce que ce qu'on a fait, on ne l'a jamais fait respecter, puis ça n'a pas donné les résultats escomptés. Alors, à un moment donné, il faudrait que les règlements accompagnent ce qui est versé aux médecins quand on leur parle de...
• (16 h 10) •

Le Président (M. Gaudreault) : Merci, Mme la députée de Laviolette. Nous allons passer au deuxième bloc de l'opposition officielle en rappelant à tout le monde, les membres de cette commission, qu'on est sur le rapport annuel de gestion. Alors, M. le député de Rosemont.

M. Lisée : Merci, M. le Président. Merci à vous tous d'être là. Évidemment, comme vous l'avez souligné tout à l'heure, M. le sous-ministre, depuis le 1er avril, le projet de loi n° 10 est en application et doit rendre la vie des citoyens plus simple. Vous allez me dire que c'est encore tôt, mais, puisque je vous ai devant moi, je vais vous relater ce qui s'est passé aujourd'hui dans mon bureau de comté. Ça vous aidera à faire des ajustements. Alors, il y avait une citoyenne qui voulait déposer une plainte au sujet d'un GMF de Rosemont. Alors, comme c'est souvent le cas, on appelle... Elle n'avait pas réussi à savoir où faire la plainte, donc elle appelle à mon bureau de comté. Alors, d'abord, ils ont voulu savoir de quel CSSS ce GMF relevait. Alors, sur le site du CSSS Lucille-Teasdale... pour voir si la clinique médicale relevait d'eux. L'information n'était pas disponible. Alors, il faut dire qu'avant il y avait un numéro au CSSS, bien là on ne le savait plus. Alors donc, ils sont allés sur le nouveau site du CIUSSS de l'Est de Montréal, ils ont trouvé un communiqué de presse qui informe de la nomination de la nouvelle commissaire aux plaintes, mais il n'y avait pas de coordonnées. Ils ont téléphoné à l'ancien numéro de l'ancienne commissaire aux plaintes du CSSS Lucille-Teasdale, qui nous informe que le poste n'existe plus et que la secrétaire à ce poste va référer à la nouvelle commissaire. On a dit que, bien, les coordonnées de la nouvelle commissaire ne sont pas affichées sur le nouveau site Internet du CIUSSS. On nous réfère au numéro direct de la nouvelle commissaire, qui nous explique qu'elle a été nommée, mais le poste n'est pas encore organisé, car les nouveaux commissaires aux plaintes se réuniront seulement plus tard, et que, peut-être, plus tard, elle aura plus d'informations au sujet du fonctionnement pour le cheminement des plaintes. Alors, c'est là où on en est aujourd'hui.

Alors, vous allez me dire : Bon, dans trois semaines, ça sera fait, mais il n'en reste pas moins que le ministère est censé fonctionner tous les jours, et, pendant qu'il est en transition, un citoyen doit pouvoir déposer une plainte. Et, si des professionnels dans un bureau de député n'arrivent même pas à trouver la personne... et, lorsqu'on trouve la personne, on dit : Bien, on n'est pas encore en opération, ça pose une difficulté. Alors, vous n'avez pas besoin de me répondre, je voulais juste que vous sachiez ça et que ça doit être en train de se faire un peu partout au Québec.

La question que j'ai à vous poser, qui est plus sur le rapport, c'est que le monde essaie de suivre, mais le degré de complexité est important, et je trouve qu'il n'est pas reflété dans le rapport. Bon, par exemple, une des grandes questions, c'est : Est-ce qu'on arrive à atteindre ou se rendre vers les cibles de 1 % — ou ça devrait être 0 % — de gens qui attendent dans les urgences pendant plus de 48 heures? Alors, on nous donne des chiffres, mais d'abord on ne sait pas si les chiffres sont bruts, ou s'il y a davantage de gens qui viennent aux urgences par rapport à la capacité de l'urgence, ou s'il y a

moins de gens qui sont venus aux urgences par rapport à la capacité de l'urgence. Alors, on ne sait pas quel est le degré de difficulté. En fait, si la demande augmente et qu'on réussit quand même à aller vers la cible, ça veut dire qu'on travaille fort. Si la demande baisse et qu'on ne va pas assez rapidement vers la cible, c'est qu'on ne travaille pas si fort. Et en plus il n'y a pas de chiffre pour ce qu'on appelle les salles de débordement qui sont, si je comprends bien, juste des façons de dire que les gens ne sont pas à l'urgence, mais ils sont juste en débordement de l'urgence. Pourquoi ne devraient-ils pas être intégrés dans les chiffres d'attente à l'urgence?

Alors, il y a une dynamique, et c'est vrai, là, et je voudrais vous entendre sur d'autres cas, sur les attentes pour un certain nombre de chirurgies... ou, s'il y a une augmentation de la demande alors qu'on essaie d'atteindre les cibles, bon, le degré de difficulté augmente, et, dans d'autres cas, c'est peut-être le contraire. Ça nous donnerait à nous, législateurs, et sans doute à vous, administrateurs, une meilleure idée de la performance si on nous donnait la performance face à l'effort demandé par les variations de la demande.

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : Oui, merci, M. le Président. D'abord, merci pour ce commentaire, même si vous ne me demandez pas de répondre. C'est parce que ça va nous permettre de faire une intervention, parce que je vous dirais qu'on avait, dans notre cahier de charges dès le jour un, le 1er avril... tous les PDG devaient s'assurer que le commissaire aux plaintes était en place. Parce qu'on a quatre, cinq obligations, dans la loi, de nominations immédiates, qu'il faut toujours que les gens soient en poste, c'est le DSI, le DSP, la commissaire aux plaintes, le PDG, etc. Donc, c'était dans le cahier de charges, jour un, et on a rencontré tous les PDG un peu avant le 1er avril pour ces interventions-là, obligatoires, qui étaient de faire que ce soit en place, là, à 0 h 1, le 1er avril. Donc, merci pour ce commentaire, parce qu'on va relancer la directive au cas où ça ne serait pas fait, parce que ce n'est pas normal que... la situation des plaintes, il faut que ça soit clair pour les gens qui peuvent... On a tout un régime, là, par rapport à la situation des plaintes, puis il faut qu'il soit en place obligatoirement. Donc, ça, on va corriger cette situation-là.

Deuxièmement, par rapport au rapport annuel, ça nous aiderait, effectivement, là, par rapport à des recommandations de cette commission, parce que, nous, c'est sûr qu'on essaie de discerner qu'est-ce qu'il y a pour... je dirais, là, la députation ou les élus, qu'est-ce qui était important pour eux dans notre rapport annuel. Et il y a tellement de niveaux de détails qu'on pourrait vous donner, là, puis ce que vous nous demandez aujourd'hui, on a tout ça, là, c'est dans nos tableaux de bord plus que dans le rapport annuel. Est-ce que, oui ou non, l'achalandage a augmenté dans telle salle d'urgence? Est-ce qu'on s'est améliorés justement parce que l'achalandage a diminué ou, au contraire, on est plus performants parce que l'achalandage a augmenté, mais on a amélioré notre temps d'attente, etc.? Donc, ça, on a ça. Puis je mentionnais tout à l'heure... puis ça nous fera plaisir, si la situation nous est recommandée, d'avoir des niveaux de détails comme ça ou en annexe, dans un rapport annuel, parce qu'on est assez normés, dans notre rapport annuel, qu'on ne peut pas tout mettre. Mais, ces situations-là, on pourrait les documenter facilement, on les a de toute façon, on suit ça à la semaine, là, par rapport au temps d'attente pour cet exemple-là.

Même chose pour les chirurgies. Les temps d'attente en chirurgie, c'est hebdomadaire, notre tableau de bord, etc. Donc, on a tous les systèmes pour ça, là, on appelle ça le système SIMASS pour la chirurgie, et on a exactement... Est-ce qu'on s'est améliorés parce qu'on a moins de monde qui nécessite une chirurgie ou est-ce qu'on a mieux utilisé nos plateaux de chirurgie, etc.? On a tous ces détails-là, là. Par rapport à notre rapport annuel, on pourrait s'améliorer là-dessus si c'est nécessaire de le faire pour les parlementaires.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député de Rosemont.

M. Fontaine (Michel) : Puis je peux compléter, là, pour les temps d'attente avec l'équipe médicale, là.

M. Lisée : Bien, effectivement, on en discutera ensuite sur la recommandation pour la suite, mais je pense que ça nous donnerait une meilleure idée du niveau de l'effort.

Aussi, ce qui nous a frappés, c'est que, sur la période de cinq ans, on nous donne des évolutions, des pourcentages par rapport aux cibles, mais il ne semble pas y avoir... enfin, pas dans le rapport, des paliers objectifs par année. Alors, on ne sait pas si... Parce qu'on sait, comme vous disiez tout à l'heure pour le dossier santé, bien, il y a beaucoup d'investissements au début et ensuite il y a une accélération vers la cible. Alors donc, ça nous aiderait si vous nous disiez : Bon, bien, c'est normal qu'on avance lentement les trois premières années, puis on pense que, les deux dernières années, on va atteindre la cible, alors que, là, on ne sait pas quelle est votre prévision d'atteinte de la cible ou si, lorsque vous êtes rendus à 60 % à un an de la fin de la période de cinq ans, c'est que, bien, vous pensez que vous ne l'atteindrez pas, et à ce moment-là il faudrait nous dire pourquoi vous ne l'atteindrez pas. Est-ce que ce sont des raisons externes comme une forte augmentation de la demande, ou un certain nombre de réformes que vous aviez engagées n'ont pas donné les résultats escomptés, ou parce que les ressources n'étaient pas suffisantes? Alors, ce sont des éléments qui ne nous permettent pas de bien juger de votre travail, mais je pense que c'est également dans votre intérêt de le voir.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : Oui, M. le Président, effectivement, on pourrait instaurer, là, dans notre rapport annuel aussi l'évaluation de nos réformes, parce qu'on les fait aussi, ces évaluations-là, mais je me rends compte que ce n'est peut-être pas dans notre rapport annuel. Puis les plans d'action, bien, je le mentionnais tout à l'heure, je le répète : On a

des cibles intermédiaires, année après année, qui se situent dans le plan d'action qui est l'entente de gestion et d'imputabilité de chacun de nos établissements. Donc, c'est là qu'on redonne, année après année, la cible spécifique par rapport, par exemple... Parce que pourquoi on n'y va pas aussi globalement? Parce que ça peut changer. Une année, on peut être rendus dans une situation où l'attente en chirurgie serait beaucoup plus élevée, par exemple, au niveau de la cataracte que du genou parce qu'on aurait plutôt réglé cette situation-là l'année précédente, etc.

Donc, les cibles sont redonnées année après année avec des suivis, comme je vous disais, avec un tableau de bord. Puis ça, ça pourrait être effectivement mis en disponibilité, du moins. C'est déjà sur nos sites, en passant, Internet, mais, par rapport au rapport annuel, ça pourrait être là aussi.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député de Rosemont, il reste une quarantaine de secondes.

M. Lisée : Je reviendrai.

Le Président (M. Gaudreault) : Ah! parfait. Alors, je cède la parole à Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis : Merci, M. le Président. Bienvenue. Merci d'être présents et de participer à cette commission. J'aimerais savoir combien de cartes soleil sont en circulation. Est-ce que vous le savez?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, normalement, c'est équivalent à la population du Québec, mais, comme c'est la RAMQ... Je ne sais pas si on a des gens de la RAMQ avec nous ici aujourd'hui. Est-ce qu'on...

Une voix : ...

• (16 h 20) •

M. Fontaine (Michel) : C'est de l'ordre... Normalement, c'est le nombre égal à la population. Est-ce qu'il y a des doublons? Ça peut arriver, là, mais ça, je pourrais vous faire suivre cette réponse-là par le P.D.G. de la RAMQ, qui a cette information-là spécifique.

Mme de Santis : S'il vous plaît, j'aimerais bien savoir, parce que j'entends des chiffres différents, et ça me préoccupe.

M. Fontaine (Michel) : Est-ce que vous faites une référence au fait qu'on aurait des doublons, des choses comme ça?

Mme de Santis : Je ne le sais pas. J'aimerais d'abord savoir combien il y en a, et après, s'il y a un problème, on va en discuter.

M. Fontaine (Michel) : On va vous faire suivre ça.

Mme de Santis : Merci.

Le Président (M. Gaudreault) : Au secrétariat de la commission.

Mme de Santis : J'aimerais maintenant poser une question sur santé Québec, parce que, déjà, une question a été posée, mais j'aimerais revenir aux pages 73 et 74 de votre rapport. Et, dans votre rapport, vous indiquez qu'au 31 mars 2014 les dépenses totales s'établissaient à 473,5 millions de dollars par rapport à des investissements prévus de 562,6 millions de dollars. Alors, ça, c'est au 31 mars 2014 où, en même temps, on savait qu'il y avait seulement 60 % des pharmacies québécoises qui étaient branchées, 62 % des laboratoires et 60 % des examens d'imagerie, O.K.?

Est-ce que vous pouvez me dire si, avec la différence entre les 473,5 millions et 562,6 millions, eh bien, on est capables d'atteindre les 100 % qu'on veut et combien a été dépensé à date? Et est-ce qu'il y a eu une majoration du montant?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : Oui, M. le Président, pour l'information que j'ai, parce qu'on faisait un bilan la semaine dernière, oui, on va entrer dans notre budget, on ne devrait pas dépasser notre budget pour atteindre les objectifs qui sont établis. Mais je vais demander à M. Audet, là, au cas qu'il y ait eu une évolution, là, pour ne pas induire cette commission en erreur, je vais demander à M. Audet, qui a le dossier, de nous préciser à nouveau cette situation, s'il vous plaît.

Le Président (M. Gaudreault) : M. Audet.

M. Audet (Richard) : Oui. En ce qui concerne la dépense du DSQ, on est toujours à l'intérieur du budget de 563 millions. On approche bientôt, là, du 500 millions. Qu'est-ce qui explique pourquoi qu'on dépense moins : on est en déploiement. La période du développement, c'est terminé, là. Si on prend, par exemple, au niveau de 2013-2014, on

était au-dessus de 30 millions de dépenses annuelles. Dans l'année qui se termine, là, on a 18,5 millions de dépenses au niveau du DSQ, principalement des dépenses de déploiement.

Ça me permet de revenir sur les cibles que vous avez dans le rapport, là. Vous voyez, on est passés à plus de 80 % des pharmacies. Au niveau des laboratoires médicaux, rappelons-le, c'est 90 % de la volumétrie de tous les examens de laboratoire qui sont disponibles. Puis j'aimerais peut-être, à ce moment-là, parler un peu de la fréquentation de l'information qui est disponible sur le Dossier santé. En l'espace de six mois, on a doublé la fréquentation au niveau du Dossier santé Québec, on parle de 500 000 accès, là, mensuels au mois de mars, là. Et, à chaque fois qu'on ajoute des sites qui sont branchés, on augmente la fréquentation auprès du Dossier santé Québec.

M. Fontaine (Michel) : Donc, Mme la députée, si on conclut à cette question-là, oui, on va entrer dans notre budget puis nos cibles qui étaient prévues telles quelles.

Mme de Santis : Bravo! Merci. Maintenant, j'aimerais revenir à la lutte contre le cancer. Je suis à la page 7 de votre rapport, et un des engagements, c'est que le ministère allait continuer de travailler pour améliorer les services de dépistage du cancer colorectal offerts à la population. Maintenant, j'aimerais savoir un peu quels sont les résultats, parce que je vais vous parler de ce que je connais, de personnes qui essaient d'avoir accès à la coloscopie.

Il y a cinq, six ans, un hôpital majeur à Montréal... dans trois mois, tu pouvais avoir un rendez-vous pour une coloscopie. Aujourd'hui, dans ce même hôpital, une personne qui a demandé pour une coloscopie, d'abord, il va voir le médecin pour un premier examen, coloscopie. Le médecin lui a dit : Si tu veux venir à l'hôpital, c'est l'automne 2016 et, si tu veux venir à ma clinique privée, c'est la semaine prochaine. O.K.? Alors, ce n'est pas seulement une personne qui m'a dit ça, ce sont plusieurs personnes qui me disent ça.

Alors, quand je regarde cet engagement du ministère, page 7 de votre rapport, et je n'ai pas fait, «you know», un examen scientifique pour déterminer si c'est le cas partout, mais je vous demande de connaître c'est quoi, de votre perspective, les résultats de votre engagement.

M. Fontaine (Michel) : D'accord. Alors, M. le Président, d'abord, ce que j'entends, c'est tout à fait alarmant, première des choses. Donc, on va vérifier ces situations-là, parce que, quand le Dr Latreille et son équipe ont mis en place la nouvelle démarche, le nouveau guide de pratique pour améliorer la situation du dépistage du cancer colorectal avec les résultats, je vais vous faire grâce, c'en est une démarche maintenant obligatoire d'un algorithme, qu'avant de passer à la colonoscopie il faut avoir le FIT test, qu'on appelle, pour savoir la pertinence de la colonoscopie. Mais, juste pour vous donner un exemple, ici, dans la région de la Capitale-Nationale, cette situation-là a fait en sorte qu'actuellement il y avait, avec Chaudière-Appalaches aussi, là, les deux ensembles, il y avait, je pense, de mémoire, trois cliniques, là, privées qui faisaient de la colonoscopie, et les trois n'en font plus aucune parce qu'il n'y a plus aucune attente dans la région de Québec; avec les plateaux techniques du public, c'est déjà suffisant, sans attente. Donc, dans ce contexte-là, c'est la même démarche à Montréal et partout dans les régions, là, que je vais m'assurer de vérifier cette situation-là, parce que ça, ce que j'entends là, ça ressemble pas mal à se référer soi-même une clientèle au privé, donc ce n'est pas normal.

Mme de Santis : Et en plus on m'a dit qu'à l'hôpital juif on n'offre plus de coloscopie. Le médecin qui le faisait dans le passé a dit cela personnellement à moi. Alors, je ne comprends pas.

M. Fontaine (Michel) : Écoutez, M. le Président, si Mme la députée le souhaite, on va vérifier ces situations-là puis on va donner une réponse plus précise. Mais moi, je donne la démarche qui est en cours, et, actuellement, c'est exactement l'inverse qu'on peut observer dans l'ensemble de la province. Il y a peut-être des exceptions à Montréal, où des cliniques de colonoscopie, ayant peut-être un petit peu moins — dans le privé, je parle — ayant peut-être un petit peu moins de clients par rapport à la démarche, l'algorithme qui est rendu obligatoire comme bonne pratique à cet égard-là... Est-ce qu'il y a une situation un peu anormale, là, qui s'est installée? On va faire vérifier ça par notre directeur de lutte au cancer, le Dr Labrie...

Le Président (M. Gaudreault) : ...que le souhaite...

M. Fontaine (Michel) : ... qui pratique aujourd'hui, en passant, s'excuse de ne pas être parmi vous pour donner ces explications-là, parce qu'il fait aussi de la pratique.

Le Président (M. Gaudreault) : Parfait. Alors, Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis : Merci. Maintenant, j'aimerais passer à l'accès à l'égalité à l'emploi. Je me fais toujours un devoir de parler de la diversité à l'inclusion parce que, pour moi, c'est très important. Je regarde les données que vous avez aux pages 76 et suivantes, d'après ma connaissance, il y a environ 19 % à 20 % de la population du Québec qui n'est pas, entre guillemets, de souche. Alors, quand je regarde les résultats, vous me dites que vous pensez que 9 % pour les communautés culturelles, c'est, «you know», l'objectif que vous devriez vous donner, et 2 % pour les personnes handicapées. Présentement, vous avez 1 % anglophone, 8 % communautés culturelles et 1 % personnes handicapées. Je parle maintenant des personnes qui sont engagées par le ministère. Personnellement, je ne trouve pas ça très représentatif de la diversité du Québec. Et je crois que ce sont des chiffres qui sont plutôt stables depuis quelques années, même si je n'ai pas les données, là, peut-être j'ai tort, mais, d'après ce que j'ai vu avec d'autres personnes qui sont venues devant la commission, c'est des chiffres qui ne changent pas beaucoup.

Est-ce que vous pouvez m'expliquer si vous êtes satisfaits avec ces résultats et, si vous ne l'êtes pas, qu'est-ce que vous allez faire?

Le Président (M. Gaudreault) : Le problème, c'est qu'on n'a plus de temps.

Mme de Santis : Ah! O.K.

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, vous pouvez peut-être garder la question en réserve... il restait trois secondes, là. Donc, vous pouvez peut-être garder la... pas peut-être, je vous demande de garder la question en réserve, et, au prochain bloc...

Une voix : ...

Le Président (M. Gaudreault) : Oui, mais c'est parce que je trouve ça important l'alternance aussi, sans trop étirer le temps de chaque côté, là, pour permettre aux oppositions de s'exprimer. Donc, je vous recommande de garder la question en réserve et d'y donner une réponse au prochain bloc du gouvernement et...

Une voix : ...

Le Président (M. Gaudreault) : Dans 10 minutes, oui, exactement. Donc, en attendant, on passe au député de Lévis.

• (16 h 30) •

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Je reviens et je jette un oeil, encore une fois, sur un indicateur important, c'est-à-dire en fonction des résultats, les temps d'attente et tout ça, mais je veux aller dans un autre sens. On le sait, le ministère, depuis quelques années, demande aussi aux hôpitaux de lui transmettre la durée moyenne d'attente pour les patients ambulatoires. On sait pertinemment qu'un patient ambulatoire, c'est quelqu'un qui doit être vu très vite, là, mais qui n'a pas besoin d'être placé sur une civière.

Alors, en fin de compte, ce qu'on a actuellement pour juger de l'état, c'est le fameux temps d'attente sur civière, le 17 heures dont on parlait ensemble. Mais le temps d'attente moyen pour les patients ambulatoires, ce n'est pas disponible dans les crédits budgétaires, ce n'est pas disponible sur le site du ministère, ce n'est pas accessible au public. Nous avons obtenu des données pour 2013-2014. Le temps moyen pour les patients ambulatoires, c'était 4 h 22 min. 4 h 22 min. En 2009-2010, c'était 4 h 6 min. Ça veut dire que la situation ne s'est pas améliorée sur les cinq ans.

Est-ce que le ministre, le sous-ministre, M. Fontaine ou vos collègues, pouvez me confirmer que la cible pour les patients ambulatoires est de quatre heures ou pas?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : Bien, juste avant... Peut-être vous dire, parce que... dans le contexte, ce qu'on recherche, ça va être une cible beaucoup inférieure à ça. Pas pour le moment, là, avec les moyens qu'on vous a parlé tout à l'heure, parce que la clientèle ambulatoire, c'est souvent justement celle qu'on parle, des quatre et cinq. Donc, normalement, là, il ne devrait pas y avoir d'attente dans les urgences pour cette clientèle-là parce qu'elle devrait être ailleurs. Ça, c'est un premier point que je fais là-dessus.

Puis on essaie de mettre un environnement, là, tout en place pour que ça arrive pour le vrai, là, dans les prochaines années. Donc, cette situation-là, sans mettre en place les moyens que je vous parlais tout à l'heure, là, et que le Dr Couture vous mentionnait aussi, c'est... on ne s'améliorera pas sur le temps d'attente ambulatoire. Mais, avec l'autre système, on pense même aller beaucoup inférieur à quatre heures. Dr Couture, peut-être compléter...

M. Couture (Louis) : Là-dessus, quatre heures... Il faut vraiment différencier le niveau de priorité. Comme je le mentionnais tout à l'heure, si vous vous présentez sur pied avec un infarctus, ou une insuffisance cardiaque, ou un accident vasculaire cérébral, le temps d'attente ne sera pas de quatre à six heures en ambulatoire. C'est un P1, et le temps d'attente, là, va être en secondes à minutes. Alors, on vous prend en charge immédiatement, alors que, si le problème n'est pas urgent ou est un problème qu'on dit, entre guillemets, électif, le temps d'attente va être plus élevé. Le personnel, l'organisation est faite pour prioriser... l'urgence, c'est fait pour prioriser les urgences.

Alors, bien sûr, on ne perd pas de vue l'objectif, comme disait M. Fontaine, de diminuer grandement le nombre de patients ambulatoires par les moyens que j'ai évoqués tout à l'heure, notamment en lien avec les mesures prévues au projet de loi n° 20.

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

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Je comprends fort bien ce qu'on dit, mais il demeure que c'est quand même l'espèce d'indicateur dont on dispose, et puis je comprends fort bien que quelqu'un qui arrive mal en point sur ses pieds soit pris en charge immédiatement puis qu'on ne devrait pas attendre bien, bien longtemps.

Mais est-ce qu'on pourrait penser que ces données-là puissent être... parce que vous les mentionnez, elles sont quand même intéressantes puis elles vous permettent de juger également de la suite des choses et de l'efficacité, est-ce

qu'on peut penser qu'elles pourraient être publiées et ventilées? Puis, à la limite, allons plus loin, est-ce que pour la première fois ça ne pourrait pas devenir une espèce de nouvelle cible officielle dans le plan stratégique à être déposé, à moins que ça soit déjà prévu pour les patients ambulatoires?

M. Couture (Louis) : En fait, ce n'est pas prévu d'en faire un objectif, une cible à laquelle on porte attention, parce qu'on va plus loin que ça. Actuellement, nous sommes en train de planifier un mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés. Alors, au même titre, là, où actuellement on est en mesure d'évaluer les temps d'accès, par exemple, les listes d'attente aux examens d'imagerie par résonance magnétique, tomographie, etc., on est en train de planifier ce mécanisme d'accès pour l'ensemble des consultations spécialisées, avec un système informatisé, etc., qui va nous permettre de connaître le temps d'attente aux patients ambulatoires, mais en clinique externe, donc l'accès aux consultations spécialisées en dehors de l'urgence. Et, pour nous, ce sera un indicateur vraiment qui sera beaucoup plus pertinent à assurer le suivi que l'accès à l'ambulance au niveau des urgences.

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

M. Paradis (Lévis) : Vous me parlez donc d'objectifs à atteindre plus ambitieux encore, c'est ce que je comprends, eu égard à la mise en place de réformes et de modifications dans la pratique.

M. Couture (Louis) : Tout à fait, notamment reliés au projet de loi n° 20. Vous savez, dans le volet de la médecine spécialisée, il est prévu, là, d'assurer un suivi particulier de l'accès aux consultations spécialisées pour les patients référés par les médecins de famille. Donc, c'est un des quatre volets du projet de loi n° 20 qui touche la médecine spécialisée.

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

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, pourquoi on ne pourrait pas avoir... pourquoi ces données-là ne seraient pas accessibles là, maintenant, aujourd'hui et puis même les projections que vous envisagez? Je présume qu'elles le seront, qu'elles seront indiquées, puis vous me dites : Non, pas vraiment, en fonction du temps d'attente sur l'ambulance.

M. Fontaine (Michel) : Écoutez, M. le Président, on va vérifier parce que c'est un indicateur qui est quand même très récent, là, parce qu'on ne documentait cette situation-là dans les années passées. Est-ce que c'est possible, à travers notre système d'informatique, qui est SIMASS, là, pour les attentes, de rendre ça disponible pour nos sites Internet? On va le regarder. Il n'y a pas de cachette, là, c'est qu'on n'avait pas de système pour le faire. Mais, si c'est possible puis c'est ça qui est souhaité par les parlementaires, bien, il n'y a pas de... il n'y a rien d'occulté là-dedans, là.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. J'imagine donc que, oui, effectivement, ça peut être un indicateur de plus. Plus il y en aura, puis on pourra juger de la tendance, évidemment, puis de l'atteinte des objectifs, dans la mesure où on souhaite que, bon, pour tout le monde tout aille plus vite, que les gens soient mieux pris en charge.

Il y a un outil qui était aussi intéressant, je pense qu'il faut s'y arrêter un peu parce que, jusqu'à tout récemment, il était disponible. Les agences permettaient d'avoir en temps réel la situation dans les urgences par région, données extrêmement intéressantes. Et, au lendemain de l'adoption de la loi n° 10, donc jusqu'à la veille, là, je veux dire, c'était disponible partout, et là voilà que maintenant, alors que la loi est passée, bien, c'est maintenant disparu, plus moyen d'aller chercher ces données-là en temps réel pour les Laurentides, la Montérégie, le Bas-Saint-Laurent, l'Outaouais, Lanaudière.

Pourquoi ce n'est plus disponible alors que c'est un outil aussi intéressant, qui servait la population, qui vous servait? Puis est-ce que ces données-là seront rapatriées? Est-ce qu'on pourra les retrouver quelque part? Parce que c'est un outil de moins qu'on a là.

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, ce n'est sûrement pas à jamais, là, parce que ce qu'on souhaite, c'est de reconsolider chacune des régions par son CISSS puis de se reprogrammer dans notre site Internet par CISSS plutôt que par région, comme on l'avait fait antérieurement, là, qu'on allait chercher chacun des établissements. Mais je vais m'informer parce que cette situation-là... on sait qu'on est dans une démarche de consolider chacun des CISSS à l'intérieur de l'ensemble des fusions qui ont été faites dans leurs secteurs. Ça prend un changement au niveau du système. En attendant, il n'y a rien qui empêcherait, si on n'a pas eu de problème, là, de panne, de relancer... parce que les urgences, c'est dans les hôpitaux, là, hôpitaux par hôpitaux. Il n'y aurait pas nécessairement de problème à ça.

Puis j'ai eu l'information entre-temps, là, par rapport à l'indicateur. Oui, il est dans la situation de notre planification stratégique 2015-2020, le quatre heures. Mais ça aussi, ça va être...

M. Paradis (Lévis) : Le quatre heures. On conserve la norme de quatre heures sur l'atteinte dans le prochain plan stratégique.

M. Fontaine (Michel) : Mais en prenant pour acquis que, dans le plan d'action annuel, peut-être que ça va changer, même si on l'a lancé dans la planification stratégique parce que, sur cinq ans, nous, on ne souhaite pas maintenir un temps d'attente à quatre heures pour l'ambulance. On souhaite que les gens ambulatoires soient vus dans les...

surtout les P4 et P5, comme disait le Dr Couture, parce que, même si on... la situation ambulatoire peut être aussi un P1, là, l'exemple qu'il donnait tout à l'heure. Mais, pour ceux qui nécessiteraient plutôt une consultation en clinique médicale, ils n'auront pas de temps d'attente parce qu'on va avoir des automatismes, là, avec les liens avec la clinique concernée et l'urgence concernée.

Le Président (M. Gaudreault) : Il vous reste 1 min 20 s, à peu près, M. le député.

M. Paradis (Lévis) : J'aimerais reporter. Est-ce que c'est possible de reporter la minute ou vous préférez que j'y aille avec une... Je vais y aller avec une question rapide.

Le Président (M. Gaudreault) : Allez-y. Oui.

M. Paradis (Lévis) : O.K. Et je reviendrai d'abord sur la disponibilité de ce dont on vient de parler. Vous disiez, là, qu'on est en train de faire en sorte qu'on amalgame les façons de faire pour aller chercher les temps réels. Bon.

Quand on allait sur le précédent programme, à partir du moment où les données étaient passées, on perdait les données précédentes. Je ne sais pas s'il y a moyen d'archiver ces données-là pour faire en sorte qu'on puisse avoir des indicateurs dans le temps nous permettant de voir ce que c'était auparavant et ce que c'est devenu maintenant parce qu'une remplace l'autre.

M. Fontaine (Michel) : Alors, M. le Président, nous, on les cumule, là. C'est sûr qu'on pourrait les rendre disponibles dans un autre système parce que le système qu'on avait sur notre site Internet, c'était plutôt pour indiquer à la population qu'ils pouvaient avoir accès... actuellement, l'urgence est occupée à 125 % ou etc. C'était plus en temps réel à l'heure qu'on mettait le site à jour. Donc, ce n'était pas le même objectif, là. Mais, si on veut un historique, nous, on l'a. On peut le rendre accessible par peut-être un autre outil que celui du temps réel sur le site Internet.

M. Paradis (Lévis) : Toujours en fonction d'être en mesure de juger de l'efficacité du fait que, bon, tout roule plus rapidement ou il y a quelque chose à corriger rapidement en fonction d'une situation donnée... Merci, M. le Président.

Le Président (M. Gaudreault) : Parfait. Merci beaucoup. Alors, nous retournons au bloc du gouvernement avec la réponse à la députée de Bourassa-Sauvé, peut-être, et ensuite on aura d'autres questions. C'est ça? Parfait.

• (16 h 40) •

Mme de Santis : Oui. C'est le...

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, Mme la députée de Bourassa-Sauvé, oui.

Mme de Santis : Alors, merci, M. le Président. Je redemande la question concernant la diversité à l'intérieur du ministère.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre, oui.

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, juste dire que, dans notre document, on disait qu'effectivement on se rapprochait, là. On ne qualifiait pas qu'on était contents de la situation, là, mais on se rapprochait parce que l'objectif, ce serait vraiment l'objectif gouvernemental, là, qui est 9 % de deux et un, là. Mais on est quand même proches puis, dans ce cadre-là, bien, on n'est pas satisfaits, parce qu'on n'est pas à l'objectif, mais on se rapproche.

Et, si vous voulez, M. le Président, M. Marco Thibault, qui est notre directeur aux ressources humaines et réseau, pourrait faire un petit point sur cette situation-là, si vous êtes d'accord.

Le Président (M. Gaudreault) : Certainement. M. Thibault.

M. Thibault (Marco) : Oui, Marco Thibault, sous-ministre adjoint, Direction générale du personnel réseau et ministériel. En réponse à la demande de Mme la députée, il faut savoir que, quand vous parliez de la cible de 9 %, est-ce qu'elle est adéquate ou pas, elle est fonction de deux critères : celle qui est fixée par le gouvernement et les fonctions du lieu géographique où se trouve l'employeur, donc de la disponibilité des communautés culturelles dans le bassin de recrutement naturel de cet employeur-là. Ce faisant, étant dans la région de la Capitale-Nationale, le bassin de recrutement naturel... et particulièrement celui de la région de la Capitale-Nationale, qui, lui, est assez homogène en termes de tissu sociodémographique... Ça, c'est un élément qui vient balancer la cible qui nous est fixée.

Deuxième élément qui est aussi pris en considération quand on nous fixe une cible, c'est le profil des individus qui sont recrutés, et donc ça peut venir jouer quant à la cible. Je donne un exemple. Si un employeur, tel le réseau de la santé, doit recruter des infirmières, le bassin d'infirmières qui présente une condition dite de communauté culturelle ou avec un handicap vient aussi jouer sur la capacité d'établir une cible qui est plus ou moins haute. Donc, est-ce que la cible de 9 %, à votre question, est-ce qu'on peut la commenter? Bien, c'est celle qui nous est attribuée en fonction de ces deux réalités-là auxquelles nous sommes confrontés.

Mme de Santis : Et c'est quoi, la cible pour la communauté anglophone?

M. Thibault (Marco) : Elle est incluse à l'intérieur des communautés culturelles et donc elle est...

Mme de Santis : Alors, communautés... Mais, d'après votre tableau, il y a communautés culturelles, il y a anglophones, il y a autochtones et il y a handicapés. J'aurais cru... et le cas, c'est qu'il y a un site pour chacun de ça la plupart du temps. Alors, vous voulez me dire que les anglophones sont considérés communauté culturelle.

M. Thibault (Marco) : Dans la cible qui nous est fixée du point de vue gouvernemental, oui. On a le détail, mais c'est l'ensemble de l'oeuvre.

Mme de Santis : Merci.

Le Président (M. Gaudreault) : M. le député de Jean-Lesage.

M. Drolet : Merci, M. le Président. M. le Président, écoutez, j'aimerais intervenir aujourd'hui particulièrement dans la gestion des ressources humaines, qui est particulièrement un défi, en fait, en soi dans la majorité des entreprises, avec plus de 265 000 personnes dans votre réseau et, naturellement, à part le personnel du ministère.

J'aimerais vous entendre là-dessus, sur l'interaction avec le personnel, naturellement, du réseau, qui a de plus en plus aussi des personnes à la retraite à venir, avec des nouveaux venus qui sont des jeunes qui doivent s'adapter, naturellement, à ces besoins-là de la santé, qui est quand même assez lourd. Venant du privé, on sait que la gestion des ressources humaines est un facteur bien important et de plus en plus compliqué pour des questions d'appartenance à l'emploi, et etc.

Alors, je me fais l'avocat du diable, mais le domaine de la santé n'est pas plus à l'encontre de cela et il doit vivre ces mêmes problèmes, ces mêmes défis là, que l'appartenance n'est plus aussi vraie qu'elle l'était, malgré les bonnes conditions de travail du personnel de soutien, du personnel de terrain du service de santé. Avez-vous, par rapport à votre réseau, par rapport à l'ensemble du réseau, là-dessus, des constats... puis l'avenir de cela, parce qu'en fait, de plus en plus, les personnes, avec la démographie, vous perdez du personnel qui est d'expérience, et on sait que, dans le privé, remplacer l'expérience par des jeunes aujourd'hui, ce n'est pas évident, parce qu'on sait, de plus en plus, les jeunes, la qualité de vie... Vous avez un domaine qui est sept jours par semaine, 24 heures par jour, ça demande beaucoup.

Est-ce que, malgré les bonnes conditions, est-ce que c'est un défi en soi pour l'avenir, dans votre vision, le défi des ressources humaines?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, c'est effectivement un défi puis c'est une préoccupation majeure pour le ministère de la Santé, parce qu'on est à peu près la seule organisation, là, mis à part peut-être quelques exceptions, qui fonctionne, justement, 24 heures par jour, sept jours par semaine, puis ce n'est pas simple. Donc, c'est une préoccupation majeure.

Je vais demander à M. Thibault, si vous voulez, qu'il poursuive, parce que c'est son domaine. Mais juste avant, M. le Président, si vous permettez, 30 secondes, même pas, j'ai la réponse pour Mme la députée pour les cartes-soleil. C'est 7 millions... à quelques cartes près, naturellement, là, c'est 7,8 millions qui sont en circulation actuellement, et on renouvelle 2,3 millions de cartes par année. Donc, des cartes échues, là, c'est un roulement de 2,3 millions de cartes qui sont en renouvellement; et, en circulation, 7,8 millions. C'est une donnée, là, qu'on vient d'avoir de la RAMQ.

Le Président (M. Gaudreault) : Parfait.

M. Fontaine (Michel) : Par le satellite, là, qui...

Le Président (M. Gaudreault) : Par le soleil de la carte. Alors, nous étions à la question de M. le député de Jean-Lesage. Je ne sais pas quel sous-ministre...

M. Fontaine (Michel) : M. Thibault.

Le Président (M. Gaudreault) : M. Thibault, oui.

M. Thibault (Marco) : Alors, M. le Président, oui, effectivement, c'est un défi qui s'est accentué, même, au cours des dernières années, par le rajeunissement massif de notre main-d'oeuvre. Donc, les employeurs doivent user de stratégie pour concilier deux phénomènes. Le premier, c'est de quelle façon qu'on transfère l'expertise, donc de quelle façon qu'on accompagne les nouveaux travailleurs dans les stratégies d'intégration, de pairage pour faire en sorte qu'il y ait un passage de la vie d'étudiant à la vie de travailleur avec toute la pression qui s'ensuit.

Beaucoup d'initiatives ont été faites également dans plusieurs régions du Québec pour faire en sorte que l'étudiant d'aujourd'hui vive des expériences de travail et le prépare mieux : emploi d'étudiant l'été; pendant l'année scolaire, stage modulé différemment pour lui permettre de faire face à une charge de travail qui sera plus proche de la réalité. Donc, toujours dans... par le souci de préserver la réussite académique, parce que de nuire à la réussite académique par une exposition trop hâtive ou trop importante serait un piège qu'il faut éviter.

L'autre élément que je vous dirais qui est le plus important : on est dans un marché d'employés. Le réseau de la santé ne fait pas de différence par rapport à d'autres types d'industries. Donc, dans ce contexte-là, les employeurs doivent aussi mettre de l'avant des stratégies qui leur permettent de concilier travail et vie personnelle. Et là c'est un défi, je vous dirais, peut-être double, considérant, d'une part, que le réseau de la santé, malgré qu'il y ait un changement de comportement, les jeunes hommes sont davantage près de leur famille que ce qu'on a peut-être connu à d'autres époques, mais 80 % du réseau de la santé est composé de femmes. Il s'ensuit que, dans ce contexte-là, comment concilier les obligations de la vie familiale avec les obligations professionnelles dans un contexte où, sept jours sur sept, 24 heures sur 24, pendant 365 jours...

Donc, ce que les employeurs doivent faire, c'est trouver le moyen d'aménager, dans la gestion de l'horaire, cette disponibilité offerte de la part de notre main-d'oeuvre et de les concilier avec les besoins de la clientèle. Ça fait que, oui, ce sont des stratégies à géométrie variable qui dépendent des unités, des types de services, des types de main-d'oeuvre. Et là ça serait une réponse qui serait quand même assez longue à vous donner, mais, oui, c'est un défi au quotidien.

Le Président (M. Gaudreault) : Oui, M. le député de Jean-Lesage.

M. Drolet : Oui. Et d'autant plus parce que... j'aime intervenir de nouveau, parce que, vous savez, tous ceux de... de quoi on parle depuis le début, en fait, on parle toujours, en fait, de services à donner, que ça soit à tous les niveaux : le temps d'attente, le temps de ci et le temps de ça. Finalement, ça vient toujours à l'effet du personnel, là, il y a... à cet effet-là. Si vous avez le personnel adéquat, qu'il y a le nombre de personnes qui sont présentes... C'est comme moi, dans mon domaine, anciennement, dans mon domaine, dans la restauration, une personne qui manque, bien, vous allez être en maudit parce que ça va paraître dans le service, vous allez attendre plus de temps.

Alors, vous subissez vous aussi ce phénomène-là, mais, quand on rentre dans un hôpital, c'est difficile de juger, parce que c'est tellement gros, tellement immense, qu'il manque une personne, on ne s'en rend peut-être pas compte. Mais, vous autres, vous vous en rendez compte. Et ça, ce n'est souvent pas mentionné, le fait de... aujourd'hui, ce que vous venez d'expliquer, l'importance que ça a de voir que les personnes d'aujourd'hui ne sont pas celles d'hier et c'est... pour toutes sortes de raisons, pas qu'elles sont moins bonnes, mais c'est une situation de vie qui est différente d'autrefois.

Mais, dans votre plan stratégique 2015-2020, est-ce que cela est quand même prévu et important, pour vous, cette vision-là d'avenir et...

Le Président (M. Gaudreault) : Il reste 40 secondes.

M. Thibault (Marco) : Écoutez, c'est un élément qui serait abordé, mais vous comprendrez que, pour des raisons de... on va laisser le soin au ministre de pouvoir le faire connaître, le contenu, la planification, mais, oui, la dimension humaine, ressources humaines, sera au coeur de nos préoccupations au cours des cinq prochaines années certainement.

Le Président (M. Gaudreault) : Parfait. Merci. Alors, il reste une trentaine de secondes. Je ne sais pas si...

Une voix : ...

Le Président (M. Gaudreault) : On va le reporter à l'autre bloc, Mme la secrétaire. Donc, nous allons passer au bloc de l'opposition officielle avec la députée de Taillon.

• (16 h 50) •

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, c'est sûr que l'exercice qu'on fait aujourd'hui nous permet de nous pencher sur ce qu'il y a là, mais aussi d'essayer de trouver des pistes pour que 2015-2020 nous donne le plus possible des informations les plus révélatrices possible.

Je constate que, dans le bulletin, au fil de la réorganisation, là, qui permet la transition en lien avec la loi n° 10 sur la réorganisation et la gouvernance, on fait référence à un plan d'action de mise en oeuvre et donc un plan de transition. On parle d'une phase I et d'une phase II qui ont déjà été publiées et d'une phase III qui serait publiée très bientôt. Est-ce qu'on peut avoir accès à ces plans de transition? Parce qu'on a fait souvent demande de ces plans de transition là, et là c'est vraiment plus au niveau du ministère que ça se transporte. Donc, on voit que ça existe dans votre bulletin. Est-ce que c'est possible d'avoir accès à ces phases de transition?

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, oui, c'est possible.

Le Président (M. Gaudreault) : Allez-y. Alors, quand vous pourrez les rendre disponibles, vous nous les enverrez au secrétariat de la commission.

Mme Lamarre : Excellent.

M. Fontaine (Michel) : Parfait. Mais vous allez... juste pour donner un petit mot d'explication quand même, parce qu'en même temps, dans ce plan d'action là que vous mentionnez, là, il y a aussi l'état d'avancement qui est inclus dedans. Donc, juste vous donner quand même... vous mettre un petit peu en garde à l'effet qu'on a un temps, 100 jours, dans ce plan-là, il y en a un autre qui arrivera après, pour les cinq prochains mois, jusqu'au 31 mars. Il va arriver à l'occasion qu'on est à 20 %. Ce n'est pas parce qu'on est en retard, c'est prévu comme ça. Dans le temps, on avance puis on a des temps d'avancement, puis nous autres, on les monitore, là, aux 15 jours, là, pour être sûrs qu'on n'échappe pas le morceau,

parce qu'on vous disait d'entrée de jeu que notre obligation, nous, c'est de s'assurer que les soins et services continuent à se donner, là. Donc, toutes ces situations-là sont suivies de façon, là, très, très serrée.

Mme Lamarre : Mais j'imagine que...

Le Président (M. Gaudreault) : Allez-y, Mme la députée.

Mme Lamarre : ...pour chacune des phases, si c'est trois mois qui était la durée prévue pour la phase, bien, on peut suivre en fonction d'où vous êtes rendus...

M. Fontaine (Michel) : À titre d'exemple, le plan 1, quand on va vous le déposer, vous allez voir qu'il est atteint à 100 %. Tous les événements qui étaient dans le plan, toutes les 30 fiches, c'est... règle générale, là, il y a peut-être une petite exception, là, mais, règle générale, c'est une atteinte à 100 % des éléments qu'on rendait obligatoires, là, pour nos P.D.G.

Mme Lamarre : C'est plus pour avoir la perspective de continuité, là, qui se... parce qu'on va avoir des impacts aussi budgétaires, alors...

M. Fontaine (Michel) : Puis j'ai pris note tout à l'heure, de votre collègue, là, qu'on a un des objectifs qui était atteint à 100 % dans le plan 1, qui n'a pas l'air à l'être. Ça fait qu'on va se valider, là.

Mme Lamarre : Excellent.

Le Président (M. Gaudreault) : Parfait. Mme la députée.

Mme Lamarre : Tantôt, Dr Couture, vous avez fait référence au processus d'accès adapté, d'accès en temps opportun, qui est une mesure, effectivement, d'amélioration de l'efficacité. Est-ce que, dans les discussions qui ont lieu actuellement, ça va être à coût nul ou s'il faut budgéter quelque chose, si on budgète des sommes nouvelles au niveau de la rémunération des médecins, ou des GMF, ou des cliniques médicales qui intégreraient l'accès adapté dans leurs processus de fonctionnement? Parce que ça semble être ce qui va être une référence importante.

M. Couture (Louis) : En fait, au niveau de la rémunération, la rémunération médicale, il n'y a pas de forfait prévu pour instaurer cette mesure-là. Ce qu'on demande, c'est qu'on demande aux médecins de réaliser les demandes de consultation en temps opportun.

Ce qu'on va faire, par contre, c'est qu'avec les médecins on va monter un système de priorisation, c'est-à-dire qu'on va s'entendre avec eux. Alors, les médecins de famille vont s'entendre avec les médecins spécialistes sur la priorité à déterminer pour tel type de demande de consultation, tel type de problème médical, et, à ce moment-là, les médecins spécialistes vont réaliser les consultations. Ce qu'on va leur fournir comme outil, et ça, effectivement, il peut y avoir des coûts supplémentaires, c'est un système d'information qui va permettre d'entrer les demandes de consultation, et d'en suivre la réalisation, et de les transmettre aussi.

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

Mme Lamarre : Et ça, dans le budget de fonctionnement, dans les primes qui étaient versées, dans le budget pour l'informatisation des médecins, on n'est pas capables de trouver les provisions. Il va falloir déboursier, donner encore plus d'argent, que ce soit dans les supercliniques ou dans les GMF simplement pour qu'il y ait de l'accès adapté. On n'est pas capables, là, de faire en sorte que, dans l'organisation, avec les budgets déjà existants, les gens gèrent leurs budgets. On va redonner encore de l'argent neuf dans les GMF et dans les supercliniques pour gérer des rendez-vous.

M. Couture (Louis) : Il y a deux volets. À ce que je comprends, vous parlez d'accès adapté. Alors, l'accès adapté...

Mme Lamarre : Oui, mais il est aussi à l'interne. Il est aussi à l'interne d'un milieu.

M. Couture (Louis) : L'accès adapté s'adresse à la médecine familiale. L'accès adapté est une façon de fonctionner pour le médecin de famille, où il priorise l'accès en fonction des besoins de ces usagers. Et cet accès-là va se gérer avec, comme outil, ce qu'on appelle un système de rendez-vous avec des plages horaires, et le médecin va rendre disponibles des plages horaires qui vont être, en toute transparence, qui vont être transmises, là, aux usagers qui vont y avoir accès.

Donc, ça, c'est un système d'information qui va être développé spécifiquement pour la médecine de famille. Ce dont on parle avec l'accès priorisé aux services spécialisés, c'est un système d'information qui va permettre le lien entre les médecins de famille et les médecins spécialistes pour la gestion des demandes de consultation. Donc, c'est indépendant du système de rendez-vous de la médecine de famille.

M. Fontaine (Michel) : Juste en complément, M. le Président, parce qu'on m'informe... parce qu'on a le responsable des négociations ici. Excusez.

Le Président (M. Gaudreault) : Allez-y.

M. Fontaine (Michel) : On a le responsable des négociations. On m'informe qu'il n'y a pas de sou à ajouter dans cette démarche-là, c'est déjà inclus, «built in», là, dans...

Une voix : ...

M. Fontaine (Michel) : Il n'y a pas de rémunération additionnelle.

Mme Lamarre : Non, pas de rémunération, mais le système informatique, là, dont on parle, qui va gérer des agendas, ça, est-ce que déjà les GMF étaient équipées d'un système puis ils vont utiliser ce système-là ou si on va les équiper avec un nouveau logiciel, on va prendre du temps personnel? Parce qu'on comprend, là, qu'il y a une secrétaire qui va devoir filtrer, appliquer certains principes. Parce qu'il y a de l'argent, là, il y a des sommes, il y a du temps et il y a de l'argent. Est-ce qu'on va remettre encore de l'argent dans les GMF et les supercliniques avant d'avoir eu du rendement puis de l'efficacité?

M. Fontaine (Michel) : Ça, M. le Président, c'est prévu dans ce qu'on appelle le PQI, le plan quinquennal d'immobilisations informatiques. On a une réserve pour cette situation-là, parce qu'on va prochainement, probablement, aller en appel d'offres sur cette situation-là. Oui, on veut rendre ça... on veut standardiser la province à cet égard-là. Donc, il y a un certain nombre de sous de prévus. M. Audet pourrait compliquer, si vous le souhaitez, Mme la députée... M. le Président.

Mme Lamarre : Bien, j'aimerais savoir le montant de la réserve.

M. Audet (Richard) : O.K. Donc, le montant de la réserve... En fait, on parle d'un système pour lequel on va aller en appel d'offres, on parle d'un système de rendez-vous centralisé pour l'ensemble du Québec pour la première ligne. Donc, ce que ça veut dire, c'est un projet qu'on va faire en collaboration avec la Régie de l'assurance maladie, qui est notre mandataire là-dedans. On parle d'un système aux environs de 6,5 millions de dollars. Les évaluations sont en train de se terminer au moment où on se parle, et, dans le calendrier de travail que nous avons, nous prévoyons de publier un appel d'offres pour aller chercher ce système-là au courant de l'automne prochain.

Le Président (M. Gaudreault) : Merci. Avant de vous redonner la parole, Mme la députée, je rappelle à tout le monde l'importance de... On est sur le rapport annuel de gestion, alors... Je comprends, j'essaie d'ouvrir, parce qu'on... Vous savez, vous êtes habiles...

Des voix : ...

Le Président (M. Gaudreault) : Vous êtes habiles, tout le monde, là, des trois côtés de la Chambre et même le quatrième côté. Mais moi, mon rôle, là... Je veux qu'on se projette, oui, dans le futur, mais sur la base du rapport annuel de gestion. Alors, je veux juste qu'on se rappelle ça collectivement. Puis je fais preuve de beaucoup d'ouverture, mais... Voilà. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Tout à fait. Mais, écoutez, je pense que c'est quand même un élément déterminant sur les gains d'efficacité qui sont escomptés, et ces informations-là m'apparaissent... En tout cas, on va revenir.

Alors, je voulais revenir sur le DCI, le DME et le DSQ, parce qu'on s'était laissés sur ce dossier-là. Et ça, c'est vraiment dans le rapport...

Des voix : Ha, ha, ha!

Mme Lamarre : ...en plein lien, M. le Président, mais le reste l'est aussi. Je vous avoue, on a...

Le Président (M. Gaudreault) : Il vous reste 40 secondes.

Mme Lamarre : C'est bon. Alors, ce que je veux savoir, c'est... Les DME, actuellement, les dossiers médicaux électroniques qui sont dans les bureaux des médecins, il y en a six versions, à ma connaissance, là, il y en a peut-être plus ou moins. Est-ce qu'ils sont tous compatibles avec les DCI, donc le dossier hôpital?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre, en 20 secondes.

M. Audet (Richard) : Oui. Donc, les dossiers médicaux électroniques qui sont homologués par le ministère, il y a plus de 800 normes d'homologation, tant cliniques que techniques, qui ont été mises en oeuvre, et il y en a neuf actuellement de reconnues en termes de produit pour huit fournisseurs. Ils sont qualifiés. Donc, ils sont qualifiés et ils doivent être capables d'échanger l'information avec le DSQ.

Le Président (M. Gaudreault) : Merci. Ça met fin à ce bloc de l'opposition. On va avoir un vote, probablement, dans quelques minutes, peut-être même quelques secondes, sur la motion du mercredi, mais on va quand même commencer le bloc du gouvernement avec le député d'Orford.

• (17 heures) •

M. Reid : Oui. Bien, j'ai plusieurs petites questions. La première peut être assez courte, mais mes questions vont porter sur les plaintes, mais là on retombe vraiment dans le rapport annuel, et même le rapport annuel du Protecteur du citoyen également m'en fait parler, mais tout à l'heure.

Première des choses, et ça, c'est assez rapide et, je pense, c'est... on parle de plaintes reçues par le Protecteur du citoyen concernant l'administration du ministère. Et là, évidemment, quand on regarde juste ça, on se dit : Ça ne se peut pas qu'au Québec il y ait 11 plaintes fondées par année. Donc, évidemment, ce sont des plaintes sur l'administration du ministère. Pourriez-vous juste nous dire un peu, soit par un exemple... on ne veut pas de nom, là, mais un exemple de ce que peut être une plainte recevable ou fondée aux yeux de la Protectrice du citoyen?

(Interruption)

Le Président (M. Gaudreault) : Ah! ça sonne. Bon, excusez, on est obligés de suspendre les travaux le temps d'aller voter. Sauvés par la cloche.

(Suspension de la séance à 17 h 1)

(Reprise à 17 h 22)

Le Président (M. Merlini) : Alors, nous allons reprendre nos travaux après cette brève suspension. Nous étions pour entendre la réponse à la question du député d'Orford. Alors, je me tourne vers le sous-ministre et son équipe pour répondre à la question du député d'Orford. Peut-être la reprendre, M. le député d'Orford.

M. Reid : Bien, sans la reprendre, M. le Président, la question était d'avoir surtout un exemple sur ce que représente une plainte pour administration, parce qu'il y a beaucoup d'autres plaintes en beaucoup grand nombre, et j'aimerais revenir sur une deuxième question pour cette partie-là. Mais, dans un premier temps, un court exemple. Encore une fois, je ne vous demande pas des noms ni des noms de départements, mais de ce que ça peut être, une plainte qui passe par le Protecteur du citoyen en fonction de l'administration du ministère et non pas qui passe par le système hospitalier.

M. Fontaine (Michel) : O.K. Alors, M. le Président, pour cette partie-là, quand c'est le Protecteur du citoyen, nous, on prend toutes les plaintes du Protecteur du citoyen puis on en fait automatiquement une réponse par un rapport officiel, donc on a un suivi, etc. Puis, comme exemple, là, si vous voulez, aussi, on reviendra sur le régime des plaintes, là, de tout notre secteur. Mais, à titre d'exemple, je vais demander à M. Castonguay, qui est notre sous-ministre à la qualité, de faire ce suivi-là, si vous voulez bien, M. le Président.

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

M. Castonguay (Luc) : Merci beaucoup, M. le Président. Peut-être juste pour contextualiser, effectivement, le Protecteur du citoyen, il a un double rôle, hein, quand il s'agit du réseau de la santé et des services sociaux et du ministère.

M. Reid : ...vous concentrer juste sur la question administrative.

M. Castonguay (Luc) : Oui. Bien, en fait, je dirais, ce qui fait la différence, là, c'est que la plainte qui est adressée au Protecteur du citoyen, quand elle concerne le ministère, c'est qu'elle traite, je dirais, d'un aspect qui est plus près des orientations et de l'organisation globale du système plutôt que d'une difficulté qui est rencontrée localement, alors ça peut viser le nombre de places en CHSLD comme ça peut viser l'accès à un médecin de famille. Mais l'orientation est plus vers la modification des politiques, la modification des directives ou les défauts qui sont rencontrés au niveau des orientations générales.

M. Reid : Alors, ma deuxième question va être plus large, puis je vais laisser aller avec le temps qui restera dans le bloc. Concernant les plaintes, quand on regarde l'analyse du rapport qui a été faite de votre rapport annuel par les chercheurs, on voit qu'effectivement c'est bien divisé, on voit que le nombre, ce n'est pas juste 10, 11, là, mais c'est parfois des centaines. Je prends l'exemple de santé physique, plaintes reçues, si on regarde au cours des années, les dernières années : 268, 217, 284, 320; et des plaintes fondées parmi ces plaintes-là, donc : 123, 136, 96, 118. Il y en a d'autres qu'il y en a beaucoup moins, mais il y a plusieurs secteurs où il y a des plaintes. Ce sont les plaintes qui sont reçues et jugées fondées au départ par le Protecteur du citoyen concernant les programmes, les services du réseau. Donc, tu sais, c'est des choses qui se passent dans le réseau, mais, comme on examine votre rapport annuel, qui n'est pas nécessairement le réseau, c'est des plaintes qui, une fois qu'elles ont été dans le réseau, passent par le protecteur, et le protecteur vous envoie ça au ministère, c'est ce que je comprends, et le ministère le voit... comme vous disiez tout à l'heure, fait un rapport sur ce qu'il en est.

Alors, j'aimerais ça que vous preniez peut-être un exemple — je ne sais pas, santé physique, c'en est un — pour donner un exemple un peu de ce qu'il se passe. Moi, j'ai un cas. Actuellement, là, il y a une ville où il y a un CLSC, et il y a un médecin qui est décédé, et, dans mon ordinateur, j'ai 65 ou 70 copies... j'ai été mis en copie de plaintes adressées... c'était à l'hôpital; maintenant, ça doit être évidemment au CIUSSS, mais sur le fait que les services vont baisser ou ils ont peur que les services baissent au CLSC. Donc, ça, c'est un type de plainte, j'imagine, qui ne se rendra peut-être pas à vous, mais... Autrement dit, c'est quoi, le processus, là, pour nous expliquer?

Et, là-dedans, je voudrais juste vous rappeler quelque chose que vous savez sûrement. À la page 154 du rapport annuel d'activités du protecteur en 2013-2014, on donne comme recommandation — les considérations, vous les savez : «Le Protecteur du citoyen recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux :

«De s'assurer que les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services effectuent eux-mêmes les enquêtes de premier niveau, et ce, pour assurer l'indépendance et l'impartialité de cet examen.»

Si la protectrice, qui est une ancienne sous-ministre, qui connaît très bien les choses, arrive avec une recommandation comme celle-là, on suppose que c'est parce que ce n'est pas ce qui était toujours fait. Alors, tout en nous expliquant ce que c'est, pourriez-vous juste nous dire qu'est-ce que ça voulait dire et qu'est-ce que vous avez fait pour répondre à cette recommandation-là?

Le Président (M. Merlini) : M. le sous-ministre, en vous rappelant qu'il vous reste 1 min 45 s au bloc.

M. Fontaine (Michel) : Oui, mais on n'aura pas grand temps pour expliquer le régime des plaintes. Alors, je vais passer tout de suite la parole.

M. Castonguay (Luc) : Le régime d'examen des plaintes dans le réseau prévoit, comme on le disait un peu tout à l'heure, qu'il y a un commissaire qui est désigné dans chaque établissement. La situation se modifie un peu parce que, là, avec les établissements regroupés, il y a un commissaire par établissement regroupé, mais ils ont la possibilité d'avoir des adjoints, donc, pour que les gens puissent, dans chaque installation, avoir une mécanique facile pour déposer des plaintes à l'égard des services qu'ils reçoivent.

Globalement, ces plaintes-là, elles peuvent être de deux natures. Elles sont liées à des employés, elles sont liées à des insatisfactions générales quant à l'organisation des services, et ça suit le véhicule du commissaire aux plaintes. Si ça concerne le personnel médical, il y a un médecin examinateur, qui est désigné par le CMDP, qui fait le même travail. Si la personne reçoit une recommandation, en fait, une réponse du commissaire et qu'il est insatisfait, il a une possibilité de faire un deuxième appel au niveau du Protecteur du citoyen, qui fait un examen complet. Et le Protecteur du citoyen a une section complète, là, qui porte... il y a un vice-protecteur au citoyen qui s'occupe de tout le réseau de la santé et des services sociaux.

Alors, il y a le volet de traitement de plaintes individuelles, mais il y a aussi un pouvoir d'initiative qui lui permet d'aborder de façon plus globale, plus systémique, un certain nombre de recommandations, et ça, ça fait l'objet, généralement, de commentaires au ministère dans des rapports, dans des avis ou même dans son rapport annuel.

Depuis les années 2010, on a prévu un mécanisme plus fluide de discussion et d'échange avec le Protecteur du citoyen. C'est piloté par ma direction pour s'assurer que, lorsqu'il fait une recommandation sur une problématique qui touche différentes directions à l'intérieur du ministère, que les réponses ne soient pas éparpillées. On s'assure donc d'aller chercher l'information aux bons endroits, de compléter le plan d'action qu'on soumet au Protecteur du citoyen avec des échéanciers pour être capables d'envisager chacune des recommandations qu'il fait.

Le Président (M. Merlini) : Merci. Ça met fin à ce bloc d'échange avec la partie ministérielle.

M. Reid : Accrochez pour le prochain bloc les deux minutes... la minute qui va être nécessaire pour répondre à la question sur la recommandation de la protectrice.

Le Président (M. Merlini) : Oui, on l'accrochera au prochain bloc. On se tourne maintenant pour le dernier bloc de la deuxième opposition pour un bloc de 7 min 25 s. M. le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Je vais aborder un autre dossier, le gouvernement qui travaille, on le sait, depuis 2011 à réformer la loi d'accès à l'information, une réforme qui touche tous les ministères, y compris le ministère de la Santé, bien sûr. D'ailleurs, on apprend, dans le rapport annuel de gestion du ministère que, 2013-2014, il y a eu 330 demandes d'accès à l'information, 74 % concernant des documents administratifs.

Il reste qu'il y a un problème. Le problème actuel avec la loi, ce n'est pas bien, bien compliqué, c'est qu'il y a une interprétation, évidemment, de la loi, ça peut être subjectif, c'est large, interprété par des fonctionnaires, l'invocation d'articles de loi de manière potentiellement non justifiée pour refuser de répondre ou des délais interminables pour contester ou pour une enquête.

Je vais vous donner quelques exemples, histoire de... bon, quelque part, sourire ensemble. Une année, le ministère accepte de répondre à une demande d'accès à l'information. Deux années plus tard, la même demande mot pour mot est refusée. Des données importantes sont compilées par les agences — bon, on le sait, on en a parlé — mais pas compilées par le ministère. Ou un rapport complété est demandé par l'accès à l'information depuis des mois; c'est refusé, mais ça se retrouve finalement dans les journaux avant d'être déposé aux parlementaires. Donc, c'est assez dérangeant.

Je veux comprendre le processus et je demande au sous-ministre, M. le Président : Est-ce qu'on peut expliquer comment est géré le traitement d'une demande d'accès à l'information au ministère de la Santé une fois qu'elle est reçue?

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

• (17 h 30) •

M. Fontaine (Michel) : Oui, M. le Président. Au ministère de la Santé, comme probablement tous les ministères, on a un responsable de l'accès à l'information à qui on donne, je vais le dire de cette façon-là, là, une responsabilité neutre, là, un peu indépendante, comme un peu un commissaire aux plaintes, si on peut l'exprimer comme ça, parce que vous savez que, dans des établissements, le commissaire aux plaintes, même si c'est un cadre supérieur, relève directement du conseil d'administration. Donc, cette situation-là, au ministère de la Santé, c'est un peu le même genre de modèle. On demande au responsable de l'accès à l'information de nous donner son orientation à l'effet que, oui ou non, en fonction de cette loi-là, est-ce que c'est admissible à l'accès à l'information, et nous, on ne porte pas de... je veux dire, la haute direction, là, on ne porte pas de jugement sur cette situation-là. Une fois qu'on a la recommandation, on accepte puis on signe carrément, là, la démarche pour que le responsable de l'accès fournisse cette information-là.

Quand il met des restrictions, nous, on ne questionne pas ça non plus, là, parce que c'est un responsable quasi indépendant, si on peut le dire comme ça.

M. Paradis (Lévis) : Je me permets...

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

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. M. le sous-ministre, je me permets de... Qui est informé du contenu de la demande? Est-ce que tout le monde est informé? Puis ça transige par où? Est-ce que, tout le temps, ça va transiger par le bureau du sous-ministre, par le bureau du ministre? Quel est le parcours et qui est au courant?

M. Fontaine (Michel) : O.K. Normalement, moi, je suis au bout de la chaîne, là, et il y a une structure qui traite cette situation-là. Il y a quelques professionnels qui s'occupent de documenter la situation, et c'est le cadre responsable de l'accès à l'information qui fait une recommandation au sous-ministre. Moi, c'est vrai que ça ne fait pas longtemps que je suis sous-ministre en titre, là, mais je n'ai jamais, jamais refusé une demande d'accès par la... une demande qui était documentée, qui nous disait : Oui, on peut donner cette information-là. Je n'ai jamais porté de réserve sur ces situations-là.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le sous-ministre. M. le Président, je continue sur un autre dossier, si vous permettez. On parlé un petit peu du DSQ, on en a quand même pas mal parlé tout à l'heure, et j'y reviendrai, histoire de mieux comprendre aussi ce que ça implique et ce que ça suppose. On a parlé de coût, on a parlé de délai. Bon, vous en êtes bien conscient, on l'a abordé il y a quelques instants, selon le Vérificateur général, des chiffres ne sont pas les mêmes que ceux présentés par le ministère, c'est-à-dire que lui, il a émis des réserves en disant : Bien, ça ne sera pas achevé avant, bon, 2016. Ça va coûter, au bas mot, 1,4 milliard de dollars. On maintient au ministère, on l'a dit tout à l'heure, que les coûts seront de 560 millions si les chiffres sont bons, et je me rappelle bien ce qui vient d'être dit par votre responsable à ce sujet-là, mais, dans les crédits, il est écrit aussi qu'il y aura des investissements connexes de 206 millions qui ne sont pas compris dans le budget Dossier santé Québec. J'aimerais savoir qu'est-ce que c'est que ce 206 millions de coûts connexes.

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

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, on va demander à M. Audet de venir donner cette précision-là, parce que c'est des situations, là, un petit peu dans le détail. Pas le 206 millions qui est un détail, la situation.

M. Paradis (Lévis) : ...mais je comprends bien.

Le Président (M. Merlini) : On comprend bien. Alors, M. le sous-ministre Audet.

M. Audet (Richard) : En fait, il faut faire la différence, quand on parle de coûts, entre le coût d'informatisation dans le réseau puis le coût du DSQ. Le coût du DSQ, c'est un périmètre défini avec une portée définie qui est à 563 millions. Je me permets de faire des rappels sur les principales composantes du DSQ que j'ai nommées. Vous avez les laboratoires, vous avez l'imagerie médicale, vous avez aussi le médicament, vous avez aussi le registre des usagers, que j'ai nommé tout à l'heure, le registre des intervenants, en fait, ce que j'appelle les fonctionnalités d'arrière-boutique qui sont comprises pour permettre l'échange d'information sur les principaux domaines que j'ai nommés. Ça, c'est le périmètre du 563 millions, qui n'a pas changé et qui ne changera pas d'ici la fin du déploiement.

Quand on a présenté, justement, à une commission de l'administration publique le périmètre de l'informatisation, ce que souhaitait entendre le Vérificateur général, il veut savoir : Mais ça coûte combien, les autres affaires? Les autres affaires, en fait, ça nous amenait aux environs de 1,6 milliard, et là je vais définir le périmètre. Le périmètre DSQ, toujours le 563 millions. On parle des investissements connexes, qui est de la mise à jour d'un certain nombre de fonctionnalités, par exemple, d'imagerie médicale. Donc, on a payé toutes ces fonctionnalités-là dans l'ensemble du réseau. Ça comprend aussi ce qu'on a parlé tout à l'heure, les dossiers médicaux électroniques pour lesquels on a sorti une évaluation qui était sommaire, qui était aux environs de 100 millions. Là, actuellement, le programme qu'on a, on parle plutôt d'un programme

qui va être de beaucoup inférieur, on parle d'un programme de 60 millions, qui comprend des subventions qu'on va remettre aux médecins pour favoriser l'informatisation dans les cliniques médicales. Et à ça on ajoute une évaluation aussi préliminaire qu'on a faite de l'implantation des principales fonctionnalités de DCI dans l'ensemble du réseau, qu'on évaluait à peu près 700 millions à l'époque. Ça fait que, quand vous additionnez toutes ces composantes-là, voilà maintenant la ventilation du 1,6 milliard. Est-ce que ce sont tous des budgets nouveaux? La réponse, c'est non. Le budget nouveau, c'est 563 millions. Les budgets nouveaux, c'étaient les investissements connexes à hauteur de 225 millions. Le reste des investissements, oui, je parle du 100 millions pour les DME, bien sûr, je parle d'un 60 millions d'investissement pour lequel il y a des budgets de consentis, mais le 700 millions, ça se fait à travers les budgets qui sont déjà présents dans chacun des établissements.

On se rappellera que, dans le rapport d'experts sur le financement axé sur le patient, dans lequel on vient définir à peu près le périmètre de dépenses dans l'ensemble du réseau, on parle de nos établissements, entre 450 et 500 millions par année. Pourquoi je le mets comme ça? Parce qu'il y a une variation entre les années. Donc, ce qu'on a demandé à notre réseau, c'est que, lorsque vous avez à faire des choix, la priorité, vous devez faire le DCI et les services qui sont associés à ça, mais c'est à l'intérieur des budgets déjà existants. Il n'y a pas de nouveau budget, donc le périmètre du DSQ, il va toujours être à 563 millions.

Le Président (M. Merlini) : M. le député de Lévis, 15 secondes.

M. Paradis (Lévis) : 15 secondes. Écoutez, je vous poserai rapidement une petite question. Je reviens à l'accès à l'information, mais très vite, parce qu'on en parlait il y a quelques instants, la façon de faire. Est-ce que le cabinet du ministre, dans le volet politique de l'affaire, est informé du contenu des demandes d'accès systématiquement?

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, je vais vérifier pour être sûr, parce que, moi, ça finit à mon niveau, puis je ne le revois pas, là.

Le Président (M. Merlini) : Très bien. Alors, ça va mettre un terme à cet échange avec la deuxième opposition. Je me tourne du côté gouvernemental pour le prochain bloc et je crois qu'on a un complément de réponse pour le député d'Orford à sa dernière question, et ensuite ce sera au député de Portneuf. Alors, le complément de réponse à la question du député d'Orford.

M. Reid : Rapidement, de quoi s'agissait-il, là? Pourquoi une recommandation de la protectrice et qu'est-ce que vous allez faire?

M. Castonguay (Luc) : Tout d'abord, il faut dire que les commissaires aux plaintes, compte tenu de la loi, puis M. Fontaine l'a mentionné, relèvent directement du conseil d'administration et non du directeur général. Ils ne font pas partie, je dirais, de la structure administrative, alors c'est sûr qu'ils doivent quand même être localisés dans un établissement. Parfois, la proximité avec le bureau du D.G. donne à penser, on a souvent eu ce genre de commentaire là, que, parce qu'ils utilisaient le personnel, là, pour rédiger les réponses, et tout ça, que le traitement était imprégné de la volonté de la direction générale plus que d'un regard neutre. Alors, on a une table que l'on... avec l'ensemble des responsables de l'examen des plaintes — avant, avec les agences — on va la remanier maintenant pour se transférer avec les établissements, mais on a fait de fréquents rappels, là, sur ce genre de situation là pour limiter le genre d'apparence, je dirais, de conflits entre l'indépendance souhaitée du commissaire aux plaintes et l'administration de l'établissement tout en étant sûrs qu'on lui offre le support dont il a besoin pour pouvoir faire sa plainte et la latitude aussi de se présenter à l'intérieur de l'établissement pour aller ramasser l'information.

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

M. Matte : Merci, M. le Président. Je voudrais revenir aux GMF, parce que je trouvais et je trouve aussi que ça peut être un moyen, un instrument utile et intéressant, là, pour pouvoir offrir un service à notre clientèle. Dr Couture, vous nous avez dit que, sur 258 GMF, il y en a 250 qui ont une moyenne... ou 68 heures d'ouverture. Est-ce qu'on est en mesure de voir, par rapport au mandat initial... Moi, je pensais que c'était sur sept jours. Bon, si je regarde, 68 heures sur sept jours, ça fait 10 heures, O.K.? Ça, est-ce que c'est l'équivalent de la clinique ou l'équivalent de médecins? Autrement dit, pour atteindre 68 heures, il y a combien de médecins qui sont là?

M. Couture (Louis) : 68 heures d'ouverture, ce n'est pas 68 heures de présence de l'ensemble de l'équipe médicale. Alors, en général, les GMF placent de garde en heures défavorables sur place, en général, un médecin, deux médecins pour les GMF, disons, à gros débit. Mais, en général, c'est un médecin. Et d'ailleurs on a dû intervenir pour s'assurer que certains GMF à haut volume plaçaient sur place de garde deux médecins au lieu d'un de façon à assurer un service à la population. Mais, en général, c'est beaucoup un médecin de garde.

• (17 h 40) •

M. Matte : Il existe aussi, dans certaines régions, un GMF, mais avec trois ou quatre sous-bureaux, là, aux cliniques. Comment vous faites pour évaluer le nombre d'heures par rapport à l'ouverture?

M. Couture (Louis) : En fait, chaque GMF a des attentes en fonction d'heures défavorables, et ça comprend ses GMF satellites. Donc, l'ensemble des GMF satellites est considéré comme un GMF. Alors, on y va beaucoup sur le

nombre d'inscriptions. Alors, le nombre d'heures défavorables est proportionnel au nombre de médecins, au nombre d'inscriptions, et proportionnel au financement aussi, mais ça inclut les GMF satellites, oui.

M. Matte : Est-ce que c'est possible d'évaluer, sur une échelle de un à 10, hein, le pourcentage d'atteinte des objectifs dans le mandat initial lorsqu'on avait identifié puis mis en place les GMF?

M. Couture (Louis) : Je n'ai pas cette information-là parce que je n'ai pas le mandat initial, et mon équipe ne compare pas, là, la couverture actuelle par rapport à ce qui était demandé au départ. Il faut dire que ça a beaucoup évolué avec le temps, en positif et en négatif à certains égards aussi. Par contre, nous, actuellement au niveau de l'équipe qui supervise le déploiement des GMF, notre indicateur, c'est vraiment la réponse aux attentes actuelles.

M. Matte : Et dernière question, c'est que vous avez mentionné que, dans les GMF, on a mis une infirmière clinicienne, on a ajouté une adjointe administrative, et là, pour s'ajuster, on a ajouté un superinfirmier ou une superinfirmière puis, si ça ne fonctionne pas, on va faire une superclinique. Là, la compréhension, est-ce qu'elle est bonne, là? Puis je me mets, là... j'écoute, là. Là, je dis : On a fait ci, ça ne marche pas; on va rajouter ça, ça ne marche pas. Combien de pneus de «spare» qu'il va falloir rajouter dans l'auto pour que ça fonctionne?

M. Couture (Louis) : D'abord, je précise à nouveau, hein, que j'ai démontré par les pourcentages, tout à l'heure, que la majorité des GMF au Québec, la très grande majorité, livrent ce qu'ils ont à livrer. Et il y a eu une amélioration, je dirais, là, dans la dernière année là-dessus. Oui, il y a des professionnels supplémentaires qui ont été ajoutés dans les GMF. Par contre, l'objectif visé avec les supercliniques est un peu différent. C'est-à-dire que la superclinique, elle, a comme mandat principal d'assurer une couverture en dehors des heures habituelles. Alors, quand on dit qu'une superclinique, je l'ai mentionné tout à l'heure, devrait assurer 84 heures par semaine, donc il y a là une ouverture en dehors des heures habituelles. Ce qu'on veut exiger, par contre, c'est qu'une superclinique ait un noyau de médecins en GMF à l'intérieur d'une superclinique, mais on greffe beaucoup d'autres services, là. On va greffer les prélèvements, on va greffer l'imagerie, on va greffer aussi, de façon facultative, la présence de médecins spécialistes sur place, ce qui n'est pas le cas d'un GMF. Donc, le terme superclinique est... dans le fond, c'est un GMF plus, on greffe d'autres services. Et ce qui est important aussi, c'est que les supercliniques vont être déployées dans des bassins de population suffisamment denses pour assurer le volume nécessaire.

M. Matte : Merci.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée de Laviolette.

Mme Boulet : Je lis ici, là, que, bon, dans le rapport annuel de gestion, vous parlez de... pour que l'argent suive le patient, là, une stratégie d'implantation du financement axée sur le patient. Si je résume ma compréhension à moi de ça, c'est un peu dire : Bien, les hôpitaux qui sont performants, au lieu d'avoir une enveloppe dédiée, bien, plus ils vont passer de gens, plus ils vont être performants, plus ils vont avoir de services, plus on va les financer. Si je comprends bien, ça ressemble-tu à ça, M. Fontaine, le résumé de cette phrase-là, là, pour que l'argent...

M. Fontaine (Michel) : Oui, M. le Président, ça ressemble beaucoup à ça. En fait, c'est la production aussi, pas juste la performance comme la production réelle.

Mme Boulet : C'est ça, le principe d'une entreprise privée.

M. Fontaine (Michel) : Avec des nuances quand même, là, qu'il va falloir expliquer, parce qu'on parlait, tantôt, de l'occupation du territoire pour des endroits... Je vais donner un exemple simple, là. Je suis dans un petit hôpital éloigné avec une salle d'opération et j'ai deux chirurgies par jour, puis on veut le maintenir, supposons, là, politiquement, mettons, c'est une décision politique. Bien, il va falloir quand même avoir une équipe de base de salle d'opération, puis ça, ça va être un petit peu... il va y avoir une base avant, le financement à l'activité, pour assurer que tous les services demeurent, puis après ça, ça va être en fonction de la production. Beaucoup de revenus.

Mme Boulet : O.K. Bien...

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée.

Mme Boulet : Vous venez de répondre en grande partie à ma question. Moi, les établissements, mon comté est très grand, j'ai des établissements éloignés, qui sont tout petits, qui desservent une population éloignée, mais qui n'est pas nombreuse, et ils ont beaucoup d'inquiétudes à l'égard de l'offre de services parce qu'ils n'auront pas ni le volume ni le débit d'activités professionnelles comme en ville et, à ce moment-là, ils se trouvent à être pénalisés au niveau du financement. Alors, vous me dites, vous : Il y aura un financement de base, on va s'assurer que ces gens-là aient les mêmes services chez eux. Ils ne seront pas obligés d'aller, mettons, à Trois-Rivières à chaque fois pour avoir les...

M. Audet (Richard) : Exactement.

Mme Boulet : O.K.

M. Audet (Richard) : C'est ça, M. le Président.

Le Président (M. Gaudreault) : Merci. Oui. O.K. Mme la députée de Laviolette.

Mme Boulet : Merci. Moi, ça va.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée de Bourassa-Sauvé.

Mme de Santis : Je regarde des renseignements que vous nous avez fournis dans votre rapport annuel, mais qui se retrouvent aussi dans le document de soutien, et c'est les objectifs concernant les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Et je regarde, par exemple, un des objectifs, c'est d'offrir un accès téléphonique rapide, et vous vouliez atteindre 100 % des régions sociosanitaires ayant mis en place ce service d'ici 2015 et, de 2011 à 2014, vous êtes à 63 %. Il n'y a pas eu d'augmentation.

Une voix : ...

Mme de Santis : Il n'y a plus de temps? Ah! O.K.

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, peut-être en... oui.

M. Fontaine (Michel) : Plan d'action en santé mentale. C'est la réponse.

Mme de Santis : Il y a des problèmes d'après vos résultats, «anyway».

M. Fontaine (Michel) : Oui. Mais on le corrige avec le Plan d'action en santé mentale qui s'en vient.

Le Président (M. Gaudreault) : Parfait. Merci. Alors, pour le dernier bloc de l'opposition officielle et le dernier bloc de toute façon, alors, pour 11 min 20 s, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Écoutez, ça va peut-être même faire boucler la boucle. On voit, là, que vous nous avez parlé du dépôt imminent du prochain plan stratégique 2015-2020 par le ministre. Maintenant, pour le plan stratégique 2010-2015, est-ce que vous avez projeté rédiger un bilan, c'est-à-dire vraiment avoir une analyse et non pas seulement... Je pense que ce que vous me déposez aujourd'hui est excellent pour la nature des travaux qu'on a à faire, mais, par exemple, toute la saga informatique, j'y reviens parce que c'est vraiment... On a besoin de se rasseoir, de se repositionner puis de dire : On ne refera plus les mêmes erreurs, on va se projeter vers l'avenir puis on va avoir quelque chose. Mais, pour ça, ça prend un bilan. Est-ce que vous prévoyez faire un bilan?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : Bien, M. le Président, on a dû faire un bilan à l'interne, là, pour produire le plan stratégique 2015-2020. Naturellement, il a fallu faire ce bilan-là pour justement corriger plusieurs difficultés, là, qu'on n'avait pas réussi à faire avec le plan stratégique 2010-2015. Mais, si vous voulez, M. Castonguay peut compléter là-dessus.

Le Président (M. Gaudreault) : M. Castonguay.

M. Castonguay (Luc) : Oui, effectivement, pour commencer l'opération de rédaction puis de réflexion autour plan 2015-2020, on a commencé par faire un bilan, je dirais, à la fois des processus puis de la nature du plan stratégique 2010-2015 et tiré un certain nombre d'enseignements qu'on a appliqués, je dirais, assez religieusement puis auxquels on a contraint à peu près tout le monde.

D'abord, on a souhaité avoir un plan qui soit plus clair et plus simple parce qu'avec un nombre d'indicateurs et un nombre d'objectifs aussi beaucoup plus limités, mais en même temps plus stratégiques en évitant les engagements de nature plus opérationnelle, ce qui appartient en fait au réseau, pour se limiter sur des indicateurs, là, de plus haut niveau, et ça, c'est un choix qu'on a fait.

Deux, on a fait aussi le choix clair de retenir des indicateurs qu'on a été capables de mesurer en temps réel, parce que, dans l'ancien plan, on est partis avec plusieurs objectifs où on avait des indicateurs, mais sans avoir la confirmation qu'on allait être capables de les compléter au plan méthodologique parce que les systèmes d'information ne nous permettaient pas de le faire à l'époque où on a développé l'indicateur.

Alors, on s'est concentrés sur des indicateurs qu'on va être capables de mesurer et dont on va être capables de rendre compte dès les premières années dans ce plan-là. Alors, ça, c'est les leçons qu'on a apprises et qu'on a mises en place, là, pour éviter de se retrouver dans des exercices où on n'est pas capables de rendre un indicateur, où on n'est pas capables d'atteindre la cible.

C'est sûr qu'il y a toujours un niveau d'ambition, hein, dans les cibles, quand on les place, et planifier une cible, c'est non pas cinq ans à l'avance, mais, en fait, c'est sept ans à l'avance parce qu'on a commencé à travailler

deux avant la fin du plan pour arriver à avoir aujourd'hui un produit, là, qui peut être déposé en 2015. Donc, il y a toujours un certain niveau d'ambition, mais on s'est assurés, par différents moyens, d'être capables de contrôler et de bien suivre ces informations-là.

Peut-être juste pour vous donner un exemple au niveau des enjeux, il y en avait six dans l'ancien plan, il y en a trois dans le nouveau plan. Au niveau des objectifs et des axes d'intervention, on a diminué les objectifs de 53 à 22 pour vraiment concentrer sur des éléments plus stratégiques, et ça se répercute aussi au niveau des indicateurs et des cibles, où on va suivre 45 cibles, là, de façon beaucoup plus précise et beaucoup plus étoffée.

• (17 h 50) •

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

Mme Lamarre : Bien, en fait, le Conseil du trésor a prévu un guide pour la gestion par résultats, là, que le ministère de la Santé et des Services sociaux applique en vertu de la loi, puis il y a un élément qui est : «[Réaliser un] bilan de l'exercice précédent...» Vous me dites que vous l'avez fait. Est-ce que ça peut être rendu public, ce bilan que vous avez fait?

M. Castonguay (Luc) : Bien, en fait, le rapport annuel 2014-2015, qui va sortir, est l'occasion, en fait, de faire ce bilan et ce retour de rétrospective, là, sur le plan stratégique, là, 2010-2015. C'est notre dernier rapport annuel de...

Mme Lamarre : Oui, parce qu'il y a quand même une grande différence entre un bilan annuel et un regard qui se pose sur cinq années, ne serait-ce que pour être capable de mieux prédire. Je sais que ce matin, quand on a travaillé, on disait : Bien, d'avoir des cibles cinq ans à l'avance, comme vous l'avez très justement dit, c'est très difficile. Mais, des fois, de dire : On va avoir des cibles intérimaires à deux ans, à trois ans, à quatre ans, bien là ça nous permet tout de suite de nous réajuster ou, en tout cas, de comprendre plus rapidement les motifs qui justifient la non-atteinte ou le dépassement des cibles qu'on s'était fixées. Donc, un bilan...

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Castonguay (Luc) : Oui. Bien, le bilan qui va être dans le rapport annuel va avoir un volet rétrospective, effectivement. Il va rendre compte de l'ensemble du plan stratégique, là, dans toute sa durée, là. Il ne fera pas tout simplement la lecture à l'année finale, là, il va porter un jugement sur l'ensemble de l'exercice.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée.

Mme Lamarre : D'accord. Je regarde un peu le dossier des IPS qui sont présentées, là, dans les priorités. Quand on regarde au niveau des indicateurs du plan stratégique, au départ, on parlait de nombre d'IPS titularisées, ça veut dire, d'après ma compréhension, qui avaient obtenu leur permis d'exercice ou, à tout le moins, qui avaient complété leur scolarité, et ensuite on a changé ça pour... on a enlevé le mot «titularisées». Et donc, à ce moment-là, est-ce que ça veut dire que, dans les statistiques, on inclut aussi celles qui sont encore candidates, qui sont encore en train d'étudier? Parce que ça, ça change la valeur du nombre qui est inscrit.

M. Fontaine (Michel) : O.K. M. le Président, en fait, le mot «titularisée», là, pour moi — puis je ferai vérifier avec les Ressources humaines pour être sûr que je ne vous induis pas en erreur — ça veut surtout dire que c'est une personne qui a obtenu un poste, que ce n'est pas... Ce n'est pas en fonction de sa formation ou non, là. C'est qu'elle a obtenu un poste, parce qu'il pourrait y avoir des IPS qui sont sur le marché, sans poste, qui ont fini leur formation puis qui n'ont pas nécessairement un poste. Le mot «titularisée», dans notre langage, traduit la situation quand la personne a obtenu un poste. Je ne sais pas si je dois avoir une précision, là, ou si c'est bien... C'est ce que je dis? C'est ça? Oui, O.K.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée.

Mme Lamarre : Donc, le nombre actuel d'IPS, en temps d'aujourd'hui, qui ont obtenu un poste, ce serait quoi? Parce que je vois... 2012-2013, c'était 145. 2013-2014 ou 2014-2015, on est à combien?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Couture (Louis) : En fait, au niveau des IPS de soins de première ligne, on en a 251 actuellement.

Mme Lamarre : 251? O.K.

M. Couture (Louis) : Oui, 251.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée.

Mme Lamarre : Bien, écoutez, c'est sûr que, quand on fait ça, on pense au budget qui va avec ça. Donc, on avait un budget de 117 millions pour 500 postes. Est-ce qu'on a dépensé le 117 millions qui était planifié, là, dans la projection 2010-2015?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre. M. Dion.

M. Dion (François) : Oui. Alors, on a la capacité de financer les postes qui ont été titularisés en cours d'exercice. On retrouve ça à l'intérieur du budget de dépenses du Fonds de financement des établissements de santé et services sociaux, communément appelé le FINESSS. Alors, ce fonds-là est assuré par la taxe santé, notamment. C'est juste pour vous situer un peu dans la démarche. Donc, ça fait partie... il y a un budget, à l'intérieur de cela, de 1,5 milliard pour l'ensemble de l'année 2014-2015.

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

Mme Lamarre : Bien, en fait, moi, ce que je vois, c'est qu'on avait 117 millions pour 500 postes d'infirmière praticienne spécialisée. Ça, c'était dans ce qu'on avait annoncé, et on le retrouve, là, dans le rapport annuel de gestion 2010-2011, à la page 13.

M. Fontaine (Michel) : Bien, M. le Président, peut-être donner une réponse plus globale, là. Les IPS qu'on a, on a le budget pour les financer, on a avait fait cette provision-là. Là, je ne sais pas les chiffres exacts, mais c'est clair qu'on a la capacité de financement, c'était mis en réserve.

Mme Lamarre : Mais, est-ce qu'on peut...

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée.

Mme Lamarre : O.K. Est-ce qu'on peut voir... Dans le fond, ce qu'on essaie de voir, là, c'est 2015-2020 ou... En 2015, est-ce qu'on a atteint les 500 qui étaient prévues? Non, je pense qu'on est à 200... Est-ce que je comprends?

Le Président (M. Gaudreault) : M. le sous-ministre.

M. Fontaine (Michel) : Non, c'est ça, on n'est pas...

Mme Lamarre : On est à 251, donc... C'est juste pour être capable de bien anticiper la provision si on veut penser d'en avoir 2 000 puis qu'est-ce qu'on vise concrètement pour le plan 2015-2020 avec le budget.

M. Couture (Louis) : ...en fait, on vise la formation de 100 IPS.

Mme Lamarre : Dans le plan de 2015-2020?

M. Couture (Louis) : C'est pour la prochaine année, je n'ai pas les données pour les années suivantes.

Mme Lamarre : Donc, 2015-2016.

M. Fontaine (Michel) : On visait, madame... M. le Président — excusez — on visait effectivement une centaine pour 2015-2016, mais la résultante qu'on a eue après qu'on a consulté les universités, les milieux de stage, c'est 60 pour 2015-2016. Puis ce n'est pas en lien spécifiquement avec le budget, c'est la capacité de formation de nos universités actuellement puis la capacité de stage dans nos milieux. Donc, on est tributaires de cette situation-là aussi, ce n'est pas juste une question de sous, là.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée.

Mme Lamarre : Mais alors le 60... Parce que, moi, ce que je comprends, c'est qu'on permet aux IPS de former d'autres IPS maintenant, elles font partie des professionnelles qui sont autorisées à former. Donc, il me semble qu'avec un bassin de 250 on devrait être capables d'en prendre de plus en plus, parce que, là, 60, ce n'est pas beaucoup, là. On est à ça actuellement, là, on est à 50, 40?

M. Fontaine (Michel) : Mais ça, M. le Président, je vous le dis, on est tributaires des universités, là. La formation, je comprends que, dans un milieu de stage, ça va, mais il y a quand même une formation théorique de base, là, qui est les cours universitaires, puis ça prend des professeurs. Puis là, si vous reprenez les mêmes IPS qu'on vient de former, qui sont rendues dans les cliniques, puis vous les ramenez à l'université, on est comme dans un cercle vicieux, là, on... Cette réponse-là, on l'a des universités, là. Ce sont les doyens de la faculté de sciences infirmières et de médecine qui nous ont donné ces... toutes ces démarches-là ont été faites avec les universités.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée, il vous reste 25 secondes.

Mme Lamarre : Donc, ce qu'on comprend, c'est que c'est au niveau du ministère de l'Éducation qu'il devrait y avoir une ouverture de budget pour pouvoir employer plus de professeurs, ouvrir plus de postes, parce qu'à 60 par an ça va prendre 33 ans avant d'arriver à 2 000.

M. Fontaine (Michel) : Non, mais on va être progressifs, là, et ce sont ces situations-là qui sont mises sur la table à régler, là. C'est multifactoriel, notre affaire, là. C'est sûr qu'on travaille avec le ministère de l'Éducation, mais on travaille aussi avec notre milieu de stage, là, c'est nous. Ce n'est pas si...

Le Président (M. Gaudreault) : Merci... Merci, merci.

M. Fontaine (Michel) : ...ce n'est pas le seul facteur.

Le Président (M. Gaudreault) : Mme la députée, je suis désolé, c'est tout le temps que nous avons, autant pour votre bloc que pour l'ensemble de la commission.

Alors, je veux vous remercier, messieurs les sous-ministres, mesdames messieurs du ministère. Alors, merci beaucoup pour votre présentation.

Il est d'usage de laisser peut-être quelques minutes de mots de conclusion pour bien ventiler sur votre expérience à cette Commission de l'administration publique...

Des voix : Ha, ha, ha!

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, si vous voulez saisir ces quelques minutes, nous pouvons vous permettre de le faire, sinon...

M. Fontaine (Michel) : M. le Président, si vous voulez...

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, je vous laisse la parole, monsieur...

M. Fontaine (Michel) : ...peut-être juste 30 secondes. Je veux juste, au nom de l'équipe ici, vous remercier, parce que nous, ça nous permet d'avancer, ces exercices-là. Contrairement, peut-être, à d'autres situations où les gens pensent que c'est une situation pénible, là, nous, on le prend toujours un peu comme le VGQ, qu'on lui disait souvent quand on a des situations : On a toujours pris ça sérieusement en compte. Et vos recommandations, soyez assurés, là, qu'on va faire les suivis appropriés puis on vous remercie de nous avoir reçus en audition aujourd'hui.

Le Président (M. Gaudreault) : Alors, merci beaucoup, M. Fontaine. Merci aussi à tous les gens qui vous accompagnent.

La Commission de l'administration publique suspend ses travaux pour quelques minutes, après quoi on va se réunir en séance de travail pour statuer sur les observations, conclusions, recommandations à la suite de l'audition. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 59)