



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mardi 5 mai 2015 — Vol. 44 N° 50

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (5) : volet Santé et 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 la santé et des services sociaux

Le mardi 5 mai 2015 — Vol. 44 N° 50

Table des matières

Santé et services sociaux	1
Discussion générale (suite)	1
Adoption des crédits	60
Documents déposés	60

Intervenants

M. Mario Laframboise, président suppléant
M. Marc Tanguay, président
Mme Marie Montpetit, présidente suppléante

M. Gaétan Barrette
Mme Marie Montpetit
M. François Paradis
Mme Chantal Soucy
M. Marc H. Plante
Mme Diane Lamarre
M. Pierre Michel Auger
M. Jean Habel
M. Amir Khadir
M. Alexandre Iracà
M. Benoit Charette
M. Sylvain Rochon

* M. François Dion, ministère de la Santé et des Services sociaux
* M. Michel Fontaine, idem
* M. Pierre Lafleur, idem
* M. Sylvain Gagnon, idem
* M. Jean Latreille, idem
* M. Dominic Bélanger, idem
* M. Luc Boileau, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
* M. Jacques Cotton, Régie de l'assurance maladie du Québec

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 5 mai 2015 — Vol. 44 N° 50

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (5) : volet Santé et services sociaux**

(Dix heures cinq minutes)

Le Président (M. Laframboise) : À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Santé et services sociaux

La commission est réunie afin de procéder à l'étude des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2015-2016

M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Simard (Charlevoix—Côte-de-Beaupré) est remplacée par M. Auger (Champlain) et Mme Hivon (Joliette) est remplacée par M. Rochon (Richelieu).

Le Président (M. Laframboise) : Merci. Puisque nous avons débuté nos travaux à 10 h 5 et qu'une période de deux heures doit être consacrée à l'étude de ce programme ce matin, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit jusqu'à 12 h 5?

Des voix : Consentement.

Discussion générale (suite)

Le Président (M. Laframboise) : Merci. Lors de la suspension de nos travaux, hier, nous avons terminé un bloc d'échange avec Mme la députée de Taillon. Nous allons donc poursuivre avec le groupe parlementaire formant le gouvernement. Je suis donc prêt à reconnaître la députée de Crémazie pour 19 minutes.

Mme Montpetit : Merci, M. le Président. Merci beaucoup. Donc, bonjour à tous. Bonjour, M. le Président. Bonjour aux collègues ainsi qu'au ministre.

Pour reprendre la discussion d'hier, j'aimerais ça, aborder un engagement qu'on n'a pas eu l'occasion encore d'aborder, un engagement électoral que le Parti libéral a pris durant la dernière campagne, soit celui de mettre sur pied 50 supercliniques. Et, afin de bien comprendre en quoi consistent ces cliniques, voici la description qui avait été faite aussi à l'époque, là, juste pour qu'on se replace sur le modèle, pour bien les différencier par rapport, entre autres, aux cliniques-réseaux et aux GMF. Les supercliniques, dans le fond, le concept, c'est de regrouper sous un même toit une équipe multidisciplinaire formée d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé, donc qui incorpore bien et fait référence à tout le concept d'interdisciplinarité qu'on essaie de mettre de l'avant. Les heures d'ouverture seront plus étendues afin d'offrir davantage de services les soirs et les fins de semaine et offriront des services avec ou sans rendez-vous, et le service sans rendez-vous sera géré à l'aide d'un système informatique particulier qui assurera une attente de moins de deux heures sur place. Des services de radiologie et des tests en laboratoire seront également offerts sur les lieux. Donc, les supercliniques permettront aux familles de consulter des médecins spécialistes directement dans la clinique.

Et je ne m'étendrai pas plus sur la présentation du modèle parce que je veux laisser toute la place au ministre de nous expliquer davantage ce modèle, dans le fond, et en quoi il se distingue de ce qui est déjà présent sur le terrain à l'heure actuelle, notamment les GMF, et je veux simplement lui rappeler ses paroles de l'année dernière lors de ce même exercice à l'effet que les supercliniques seraient inaugurées en 2015-2016. Donc, question en deux volets, dans le fond, à savoir nous éclairer sur le moment où ces premières cliniques verront le jour et également, je pense, question d'intérêt pour l'ensemble des collègues parlementaires, de quelle façon va fonctionner exactement la reconnaissance d'une superclinique, là, quelles seront les démarches pour ce faire.

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

• (10 h 10) •

M. Barrette : M. le Président, alors, je remercie la députée de Crémazie pour cette question, qui est, évidemment, dans la continuité des échanges que l'on a eus jusqu'à aujourd'hui sur le projet de loi n° 20 et la réorganisation de notre réseau à l'égard du parcours de soins des patients. Alors, c'est un élément qui n'a pas été encore abordé, mais qui a une grande importance parce qu'évidemment ce que l'on fait nécessite une certaine réorganisation dans nos infrastructures. Et, dans nos infrastructures, on a vu dans nos échanges précédents qu'il y avait une réorganisation sur le principe de l'intégration des services et des organisations dans nos installations que sont les hôpitaux, les CLSC, et ainsi de suite.

On a vu que, dans le projet de loi n° 20, il y avait des provisions qui étaient spécifiques à l'accès et on en a parlé abondamment. Je n'y reviendrai pas aujourd'hui, mais il y a une variante, il y a un élément particulier dans l'accès qui est

intermédiaire, organisationnellement et physiquement entre un GMF, un groupe de médecine familiale, qui regroupera ultimement des équipes multidisciplinaires, donc des médecins de famille et d'autres professionnels, intermédiaire entre cet endroit-là qui doit être le point d'accès principal pour la clientèle... entre cet endroit-là et l'urgence de l'hôpital, et évidemment, par la suite, l'hôpital. Et hier, dans mon dernier bloc, j'expliquais l'importance de s'adresser au mode de fonctionnement des médecins spécialistes vis-à-vis l'urgence dans un hôpital, et je pense que les gens qui nous écoutent et les parlementaires qui sont ici présents ont bien compris là où on voulait aller.

Maintenant, cet intermédiaire qui est la superclinique — pour laquelle on donnera peut-être un autre nom un jour, mais, comme c'est le nom, dans l'usage courant, qui est maintenant, à toutes fins utiles, consacré, on va rester avec ce nom-là — dans notre engagement électoral, M. le Président, en 2014, on s'était engagés clairement à mettre en place — à mettre en place, ça veut dire opérationnaliser réellement — 50 supercliniques dans notre mandat, et ça va commencer bientôt. Mais encore faut-il, pour que ces supercliniques-là voient le jour et soient opérées, qu'elles aient des critères qui vont déterminer leur mission, leur fonctionnement, mais aussi, M. le Président, leur répartition géographique, et je vous dirais que la répartition géographique, c'est peut-être un des éléments les plus importants, certainement tout aussi important que la nature des services qui vont être donnés dans une superclinique.

Bon, je recule, je fais un pas en arrière pour ce qui est du concept. Est-ce qu'une superclinique, c'est un endroit qui correspond à des services de première ligne? La réponse, c'est oui en majorité. Est-ce qu'il y a avoir des services de deuxième ligne, donc des services de médecine plus spécialisée? La réponse, c'est oui, mais plus en minorité. Et c'est un peu pour ça qu'on dit qu'une superclinique doit être un intermédiaire entre un GMF, qui est purement la première ligne, incluant les autres professionnels autour des médecins, et l'hôpital, où, là, on retrouve beaucoup plus de spécialistes, mais aussi des médecins de famille. C'est un intermédiaire qui se veut à la base, par définition, être un miroir, une alternative à l'urgence pour les patients qu'on classifie comme étant des P4 ou des P5.

Je répète, M. le Président, ce qu'est la classification. Il y a une classification de P1... P étant... P pour «priorité», de 1 à 5. 1, c'est le plus grave. Pour imager, pour donner un exemple, c'est l'arrêt cardiaque. Vous faites un arrêt cardiaque, on vous amène en ambulance en réanimation, vous êtes un P1, là, votre vie est littéralement, dans la minute, en danger. Un P2, c'est un cran en dessous, là. Un accident d'automobile, là, où vous n'êtes pas neurologiquement affecté, mais vous êtes pas mal cassé un peu partout, là, mais votre vie n'est pas en danger, vous êtes un P2. Un P3, c'est un problème intermédiaire. Mais P4, P5, là, c'est des problèmes qu'on qualifie d'ambulatoires, des problèmes qui ne nécessitent pas nécessairement une action immédiate, sur-le-champ, votre vie n'est pas en danger. Ça nécessite une attention réelle, mais qui pourrait attendre, qui ne nécessite pas d'être dans un lieu d'urgence.

Alors, les P4, P5, par définition, devraient être vus ailleurs qu'à l'urgence, et à peu près 60 %, 70 % des problèmes, des patients vus avec un problème clinique sont des P4, P5 dans nos urgences, et c'est ce qui fait, comme les urgences sont débordées parce qu'il n'y a pas assez de services à l'extérieur, qu'on a des attentes aussi élevées, comme on les connaît. Alors, les P4, P5, il leur faut une place où aller. Et les P4, P5, par définition, sont souvent des problèmes aigus qui nécessitent une approche de sans rendez-vous qui peut se régler dans un cabinet de GMF, mais souvent vont demander un niveau supplémentaire de service, notamment et particulièrement dans l'investigation. Si vous allez voir un médecin pour un problème de suivi ou un problème courant, vous n'avez pas nécessairement besoin sur-le-champ d'une prise de sang, d'une radiographie, par exemple.

Mais, pour un paquet de problèmes pour lesquels on va à l'urgence aujourd'hui, on a besoin de certains tests, des tests qui composent cette investigation-là, et les tests, actuellement, de cet ordre-là sont disponibles à l'hôpital seulement. Certains en CLSC, mais pas à des heures et au même moment où on consulte. Alors, ça pose un problème pour le patient, qui, lui, va se dire : Bon, là, j'ai un problème, là, qui n'est pas vraiment urgent, là, ma vie n'est pas en danger, mais, si je vais voir mon médecin dans son cabinet, il va m'envoyer à l'hôpital pour un autre examen, je vais aller à l'hôpital. Mais là nous, on veut changer, là, ce visage-là offert à la population, on veut que le citoyen, pour un problème de ce type-là, ait un point de chute qui ne soit pas... un point d'accès, si vous préférez, M. le Président, qui ne soit pas l'hôpital, qui ne soit pas l'urgence, qui soit la superclinique, et endroit qui permette de faire une investigation minimale.

Quand on va voir le médecin, là, on va se faire peser, on va se faire mesurer, on va se faire prendre notre pression, on va se faire prendre notre température, on va se faire regarder dans les yeux, on va se faire regarder dans les oreilles, on va se faire examiner de la tête au pied, mais ça, c'est normal, ça fait partie de la routine. Tous les médecins en GMF vont faire ça ou en partie, mais ils sont équipés pour faire ça. Mais rares sont ceux qui ont une prise de sang, une radiographie... Une radiographie, il y en a beaucoup quand même, mais certainement pas l'échographie et certainement pas l'accès à une spécialité de base. Une superclinique devra offrir ça, miroir de l'urgence.

Ça veut dire que, pour un problème qui, aujourd'hui, demande encore d'aller se présenter à l'urgence pour être investigué correctement et avoir un traitement approprié, diagnostiqué, et ainsi de suite, bien, il faut aller à l'urgence. Et, aujourd'hui, nombre de patients vont voir leur médecin dans leur GMF, et ils sont référés à l'hôpital pour avoir une échographie. Et là qu'est-ce qui se passe dans la vraie vie, le patient part avec une prescription donnée par son médecin, qui a bien fait son travail — il n'y a pas de faute puis il n'y a pas de ralentissement là, c'est vraiment la chose à faire — il part avec une prescription puis il s'en va à l'urgence, et là il dit au médecin de l'urgence, qui est un autre médecin de famille : J'ai été vu pour telle chose, et puis on me recommande d'avoir une échographie. Il est revu une deuxième fois, et là on demande une échographie. Puis, si c'est demandé à la fin de la journée, ça va être fait le lendemain. Et là le patient attend, a un résultat, retourne au premier médecin, et ça suit son cours. À sa face même, M. le Président, c'est un dysfonctionnement, et notre réseau ne devrait pas faire vivre ce parcours-là aux citoyens. Alors, les supercliniques sont faites pour offrir ce service-là, équivalent à l'urgence jusqu'à un certain niveau. Parce qu'il est possible qu'après cette investigation-là locale le patient ait besoin d'aller quand même à l'hôpital, il va devenir un P3 ou un P4, là, ça existe, ça. Mais, dans l'immense majorité des cas, il va rester là.

Bon, je disais, M. le Président, que c'était le miroir de l'urgence. C'est le cas, je viens de vous l'expliquer. Mais, en plus d'être le miroir de l'urgence, il faut que le miroir soit adapté à la population. Adapté à la population, ça veut dire qu'il doit y avoir accès à certaines spécialités, spécialités qu'on définira en fonction des besoins locaux de la population. Dans un quartier plus défavorisé, où il y a plus de maladies pulmonaires, il y a plus de fumeurs, il y a plus d'asthmatiques, par exemple, il y a plus de problèmes digestifs, bien là on voudra avoir des spécialistes de ce secteur-là. Dans une région où la population est majoritairement ou presque totalement... une banlieue, par exemple, composée de gens d'âge moyen ou plus jeunes avec des jeunes enfants ou des enfants d'âge moyen, bien, on aura besoin de plus, par exemple, de gynécologues pour les femmes, par exemple, ou de pédiatres pour les enfants. On n'aura pas besoin nécessairement des mêmes spécialités dans tous les endroits, mais ce sera utile d'avoir certaines spécialités dans ces supercliniques-là pour le lien, l'appui à la première ligne.

• (10 h 20) •

Mais, par-dessus tout, les examens qui sont aujourd'hui essentiels au fonctionnement du médecin de famille plus complexes qu'une radiographie d'un poignet ou d'une cheville, bien, ils doivent être disponibles, et ça, c'est la prise de sang gratuite et l'échographie. On comprend que, dans les GMF et dans les cliniques-réseaux, il y a la radiographie de base. La base, là, c'est des radiographies simples, une radiographie du poumon pour voir si on a une pneumonie, une radiographie d'une articulation quand on a une fracture, par exemple. Mais aujourd'hui, dans le pain quotidien d'un médecin, on en arrive à avoir besoin presque tout le temps de l'échographie. Ça doit être rendu disponible et ça le sera dans les supercliniques.

Maintenant, je dis adapté à la population en services, comme je viens de l'expliquer, mais adapté à la population aussi en termes géographiques, et les supercliniques doivent être distribuées sur le territoire en fonction de la distribution de la population. Là où il y a des gens en quantité adéquate, une superclinique doit exister, entourée de GMF. Et c'est la raison pour laquelle on vise à avoir un ratio de une superclinique par 50 000 à 70 000 personnes, 50 000 quand on est dans un quartier plus défavorisé, évidemment, 70 000 quand on est dans un quartier où les problèmes de santé sont moins prévalents. Et ça, c'est normal parce que, si on consomme plus pour des raisons justifiées dans un quartier, bien, on met un ratio qui est inférieur.

Alors, nous, notre rôle — et c'est ce que l'on fait actuellement avec les fédérations médicales — on a commencé des travaux, M. le Président, visant à distribuer géographiquement, correctement ces supercliniques-là sur le territoire des grandes agglomérations. Alors, quand je dis que ça en prend une pour 50 000, on comprend qu'à Marieville, là, ou à Saint-Rémi, dans Bellechasse, il n'y en aura pas nécessairement une, superclinique, parce que la densité de population ne le justifie pas, c'est un GMF qui va être là. Mais, dans les grands centres, Trois-Rivières, Sherbrooke, Québec, Montréal, et ainsi de suite, Rimouski, il y en aura — Trois-Rivières — c'est essentiel, et ça, ça va permettre de désengorger les urgences.

Ces supercliniques-là seront entourées géographiquement de GMF qui, eux, ont un ratio moindre et une mission de plus grande proximité. Alors, les GMF seront les éléments de proximité absolus, avec un intermédiaire de proximité qui est la superclinique. Et après il y a les hôpitaux, qui, eux, sont territorialement distribués, mais ils ont une certaine distance, évidemment, du domicile des gens. Et les supercliniques, bien, elles sont dans le réseau, sont organisées avec l'hôpital, recevront toutes les données de l'hôpital et seront déployées de concert avec les médecins eux-mêmes.

Et ça, ça va se faire rapidement. Et, pour répondre précisément à la question : Quand?, dès cette année. Dès 2015, les premières supercliniques seront annoncées. Je vous dirais, M. le Président, que je suis heureux d'en parler parce qu'on me demande même, du côté médical, d'accélérer. Et la raison pour laquelle il y a pas un frein, mais il y a une petite attente, c'est que les supercliniques doivent répondre à des critères comme ceux que je viens de vous dire, là. Et ça, c'est dans le cadre de gestion des GMF, auquel référerait avec insistance la députée de Taillon hier. Et cette négociation-là est presque terminée, et la partie superclinique l'est aussi. Alors, nous serons bientôt en mesure de publier, rendre public le cadre de gestion des GMF au complet, qui inclura les supercliniques, parce que les supercliniques, M. le Président, seront en partie des GMF, mais en partie du sans rendez-vous, le sans rendez-vous, qui prendra le débordement des GMF. Alors, ça, ça s'en vient, là, c'est là, là, c'est maintenant. Et, si je me fie à ce que le milieu médical m'annonce, les supercliniques, ils vont aller pas mal plus vite je m'attendais, d'une part, et il y en aura probablement plus que ce que l'on a annoncé dans notre programme électoral. J'espère que ça répond, Mme la députée, à votre question.

Mme Montpetit : Oui, absolument.

Le Président (M. Laframboise) : Mme la députée de Crémazie. Pour une minute, pour une minute.

Mme Montpetit : Pour une minute? Est-ce qu'on peut reporter le temps, peut-être? J'aurais une question qui continuerait dans la même veine pour la suite, mais je la reporterais sur le prochain bloc.

Le Président (M. Laframboise) : Parfait, on reportera.

Mme Montpetit : Merci.

Le Président (M. Laframboise) : Donc, je vais maintenant céder la parole au représentant de la deuxième opposition, le député de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Pour les besoins de la cause, M. le Président — et je vous salue — je demanderais à ma collègue députée de Saint-Hyacinthe de s'adresser à la commission, s'il vous plaît.

Le Président (M. Laframboise) : C'est un grand plaisir. Mme la députée de Saint-Hyacinthe.

Mme Soucy : Merci, M. le Président. Alors, bonjour, M. le ministre, les gens qui l'accompagnent, mes collègues du gouvernement, mes collègues de l'opposition officielle. Alors, vous êtes tous salués.

J'aimerais parler de la disparité des budgets régionaux en santé. Alors, M. le Président, dans certaines régions de la province, il y a un surplus relatif aux ressources financières dans certains programmes, alors que d'autres, comme la Montérégie, les Laurentides, Lanaudière, sont plutôt sous-financées. Il y a des inégalités entre les citoyens selon la région où ils habitent. Le ministère de la Santé documente depuis 1993 les disparités entre les régions de la province. En tenant compte de différents facteurs indépendants, socioéconomiques, démographiques, le ministère en arrive à plusieurs conclusions dans son bilan daté du 12 février 2015. Ces disparités sont parfois difficiles à accepter dans certaines régions. Vous comprendrez que je suis ici pour vous parler de la Montérégie, qui, rappelons-le, est la région la plus sous-financée de tout le Québec. En tenant compte de certains facteurs, dont la population, les allocations de ressources et des besoins, des comités d'experts sont venus à la conclusion que la région de la Montérégie a un déficit relatif de ressources d'environ 137 millions par rapport aux autres régions en 2014-2015, dont 39 millions en santé physique et 34 millions en santé mentale. En 2013-2014, ce déficit était de 97 millions. Alors, M. le Président, la situation s'est détériorée depuis un an.

En Montérégie, l'accès aux soins de santé est plus difficile qu'ailleurs. J'ai quelques données pour bien comprendre l'ampleur du problème. En Montérégie, la moyenne du temps d'attente dans les urgences est près de 19,6 heures, une augmentation, M. le Président, de 26 minutes par rapport à l'année dernière, ce qui est plus élevé que la moyenne provinciale. Des milliers de patients quittent les urgences de la région sans avoir vu un médecin. Je sais très bien que le ministre va nous dire qu'avec l'adoption du projet de loi n° 20 tout va rentrer dans l'ordre. Sincèrement, je le lui souhaite et je le souhaite particulièrement à toute la population du Québec. Par contre, je peux vous dire qu'à Honoré-Mercier 80 % des gens qui quittent l'urgence ont déjà un médecin de famille, mais inaccessible au moment où le patient en a de besoin. Par contre, même avec l'accessibilité miraculeuse que le ministre nous promet, le problème de la disparité va rester un problème, M. le Président.

Alors, je suis ici pour défendre mes citoyens et je ne peux pas accepter, M. le ministre... M. le Président, mais j'aimerais ça que M. le ministre entende bien les raisons pourquoi je suis ici, hein? Je disais, M. le Président, que je suis ici pour défendre les citoyens de ma circonscription puis que je ne peux pas accepter qu'il y a 1 511 patients qui sont en attente d'une chirurgie à Saint-Hyacinthe. Il faut noter que c'est 131 patients de plus qu'il y a six mois, ce qui n'a aucun bon sens. Je ne peux pas croire que les ministres se sont succédé, et il n'y en a pas un qui a agi pour rétablir cette inéquité qu'il y a en Montérégie.

Nous savons que les budgets sont attribués sur une base historique. Nous savons également que la distribution des spécialistes était inéquitable jusqu'à tout récemment. Nous avons réussi, dans le 450, à rapatrier les spécialistes depuis environ cinq ans. Par contre, je tiens à vous mentionner que nous avons 41 spécialistes de plus à Honoré-Mercier depuis cinq ans, et aucun budget n'a suivi. Aujourd'hui, là, en date du 5 mai 2015, on fait quoi, M. le Président? L'hôpital à Saint-Hyacinthe vient d'embaucher un orthopédiste, deux radiologistes, deux pneumologues et une gynécologue qui entreront en fonction d'ici le mois d'octobre prochain. L'hôpital n'a pas le budget pour leur fournir des bureaux, du personnel administratif, du personnel soignant. Ça va bien, M. le Président! Vraiment, on a des spécialistes, on ne peut pas leur donner les outils pour qu'ils travaillent.

• (10 h 30) •

Malgré tout, M. le Président, le personnel d'Honoré-Mercier — puis je pense particulièrement à ceux de l'urgence — continue et ne baisse pas les bras. Mais la situation est inquiétante, M. le Président. Pour l'ensemble du Québec, il y a 20 000 patients qui attendent leur chirurgie depuis six mois, dont 7 000 depuis plus d'un an.

En Montérégie, les délais sont particulièrement longs. À Longueuil et à Saint-Jean-sur-Richelieu, le problème, c'est qu'ils se ramassent souvent... les patients se ramassent souvent à Saint-Hyacinthe. Alors, le problème est exponentiel à Saint-Hyacinthe année après année. Alors, il est important de mentionner également qu'il y a 1,5 million de personnes qui habitent dans la région de la Montérégie. Selon les données du ministère de la Santé, extrait du 10 mars dernier, plus de 193 000 patients se sont inscrits sur une liste d'attente pour être pris en charge par un médecin de famille en Montérégie depuis l'instauration des guichets d'accès. De ce nombre, plus de 75 000 résidents sont toujours en attente pour trouver un médecin de famille. Il s'agit de la pire région du Québec, incluant Montréal. En Montérégie, toujours en Montérégie, 7 800 personnes attendent actuellement pour un examen de résonance magnétique. De ce nombre, 4 181 attendent depuis plus de trois mois. La situation s'est dégradée, M. le Président, dans ces deux situations depuis quatre ans.

Au 31 mars 2014, selon les dernières données disponibles du ministère de la Santé, il manquait 204 médecins et 240 infirmières, 46 infirmières auxiliaires et 102 préposés aux bénéficiaires pour combler les besoins en Montérégie. Près de 600 personnes étaient et sont en attente d'une place dans les CHSLD en Montérégie. Alors, vous voyez, M. le Président, que la Montérégie est sous-financée, et ça cause d'énormes problèmes d'accessibilité de toutes sortes, et que les médecins, ils ont beau faire leur possible, mais, à un moment donné, faute de ressources, ils ne sont plus capables. Alors, il faut agir urgemment.

Le 19 février dernier, nous avons pu voir à Radio-Canada un reportage qui avait été diffusé sur les disparités. Questionné sur cette injustice, le ministre de la Santé promet de s'attaquer aux problèmes de disparité, et je le cite : «Ça fait plusieurs années que ça dure, et il y a eu des tentatives dans le passé d'équilibrer les choses. Mais [rien n'a été fait], le financement d'activités, c'est l'ultime dans la façon de gérer les dépenses. Ça responsabilise aussi les gens.»

Alors, M. le Président, ma question à M. le ministre : Comment le ministre de la Santé attend-il... pour ramener l'équité entre le financement des régions du Québec? Et ma sous-question : Le ministre peut-il s'engager à rétablir l'équité en Montérégie durant son mandat, son premier mandat?

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

M. Barrette : M. le Président, je remercie des encouragements implicites que la députée vient de me faire pour m'inviter à faire un deuxième mandat. Je suis quand même content de son encouragement et de la confiance qu'elle met dans notre gouvernement à faire un deuxième mandat. Alors, je vais quand même répondre, effectivement, dans cette optique-là.

M. le Président, je souscris entièrement à la responsabilité qu'on doit avoir, comme gouvernement et comme parlementaires, de s'assurer à ce que toute la population au Québec, et particulièrement aux gens de Montérégie... Je suis aussi, moi, représentant d'un comté montérégien, alors je comprends très bien et j'appuie sa demande, ses remarques. Évidemment, avec une réserve, on est là pour tout le Québec, là, comme gouvernement, et on doit traiter tout le monde équitablement.

Ceci dit, M. le Président, la députée, notre collègue, a fait quelques affirmations qui viennent probablement de sources non gouvernementales et qui, malheureusement, sont sans doute imprécises involontairement, et je voudrais quand même préciser un certain nombre de choses. Premièrement, M. le Président, c'est notre gouvernement — et la députée y a fait référence spécifiquement, là — qui a commencé des démarches pour rééquilibrer le financement entre les régions. Elle y a fait référence elle-même, depuis cinq, six années, là, c'est le terme qu'elle a utilisé, il y a un rattrapage qui se fait. Elle estime, M. le Président, que l'hôpital de sa région n'a pas sa juste part, et je vais m'y adresser spécifiquement, et je vais le prendre quand même de façon générale parce que ce qu'elle décrit est, malheureusement, impossible. Et c'est pour ça que la source est peut-être les gens de l'hôpital qui sont insatisfaits parce que tout le monde est toujours insatisfait, c'est un peu la norme humaine qui est qu'on voudrait toujours avoir l'idéal et mieux, mais, quand on ne l'a pas, on en voudrait plus et on exprime une insatisfaction. Mais, dans les faits, on a commencé un exercice, notre gouvernement, il y a, effectivement, cinq, six ans, pour récupérer, rétablir les écarts de financement, et ça se fait à petits pas, en fonction des capacités budgétaires de l'État, et, aujourd'hui, près de 50 % de ces écarts-là ont été corrigés.

Ceci dit, M. le Président, ça ne sera jamais égal parce que c'est impossible. Il est bien connu — et je vais vous expliquer pourquoi c'est impossible — que nous nous dirigeons, par engagement électoral et par conviction... à se diriger vers un mode de financement qui va s'éloigner du budget historique vers un financement à l'activité. Pourquoi? Précisément pour corriger à la base, dans la mécanique intrinsèque même du financement, les inéquités interrégionales. Le financement d'activités, ça prend un certain temps à mettre en place. Et une activité, qu'elle soit donnée à Montréal, ou en Montérégie, ou à Sept-Îles, ou à Rouyn-Noranda, bien, cette activité-là sera financée à la même hauteur, moyennant un coefficient dû à la distance. Pour caricaturer, tout le monde comprendra, parce que c'est de connaissance commune, que donner un service à Kuujuaq, ça coûte beaucoup plus cher qu'à Montréal. Mais, à la base, c'est le même service, c'est le même coût de base qui doit être ajusté pour des facteurs de distance. La pinte de lait coûte plus cher à Kuujuaq qu'à Montréal parce qu'il faut la transporter, mais, à la source, c'est le même prix. C'est la même chose pour les services médicaux, il y a un financement de base qui doit être le même, et, particulièrement dans la grande région métropolitaine, bien, c'est évident que le coût à Saint-Hyacinthe, à Honoré-Mercier, là, il est le même qu'à Montréal, il n'y a pas de coût différencié.

Mais, ceci dit et ceci pris en considération, ça démontre quand même... Non, ça ne démontre pas, mais il est possible de démontrer — ce que je vais faire à l'instant — qu'il est impossible d'avoir un financement per capita identique. Il est possible d'avoir un financement par services identiques, mais pas per capita. Et les statistiques qui sont invoquées par la députée sont des statistiques régionales, donc per capita. Et ça, ce n'est pas possible. Pourquoi? Parce qu'il y aura toujours dans certaines régions des services médicaux ultraspecialisés, concentrés dans certaines régions, qui coûtent cher, qui entraînent des dépenses supplémentaires, qui viennent changer à la hausse le ratio per capita d'une région par rapport à l'autre. Ne serait-ce que pour les activités universitaires, et autres, de pointe, dont l'enseignement et la recherche, Montréal aura toujours une dépense per capita plus grande que la Montérégie, plus grande que Laval, plus grande que les Laurentides, et ainsi de suite.

Bien, je vois l'interrogation qui est exprimée par la députée, que je comprends comme interrogation, elle me demande pourquoi. Parce que — et là je vais prendre un exemple spectaculaire — la transplantation cardiaque qui se fait aujourd'hui, maintenant, depuis maintenant deux semaines au CUSM, au site Glen et à l'Institut de cardio, par exemple, ne se feront jamais à Saint-Hyacinthe, jamais. Alors, c'est sûr que, pour la région de Montréal, ce coût-là s'ajoute aux coûts de base, qui, eux, sont les mêmes à Saint-Hyacinthe per capita qu'à Montréal. Alors, obligatoirement, le ratio est plus grand, la dépense per capita sera toujours plus grande, par exemple, à Montréal et à Québec. Si je prends Québec, bien, la dépense per capita sera toujours plus grande dans la région 03, qui est la région de la Capitale-Nationale, par rapport à la région en face, Chaudière-Appalaches, l'autre bord du fleuve, qui est à 10 minutes d'auto, parce qu'hôpitaux universitaires et ce qui vient avec... Par contre, les asymétries auxquelles fait référence la députée, elles seront corrigées par le financement à l'activité.

Maintenant, ce qui n'est pas exact non plus dans les propos de notre collègue députée... J'oublie le comté, là, c'est...

Une voix : ...

M. Barrette : ...Saint-Hyacinthe. Alors... Non, mais c'est parce que, là, je me mélange dans *Yamaska*... En tout cas, bref, c'est des émissions de télévision qui me perturbent. Alors, M. le Président, quand on amène un spécialiste au Québec et qu'on l'autorise à aller pratiquer comme une nouvelle pratique dans un hôpital, le budget vient avec, le budget d'opération des services hospitaliers. Mais je dirai à la députée de Saint-Hyacinthe que... Rappelons-nous que, dans la tarification des médecins, il y a une tarification pour les bureaux. Et ce n'est pas une obligation pour l'hôpital de fournir un bureau et le personnel, alors que le médecin a la capacité d'ouvrir son bureau. Et de dire que le médecin ne peut pas

pratiquer à l'hôpital à cause du bureau, c'est inexact. Mais, s'il a besoin d'éléments techniques, il les a. Mais je continuerai à la prochaine question parce que je comprends votre signe.

• (10 h 40) •

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

Mme Soucy : Merci, M. le Président. Je veux juste rétablir les faits. On ne demande pas plus, puis ce n'est pas parce que l'hôpital et les gens de l'hôpital chialent pour chialer, mais, écoutez, Montréal... Vous dites : On ne peut pas avoir le même budget que Montréal. On a des aussi bons spécialistes qu'à Montréal, que les centres universitaires, donnez-nous les moyens, puis ils vont pouvoir pratiquer. Là, ils n'ont pas les moyens. Ça fait que ça va de soi, pas les moyens, ils ne peuvent pas opérer, les spécialistes, bien, ils ont tendance à plus aller vers les centres universitaires. Alors, donnez-nous les moyens, puis on va vous prouver qu'on est capable de faire aussi bien que Montréal.

Alors, M. le Président, je voudrais revenir... le 6 juin 2014, j'ai interpellé le ministre sur la problématique de l'urgence de Saint-Hyacinthe. Je vais rappeler brièvement les faits. La salle de traumatologie et l'urgence ne sont pas conformes aux normes. Par conséquent, il arrive qu'il n'y a pas d'autre choix que de faire cohabiter des personnes atteintes d'un cancer avec les patients contagieux. Souvent, un seul rideau les sépare. Le directeur de l'hôpital écrivait d'ailleurs en 2010 : «Nous avons une salle d'urgence qui ne correspond plus aux nouvelles normes, et le personnel doit travailler dans un environnement qui n'est pas souhaité.»

Alors, en 2009, la direction de l'hôpital a déposé un projet d'agrandissement de l'urgence que le ministre a eu entre les mains, puisque je lui ai remis. Le projet d'agrandissement de l'urgence est sur la table depuis 2009, M. le Président. Vous comprendrez que les agriculteurs, les entrepreneurs de ma circonscription ont d'autres choses à faire qu'attendre parfois une opération qui... Ils attendent un an parfois pour une opération. Alors, tu sais, je veux bien croire, là...

Une voix : ...

Mme Soucy : Pardon?

Le Président (M. Laframboise) : Il reste...

Mme Soucy : Ah! O.K. Bien, écoutez, monsieur connaît la problématique de l'urgence de Saint-Hyacinthe pour lui en avoir parlé à plusieurs reprises. On a constaté, là, qu'il n'apparaissait pas à votre PQI de 2015-2025. Alors, le ministre peut-il s'engager à réviser sa décision pour l'agrandissement de l'urgence Honoré-Mercier pour qu'elle apparaisse à son PQI?

Le Président (M. Laframboise) : Vous avez 50 secondes.

M. Barrette : Ah! j'ai 50 secondes?

Le Président (M. Laframboise) : Oui.

M. Barrette : Mon Dieu! C'est un bloc de 19 ou de 20 minutes?

Le Président (M. Laframboise) : C'était 20 minutes.

M. Barrette : Ah! O.K. Alors, parfait. Alors, je vais faire la même réponse qu'hier, M. le Président, parce que je n'ai pas le choix. Les dossiers, dans le Plan québécois d'infrastructures, sont traités en fonction d'une priorisation qui, elle, se fait en fonction de la vétusté et des besoins. Et je ne conteste pas la démonstration qui est faite par la députée de Saint-Hyacinthe, M. le Président, qui, d'ailleurs, est dans le même esprit que la même question à laquelle j'ai répondu de sa collègue la députée de Repentigny, qui faisait le même argumentaire, mais, face au grand déficit que le Parti québécois nous a laissé, on doit prioriser...

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

M. Barrette : Et ça sera une priorité éventuelle, mais ça doit suivre une séquence.

Le Président (M. Laframboise) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Crémazie — merci beaucoup, M. le ministre — pour une période de 20 min 50 s.

Mme Montpetit : Je vous remercie. Si le ministre souhaite compléter sa réponse, il peut prendre du temps sur le bloc de la partie ministérielle.

M. Barrette : Oui? O.K. Sur le projet de loi n° 10 ou sur la précédente?

Une voix : Sur la question de la députée de Saint-Hyacinthe.

M. Barrette : O.K. Alors, je vais la compléter parce que je pense que c'est important pour la population et tout le monde ici, dans cette salle, de comprendre que les décisions... Et je l'ai dit hier, je vais me répéter, c'est le plus grand enjeu dans notre réseau, l'enjeu des infrastructures. Et je suis d'accord, je le répète, avec l'argumentaire que la députée de Saint-Hyacinthe a fait pour son hôpital. Malheureusement — et je le dis, là, de la façon la plus sentie possible — malheureusement, c'est un discours qu'on peut tenir en changeant le nom de l'hôpital. On vit ça, là, dans de nombreux hôpitaux. Et, à un moment donné, on a notre capacité budgétaire, et on doit ordonnancer les projets, et, à un moment donné, il y a des arbitrages qui doivent se faire.

J'ai déjà répondu à la députée de Saint-Hyacinthe que, oui, c'est un dossier qui devait cheminer le plus rapidement possible, mais il n'en reste pas moins qu'on a l'obligation de travailler à l'intérieur de notre budget et on fait des choix, et, à un moment donné, là, on doit choisir entre un hôpital, une maison de soins palliatifs, un CHSLD, une urgence. C'est des choix extrêmement difficiles à faire, que l'on essaie de faire de la façon la plus apolitique possible, et, à la fin, là, il y a quelqu'un, là, qui se dit : Bien oui, mais moi aussi, j'aurais aimé ça, être là, avant l'autre à côté. Les décisions se prennent, le PQI qui est là, il est basé sur ces raisons-là. Et je suis très à l'écoute des revendications de tout le monde, incluant celles de la députée de Saint-Hyacinthe, et je réitérerai que les PQI sont ajustés à chaque année. Alors, les PQI, c'est 2014-2024, 2015-2025, 2016-2026, et ainsi de suite. Alors, il est là en quelque part dans la liste, il monte, il monte, il monte, il va apparaître, et ça sera toujours un plaisir pour moi de discuter avec tout le monde, tous les représentants, tous les parlementaires, pour ajuster ultimement ultérieurement les PQI. Celui de 2015-2025 a été annoncé et il sera exercé.

Le Président (M. Laframboise) : Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Parfait. Alors, dans le cadre des réponses et des explications qui ont été données sur le projet de loi n° 20 et sur les mesures qui vont être mises en place pour améliorer l'accessibilité aux médecins de famille, on a abordé la question de la mise en place des cibles pour les médecins de famille, l'augmentation de la productivité de ces médecins, l'assiduité, et un enjeu demeure, là, c'est la question de la prise de rendez-vous, la prise de rendez-vous qui demeure un irritant, je pense, dans la vie de tout patient, de tout citoyen qui souhaite prendre un rendez-vous, là. C'est plus facile de réserver un billet d'avion en trois clics pour l'autre bout de la planète que de prendre un rendez-vous avec un médecin de famille. Il faut se présenter, les cliniques ont des horaires différents sur du sans rendez-vous, certaines à 7 heures, certaines à 8 heures. Si on arrive à 8 h 2, les rendez-vous sont complets. Des fois, c'est un bloc le matin; des fois, un bloc l'après-midi. En tout cas, très complexe, et je pense que c'est certainement un frein majeur à la question de l'accessibilité aux médecins de famille. Et, dans le contexte, justement, de toute la révision, je voudrais savoir si, à ce problème spécifique, il y a des mesures qui seront mises en place, dans le fond, une solution universelle, équitable pour l'ensemble des cliniques, en fait, du Québec.

• (10 h 50) •

M. Barrette : Ça va? Vous avez terminé votre question? Oui. Alors, merci pour la question. M. le Président, c'est une question qui est très pertinente parce que, dans le grand sujet qui est celui de l'accès, que l'on traite maintenant pas mal dans le détail, il y a un autre élément. On a parlé des supercliniques tantôt assez en détail, et il y a un autre élément qui était... c'est la dernière pièce du puzzle. La dernière pièce du puzzle vue de l'angle du citoyen, M. le Président, c'est, évidemment, la façon de prendre un rendez-vous, et ça, je fais le lien avec tout ce que j'ai dit précédemment sur l'offre de services. L'offre de services, ce sont les rendez-vous. Vu de l'angle du patient, l'offre de services que lui veut voir, c'est une offre de services des plages de rendez-vous accessibles en tout temps.

Mais, quand je dis ce que le citoyen veut voir, l'élément moteur ici, c'est voir. Le patient, là, idéalement, là, il voudrait voir des plages de rendez-vous, comme ça se fait ailleurs dans le monde. Ailleurs dans le monde, là, on peut aller, en général, sur un site Internet, une grille de rendez-vous de notre propre médecin, et prendre un rendez-vous électroniquement. Ça se fait, des compagnies privées le font actuellement au Québec. Et ça, cet élément-là, ça tombe dans la catégorie à cheval sur la pratique du médecin, mais du dossier médical électronique.

Je fais le lien volontairement parce que le patient, là, je pense qu'il aimerait voir son dossier aussi. Il aimerait, le citoyen, là, que lui ait l'impression de contrôler sa vie, là, qu'il ait un mot à dire, qu'il puisse avoir devant lui un univers qui n'est pas l'inconnu, qu'on lui dise : On va organiser le système pour vous prendre par la main puis que votre parcours de soins soit adéquat, mais qu'en même temps on puisse lui dire que, dans les points d'entrée puis dans les points de gestion personnelle, là, bien, il puisse avoir la capacité de le faire. Puis, par analogie, là, aujourd'hui, M. le Président, le citoyen moyen qui est à l'aise avec un ordinateur a plus de possibilités bancaires et financières à sa portée pour ses affaires personnelles qu'en santé, où ça se résume, grosso modo, à zéro possibilité.

Encore aujourd'hui, M. le Président, il y a des gens qui sont gênés d'avoir accès à leur dossier alors que, dans la loi, c'est très clair, là, ils y ont droit, point. Mais essayez d'avoir accès à votre dossier, en général vous allez trouver des obstacles. Il va y avoir une attitude, même, qui va vous dire : Bien non, vous êtes sûr? Bien non, on ne peut pas donner ça. Puis il y a des places qu'on va vous charger pour avoir une copie de votre dossier, tu sais. Mais, quand c'est le temps, par exemple, d'aller voir votre compte de banque, puis d'aller calculer un prêt, puis de regarder votre marge de crédit, puis de payer votre carte de crédit, là, vous allez sur un site Internet, puis vous avez tout ça, vous avez 12 mois avant, puis vous faites des tableaux, puis vous faites des rapports, puis vous imprimez... Non, en santé, on ne peut pas, c'est comme ça. Bien, je pense que ça devrait changer.

Alors, aujourd'hui, qu'est-ce qu'on fait pour la prise de rendez-vous? Ce que l'on fait, c'est qu'on est actuellement, au moment où on se parle, en appel d'intérêt auprès de l'industrie pour faire en sorte que l'on puisse, dans les prochains 18 mois, mettre en place un système national de prise de rendez-vous. Et ça, ça veut dire que l'on a comme objectif d'avoir la possibilité comme gouvernement de voir l'offre de services affichée par les médecins. C'est ça qu'on veut voir, on veut...

Quand je vous disais, là, hier et avant... bien, dans les deux dernières séances, quand je disais : Cinq jours semaine, 40 semaines par année, 20 rendez-vous par jour, là, bien, comme dirait le monologue, on veut le voir, puis on aimerait ça que le patient le voie. Peut-être pas tous les rendez-vous, évidemment, parce qu'il y a quand même des rendez-vous qui doivent se céder à l'avance parce que c'est des suivis de pathologies chroniques qui sont difficiles à gérer dans certains cas. Pas toujours, mais dans certains cas.

Mais on veut que le patient puisse, au Québec, voir les disponibilités de son GMF, mais aussi voir les disponibilités de la clinique-réseau, la superclinique dont je parlais tout à l'heure. Parce que, quand le GMF n'a pas de place, là, bien, il faut un point de chute qui ne doit pas être l'urgence, mais bien la superclinique. Et ça, ces rendez-vous-là, qui sont du sans rendez-vous, on veut qu'ils soient visibles pour que deux choses arrivent : pour que le patient puisse aller voir là-dessus s'il y a de la place pour ne pas aller à l'urgence, mais pour que, s'il va à l'urgence, on puisse dire au patient : Bien, vous avez de la place pas loin de chez vous, là, pourquoi engorger l'urgence? De l'accès de proximité, M. le Président, c'est ça qu'on veut.

Alors, actuellement, on est en appel d'intérêt et on ira en appel d'offres pour faire ça. Et ça va se faire parce qu'il y a déjà des produits qui peuvent le faire. Et ça, là, au Québec, en soi, c'est une minirévolution. Mettez ça dans le cadre de l'accès adapté, là, qui, par définition, M. le Président... L'accès adapté, là... Dans la littérature scientifique, là, pour être en accès adapté, normalement, là, on est capables de donner les rendez-vous en dedans de trois jours, à moins que ce soit un rendez-vous périodique parce qu'on est un insuffisant cardiaque dont on doit ajuster la médication aux trois mois, là. Bon. Mais, pour un problème commun, là, les P4, P5, là, normalement, là, vous devriez être vu en dedans de trois jours, peut-être même la journée même. Bien, ça, c'est faisable quand on a un accès qui est sur un site Internet.

Moi, M. le Président, j'ai travaillé dans un milieu comme ça quand j'ai fait mes... Ça fait longtemps, là, ça remonte dans les années 90, M. le Président. Puis, à cette époque-là, là, où j'étais aux États-Unis, là, les docteurs, ils avaient l'obligation de mettre sur un site Internet... Puis l'Internet, à cette époque-là, ça commençait, M. le Président, c'était le début, mais là ils étaient... Puis, encore là, aujourd'hui, c'est mur à mur, ils sont obligés de mettre 23 rendez-vous par jour, minimum, affichés, ouverts au public. Le public regarde ça comme un billet d'avion, M. le Président, comme un billet d'avion. Je comprends que tout le monde ne réserve pas en ligne un billet d'avion, mais c'est comme le compte de banque. Bon, je comprends que tout le monde n'a pas un compte Internet de banque. Je ne sais pas quel exemple que je peux faire, mais je... Comme l'Internet ordinaire, on peut aller chercher n'importe quoi, là, en cliquant, là. Bien, aujourd'hui, on peut prendre un rendez-vous, n'importe quoi, n'importe comment, n'importe où sur un site Internet. On va faire ça. Ça sera une obligation s'il le faut parce que la population a besoin de ce genre de choses là.

Alors, on est en appel d'intérêt. À la question qu'on me pose précisément, la démarche est commencée. La démarche est commencée pour faire en sorte que, dans les 18 prochains mois, ça soit en fonction. Alors, ça, ça veut dire que le citoyen, là, quand il voudra avoir un rendez-vous avec son GMF, son médecin de famille, son groupe, son équipe... Son équipe, normalement, là, elle devrait être capable de lui donner un rendez-vous en dedans de trois jours. Il n'y a pas de place aujourd'hui? Clinique-réseau sans rendez-vous, 100 % pour la partie non GMF. Un volume, là, c'est un point de chute qui est fait spécifiquement pour ne pas aller à l'urgence avec l'investigation possible : radiographies simples, prises de sang, échographies. C'est un gros changement par rapport à aujourd'hui, ça. Il n'y a personne qui a proposé ça avant nous autres, là. Puis que personne ne vienne nous dire que c'était dans les cartons, là. Ces éléments-là ont été véhiculés par le FMOQ — pas dans la même formule, évidemment — et ça a été refusé par Réjean Hébert à l'époque, par le Parti québécois, ils ne trouvaient pas ça bon. Pourtant, c'est comme ça que toute la planète fonctionne aujourd'hui, occidentale. On ne parle pas ici du tiers-monde, là, mais le monde occidental, il fonctionne comme ça. Allez en Angleterre, allez en France, allez en Hollande, allez en Allemagne, là, vous n'avez pas un rendez-vous dans trois mois, là, vous avez un rendez-vous le même jour ou le lendemain.

Mais là je vais un pas plus loin, M. le Président, parce que c'est intéressant, le dossier patient électronique. Est-ce que le patient devrait avoir accès à sa donnée? Moi, je pense que oui. Moi, je pense que le patient devrait pouvoir voir certains de ses résultats lorsque ce n'est pas dommageable émotivement, on va dire. Là, il y a des résultats qui doivent passer par un contact médical ou avec une infirmière. C'est la raison pour laquelle hier... Et je vais revenir là-dessus parce que je n'ai pas eu le temps de terminer, hier j'étais en train d'expliquer quand seraient disponibles dans une banque centrale nos données cliniques. Alors, je les reprends, M. le Président, ça ne sera pas long. Alors, je répète, j'avais dit ça hier, il y en a cinq. Ça ne sera pas long, M. le Président, mais c'est important de le prendre en considération.

Au moment où on se parle, 1 515 des 1 859 pharmacies du Québec alimentent le domaine médicament du DSQ. Ça veut dire que la donnée médicament du patient est disponible. Elle est disponible, là, dans les deux tiers des cas aujourd'hui, ça sera terminé le 30 juin 2015. 96 laboratoires sur 126 alimentent le DSQ. Ces 96 laboratoires là génèrent 91 % des résultats des tests de laboratoire du Québec, on vise 100 % pour décembre 2015. 90 sites de cliniques de radiologie — en dehors des hôpitaux, là — sur 155 alimentent le DSQ. C'est 60 % de tous les examens, on vise 100 % pour l'été prochain. 33 217 clés — et là c'est ça qui est le problème, là, les clés, c'est les accès à ces données-là, là — seront distribuées d'ici l'été prochain.

• (11 heures) •

Mais là arrive le problème, M. le Président, le DME comme tel. Le DME, le dossier médical électronique, c'est le dossier du patient, c'est le dossier que le médecin utilise dans son cabinet. Bien là, il y en a juste à peu près 30 % qui l'ont. Pourtant, la donnée, M. le Président, est accessible. Je viens de vous donner les dates des données quasi complètes de ce qu'on a de besoin, puis on va en rajouter d'autres, types de données, là. Mais les données que je vous ai données, là, les laboratoires, la pharmacie, le médicament, là, et la radiologie, c'est le pain quotidien de la pratique d'un médecin. Ça va être, en 2015, là, au maximum, disponible dans un fichier central pour lequel on doit avoir une clé pour y avoir accès.

C'est vrai que les produits commerciaux ne sont pas fantastiques aujourd'hui, mais ils existent et ils permettent d'avoir cet accès-là. Mais ce n'est pas utilisé. Moi, là, hein, le Parti québécois m'accuse constamment d'avoir tous les

pouvoirs et faire de l'ingérence. C'est un leitmotiv, quasiment, c'est un mantra pour eux autres. Mais je ne l'ai pas, moi, le pouvoir, M. le Président, de convaincre un médecin de prendre sa clé, là. Je l'ai, là, la mienne, elle est dans mes poches. Je peux aller voir mes résultats moi-même si je veux, là. Je peux le faire devant vous puis je peux voir ce que je prends comme médicaments, je peux vous le montrer. C'est vrai que ce n'est pas performant, là, comme on voudrait, là, mais c'est pas mal plus vite que de prendre le téléphone, là. Il y a juste le tiers des médecins qui le font. C'est quoi, là, on va me reprocher de ne pas faire une tournée des cabinets de médecins du Québec pour leur dire et les obliger de ne pas s'inscrire? C'est quoi, là? Et, si je fais ça, là, on va me traiter d'ingérence... on va m'accuser de l'ingérence, de ci, de ça.

Je dis, M. le Président, que le projet de loi n° 20, la construction qu'on est en train de faire de GMF et de cliniques-réseaux, l'alimentation de la donnée dans un dépôt central, les obligations qui viennent avec vont faire en sorte que, si les médecins collaborent, nos problèmes se régleront. Et, en plus, la cerise sur ce sundae-là sera que — et j'aime, je veux ça, là, personnellement — le citoyen devrait avoir accès à sa donnée, et ça, on travaille là-dessus actuellement.

Le Président (M. Laframboise) : Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Je vous remercie. Moi, ça complète, là. Ça fait bien le tour, puis, effectivement, ça vient établir le dernier maillon qui s'ajoute aux différentes mesures qui vont être mises en place pour favoriser l'accès. Puis je suis bien contente d'entendre que c'est la direction qu'on prend comme gouvernement à cet effet, donc, moi, ça complète ma question.

Le Président (M. Laframboise) : Oui, M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Oui. Merci, M. le Président. Donc, je poursuivrai dans un sujet qui touche tout le monde, en tout cas de nombreuses familles ainsi que... Je vous dirais, on sait tous que trois personnes sur quatre, au cours de leur vie, seront atteintes de troubles mentaux. Et on sait que ça touche non seulement les individus, mais tout le réseau familial, la communauté, les gens qui les entourent. Et on se rappelle très, très bien que, dans le cadre du plan d'action en santé mentale 2005-2010, une grande campagne de sensibilisation annuelle avait été menée avec différents partenaires. Et on se rappelle encore, même, il y avait des publicités qui disaient : Bon, ça touche tout le monde ou... et ça avait été très, très bien fait, et ça avait permis de sensibiliser, je vous dirais, la population, les gens qui les entourent, de voir un petit peu que c'est normal et que ça peut arriver à tout le monde. On sait que le plan a permis vraiment... et la campagne a permis une grande sensibilisation. Les résultats ont été concrets, et, de plus en plus, la société est consciente des réalités vécues par les personnes atteintes de troubles mentaux.

J'aimerais, M. le Président, si c'est possible, que le ministre nous fasse le point et nous parle de la dernière campagne de lutte à la stigmatisation en santé mentale qui a eu lieu à l'automne dernier. Donc, je crois que c'est important, en tant qu'administrateurs publics, de faire le point sur ces campagnes-là et de voir les résultats et les objectifs des différentes campagnes, puisqu'il y a des bienfaits pour la population.

Le Président (M. Laframboise) : M. le ministre, pour 2 min 15 s.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Je remercie le député de Maskinongé d'aborder le dossier de la santé mentale. C'est la Semaine de santé mentale, on le sait, et c'est un sujet, évidemment, qui est d'une grande importance. C'est d'une grande importance, évidemment, parce qu'on sait que la prévalence de la maladie mentale... Puis, quand on dit maladie mentale, évidemment, il ne faut pas penser à des diagnostics toujours lourds comme la schizophrénie, là. On peut ponctuellement avoir un problème de santé mentale — et c'est ce qu'on voit le plus fréquemment — et les impacts peuvent être ponctuellement assez dévastateurs. Et ça touche une très, très, très grande partie de la population, comme l'a bien évoqué notre collègue de Maskinongé, et c'est un sujet auquel on doit s'adresser.

L'année dernière, comme il a dit, nous avons choisi — et comme le gouvernement le fait régulièrement — de faire une campagne de sensibilisation sur un sujet donné. Régulièrement, nos gouvernements ont choisi des sujets ponctuels — ah oui! c'est vrai, il me reste juste quelques secondes, j'y reviendrai sûrement dans le prochain bloc — pour sensibiliser la population. Un gouvernement n'a pas fait ça, évidemment, c'est le Parti québécois qui avait pris le budget de 700 000 \$ dédié à la lutte contre la stigmatisation en santé mentale pour l'utiliser dans une campagne de publicité de la défunte assurance autonomie, ce qu'on avait trouvé, nous, proprement scandaleux, évidemment. Mais on est revenus avec un budget équivalent, avec le choix, en 2014, de sensibiliser la population sur la problématique des troubles anxieux pour, évidemment, inciter la population à aller chercher de l'aide lorsque ce sera nécessaire. Là, je pense que je n'ai plus le temps, mais je continuerai au prochain bloc, M. le Président.

Le Président (M. Laframboise) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon, de l'opposition officielle, pour 22 minutes.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Après le dépôt du budget 2015-2016, dans un article de *La Presse* du 5 avril, l'Ordre des infirmières a publié un article dans lequel il fait valoir six freins à la profession des infirmières praticiennes spécialisées, donc les superinfirmières.

Depuis deux jours, on entend le ministre nous parler de tous ces scénarios qui sont essentiellement centrés sur les médecins. Ailleurs, on fait des choix, on fait des choix aussi de permettre à des infirmières praticiennes spécialisées d'être autonomes et de voir des situations simples, par exemple une otite, un zona, des maladies infantiles, un suivi de

personnes âgées, de façon autonome. Est-ce que le ministre va permettre aux infirmières praticiennes spécialisées d'agir de façon autonome? Il y a des économies substantielles, les médecins qui accueillent ces IPS reçoivent actuellement 60 000 \$ par année pour les accompagner.

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, bien que la question soit courte, elle touche un sujet qui a une certaine étendue qui demande à être précisée. Évidemment, tout le monde sait que...

Mme Lamarre : ...question courte, j'aimerais aussi avoir une réponse courte du ministre. On aura la chance d'échanger après.

M. Barrette : Bien, je peux répondre très courtement, M. le Président. Je vais répondre très courtement : Oui.

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

Mme Lamarre : Alors, quand?

M. Barrette : Le plus tôt possible. En fait, c'est maintenant.

Mme Lamarre : Bien, il y a des...

M. Barrette : Et, si vous voulez que j'élaborer, Mme la députée, je vais élaborer, là, mais c'est maintenant.

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

Mme Lamarre : Bien, écoutez, on a eu un engagement électoral qui prévoyait 2 000 IPS en 10 ans. Alors, actuellement, au Québec, on en a 251, 251 en première ligne. En Ontario, ils en ont plus de 2 000. Alors, j'aimerais, succinctement, que le ministre me parle de qu'est-ce qu'il va faire concrètement pour augmenter et atteindre le 200 IPS par année... de nouvelles IPS qui devrait avoir lieu. Il y a des impacts à faire au niveau des universités pour ouvrir les postes de ces infirmières-là. Qu'est-ce qui est fait? Qu'est-ce qui est prévu? Et qu'est-ce qui est budgété pour ça? On a vu un montant, mais j'aimerais qu'il me l'explique à ce moment-là.

Le Président (M. Laframboise) : Avec le temps qu'il faut, Mme la députée de Taillon?

Mme Lamarre : Un temps proportionnel, tant que la pertinence est là.

Le Président (M. Laframboise) : Parfait. Allez-y, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, je vais aider la députée pour pouvoir poser plus de questions. Nous nous sommes engagés à former, sur 10 ans, 2 000 infirmières praticiennes spécialisées, nous allons le faire au rythme que le milieu de formation peut soutenir.

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

Mme Lamarre : Alors, en 2015-2016, quel est le nombre de postes ouverts dans les universités pour accueillir ces infirmières-là? On est déjà en retard, là. On a dit 2 000 en 10 ans, on en diplôme à peu près 40 par année, 50, au maximum. Alors, pour atteindre 2 000, ça veut dire 40 ans au Québec, alors que l'Ontario y est déjà.

Et j'avais aussi une question pour les activités, donner de l'autonomie aux infirmières, qu'elles puissent avoir une clinique médicale, une clinique où elles ont pignon sur rue et peuvent offrir directement les services à la population.

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

M. Barrette : M. le Président, en 2014, les derniers chiffres que l'on a, il y a 75 infirmières qui ont été admises au programme.

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

Mme Lamarre : Mais, pour atteindre l'objectif de 2 000 en 10 ans, ça nous en prend 200 par année. Donc, on a déjà 125 de retard sur l'année 2014-2015, sur l'année 2015-2016. Et, en plus du nombre, il y a l'autonomie. Alors, j'aimerais entendre le ministre sur cette notion de l'autonomie qu'il confierait aux IPS.

• (11 h 10) •

M. Barrette : M. le Président, les milieux de formation nous ont informés qu'actuellement ils ont une capacité limitée qui augmentera progressivement au fur et à mesure que les infirmières seront formées. Et les milieux de formation

sont d'avis que nous pouvons former, effectivement, les 2 000 dans la période de 10 ans à un rythme d'augmentation progressive. Ce n'est pas possible de le faire en divisant 2 000 par 10, mais bien en ayant une progression du nombre qui nous amènera, évidemment, à des nombres supérieurs en fin de parcours.

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

Mme Lamarre : Alors, pour accroître cette capacité des universités d'accueillir des infirmières et donc de pouvoir en former davantage et en diplômées davantage, déjà qu'on a deux ans de délai dans la formation pour que les infirmières puissent obtenir leurs diplômes, quels sont les budgets qui ont été demandés au ministre de la Santé, au ministre de l'Éducation pour que les postes soient ouverts, déployés et qu'on donne cette capacité d'accueillir et de former plus d'infirmières praticiennes spécialisées?

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

M. Barrette : M. le Président, l'estimé, en 2015-2016, est de 37,1 millions de dollars. En fait, c'est une fourchette, là. Alors, c'est 37,1 millions de dollars, et ça pourrait aller jusqu'à 40 millions, dépendamment de la capacité des milieux à prendre des candidates. Maintenant, comme nous sommes dans les crédits de 2015-2016, je ne m'avancerai pas aujourd'hui à prédire ce que seront les budgets de 2020-2021.

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

Mme Lamarre : Le 37 millions, est-ce que ça correspond à la rémunération des médecins qui supervisent les infirmières praticiennes spécialisées dans les milieux?

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

M. Barrette : M. le Président, c'est une question qui doit être adressée au ministre de l'Éducation, évidemment, puisque c'est de la formation universitaire, ce n'est pas de la rémunération médicale.

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

Mme Lamarre : Bien, parce qu'il faut que la population comprenne, là, que, dans le contexte où on a accepté les infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, on les a confinés au Québec dans une structure où, à chaque fois qu'on doit former une infirmière praticienne spécialisée, les médecins reçoivent des montants de 47 \$ à 93 \$ par demi-journée pour les accueillir. Ça, ça veut dire, en gros, entre 100 \$ et 200 \$ juste pour superviser une infirmière praticienne spécialisée. Dans le document de l'Ordre des infirmières, on disait d'ailleurs clairement qu'une infirmière praticienne spécialisée déjà diplômée peut, elle aussi, superviser et encadrer une étudiante en infirmière spécialisée, mais elle, elle le fait complètement gratuitement. Alors, il y a peut-être lieu de travailler un peu l'ajustement de la rémunération. Mais, en plus de cette période de formation, les médecins qui accueillent une infirmière praticienne spécialisée diplômée au Québec reçoivent 30 000 \$ pour la partie hébergement, le local où elles se trouvent, et 30 000 \$ pour superviser les infirmières.

Alors, si on calcule, à 251 infirmières en première ligne, là, si on met ce 60 000 \$ là, ça fait 15 millions de dollars qu'on peut mettre pour des infirmières qui donneraient un accès direct à la population à des soins pour des situations bien balisées, des situations mineures et qui pourraient référer éventuellement, dans les cas compliqués, aux GMF ou aux supercliniques que le ministre parle. Mais on a une première ligne qui fonctionne ailleurs, dans toutes les autres provinces, et qu'on se refuse de s'attribuer ici, une première ligne qui coûte moins cher, qui donne de bons résultats, qui donne satisfaction aux patients, qui améliore l'accessibilité. Pourquoi le ministre n'envisage jamais ces situations-là à partir des infirmières praticiennes spécialisées au Québec?

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

M. Barrette : M. le Président, je ne comprends pas la question parce que la députée de Taillon me dit que je n'envisage jamais. Alors, pourquoi elle considère que je n'envisage pas, alors que je l'envisage et je l'ai dit à plusieurs reprises dans les questions précédentes? Je ne comprends pas d'où vient sa question, alors je vois mal comment je peux y répondre, là.

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

Mme Lamarre : Alors, la question est très claire, et je comprends que le ministre préfère ne pas y répondre. Il y a eu des projets pilotes, les gens sont venus présenter en commission parlementaire pour nous parler de projets où il y a des infirmières praticiennes spécialisées qui ont une clinique sur place, pignon sur rue. Le ministre nous dit qu'il serait favorable à ça? Est-ce que c'est bien ça que j'entends? Est-ce que le ministre veut multiplier ce genre de cliniques là, là? Est-ce que c'est un engagement formel que le ministre prend dans ce modèle-là?

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

M. Barrette : M. le Président, là, je vois où la députée de Taillon veut aller. Alors, on vient d'assister à un long préambule pour arriver à ce que... Je ne le qualifierai pas, là, parce que ça serait possiblement non parlementaire. Alors, je vois la construction que fait la députée de Taillon. Alors, je vais donc tenter de lui donner une réponse qui la satisfera.

Alors, voici. Les infirmières praticiennes spécialisées, M. le Président, au moment où on se parle, ont la possibilité d'avoir une pratique autonome. Et, quand j'ai répondu à sa question : Quand est-ce que les infirmières praticiennes spécialisées auront des pratiques autonomes?, bien, elles peuvent les avoir maintenant dans le cadre législatif actuel. Mais ce vers quoi nous dirige la députée de Taillon, c'est la création de cliniques spécifiques d'infirmières, indépendantes du réseau. Ça, c'est une autre affaire, M. le Président. Et c'est une autre affaire parce que ce que l'on vise, nous, M. le Président, n'est pas la création et la multiplication d'un réseau parallèle de cliniques d'infirmières, mais bien l'interdisciplinarité dans des lieux de services que sont les GMF.

La philosophie qui est la nôtre et qui est supportée par le milieu est, effectivement, d'avoir des points de service qui offrent un spectre le plus étendu possible de services de santé, qui incluent les médecins, les infirmières toutes catégories. Parce que toutes catégories... Et c'est ce que je voulais dire dans ma première réponse avant que la députée de Taillon m'interrompe sur la base du temps, il y a plusieurs types d'infirmières. Il y a les infirmières auxiliaires, il y a les infirmières techniciennes, il y a les infirmières cliniciennes, il y a les infirmières praticiennes spécialisées. Ces gens-là peuvent avoir un rôle différent, mais font tous et toutes partie d'une équipe multidisciplinaire qui inclut des pharmaciens, des travailleurs sociaux, diététistes, et ainsi de suite.

La force d'un milieu bien réseauté n'est pas de fragmenter les réseaux en sous-unités pour des raisons de territoire — et je parle de territoire professionnel — mais bien de les intégrer. Or, j'ai démontré d'une façon non équivoque que le principe fondamental de l'assiduité, surtout s'il est appliqué à un groupe de médecins oeuvrant en médecine familiale, va les obliger à travailler en interdisciplinarité, va les obliger à déléster, délaissé aussi du travail qui peut et doit, je dirais, être fait par des infirmières et, dépendamment du type de travail, du type de service, fait par une infirmière praticienne spécialisée, ou par une infirmière clinicienne, ou une infirmière auxiliaire, par exemple.

Le principe de l'interdisciplinarité... interdisciplinarité passe aussi par le partage d'un lieu. Et, en commission parlementaire, M. le Président, il y a eu Dre Jimenez qui est venue nous parler de ça, et c'est exactement ça qu'elle faisait, c'est le modèle. Peut-être pas le modèle modèle, mais elle est un modèle. C'est un médecin qui travaille avec des infirmières, des travailleurs sociaux, des IPS, tout le monde sur place, et les patients passent d'un à l'autre, puis c'est une prise en charge commune. C'est ça qu'on veut. Et, je l'ai dit à plusieurs reprises, je ne vise pas à ce qu'on crée un réseau parallèle.

Maintenant, M. le Président, puisqu'on est dans le sujet de l'accès aux services et de l'organisation, est-ce que la députée de Taillon, aujourd'hui, va avoir le plaisir de nous informer sur ce qu'elle prévoit en termes de panier de services et d'accès aux médicaments, comme elle l'a dit dans les médias hier?

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

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Alors, c'est très intéressant, ce à quoi on assiste, parce que le ministre, depuis qu'on a commencé ce matin, a pris énormément de temps à nous parler des supercliniques. Et, dans cette perspective-là, il n'hésite pas à ajouter un morceau et il ne considère pas qu'il fragmente le réseau, il inscrit ces cliniques dans une forme de continuum. Or, quand on parle des infirmières praticiennes spécialisées, le fait de leur permettre de travailler non pas en parallèle, non pas indépendamment, mais dans un continuum raisonnable, logique, d'accès à des soins en fonction de certaines cliniques qui sont susceptibles de survenir... Le ministre peut peut-être parler, là, d'un délai de trois jours dans les supercliniques, mais, quand on a un zona, c'est trop long, trois jours. Le ministre doit certainement le savoir, il faut commencer la médication dans les 72 heures après le début des premiers symptômes, alors c'est trop long. C'est trop long aussi dans le GMF, même avec l'accès adapté. Alors, une IPS qui est formée, qui a l'équivalent d'une maîtrise, pourrait très bien recevoir ces patients-là, avoir des disponibilités pour les accueillir, poser le diagnostic et prescrire le traitement. C'est une étape, et, dans un continuum de soins, dans un continuum qui renforcerait très bien la première ligne, il y a une place très bien définie que tous les États américains, que toutes les autres provinces reconnaissent aux infirmières praticiennes spécialisées.

Est-ce que le Québec a tant d'argent de ça de plus que lui, il doit être capable de placer l'infirmière praticienne spécialisée dans un contexte où elle est toujours supervisée, et à grands frais, pour être capable de faire le travail? Le modèle des GMF peut très bien travailler avec les infirmières dont le ministre a parlé, mais les IPS, qui ont une formation équivalente à une maîtrise, ont, dans les autres contextes, dans les autres pays du monde, ont une autonomie qui leur est propre et elles s'inscrivent très, très rigoureusement dans un continuum de soins avec des liens avec le GMF, avec des liens avec les supercliniques s'il y en a, avec des liens avec l'urgence, avec des liens avec le réseau de pharmacies. Donc, tout ça, c'est tout à fait possible d'intégrer les IPS dans un continuum de soins et de leur permettre de jouer le rôle qu'elles peuvent jouer pour améliorer l'accès.

Et ça, M. le Président, je pense que le ministre ne l'entend pas parce que, sondage après sondage, la population lui dit qu'il doit faire une place plus grande aux infirmières praticiennes spécialisées et à d'autres professionnels, mais ce n'est pas le modèle, c'est toujours un modèle basé sur le médecin, sur le modèle médical que le ministre préconise. Et ça, il y a énormément de coûts, et des coûts qui ne sont pas nécessairement optimaux dans un contexte où on manque tellement d'argent, et on doit mettre à contribution chacun des professionnels avec les expertises pour lesquelles notre système d'éducation contribue. Les Québécois paient à former ces infirmières, et on ne leur permet pas de contribuer à donner de l'air à notre système de santé comme on en a besoin.

• (11 h 20) •

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

M. Barrette : M. le Président, je suis vraiment surpris du commentaire que la députée de Taillon fait, là. Je viens de dire la même chose. Alors, je ne comprends pas qu'elle n'ait pas réalisé que ce que je viens de décrire est exactement ce qu'elle décrit elle-même. Bien là, je vois qu'elle voudrait en plus créer un réseau... Bien, M. le Président...

Mme Lamarre : Non...

Le Président (M. Laframboise) : M. le ministre a la parole, il a la parole.

Mme Lamarre : J'aimerais que le ministre arrête de toujours décrire mes impressions et mes sentiments, là, qu'il réponde directement lui-même à la question. Ma question : Est-ce qu'elle va être autonome?

M. Auger : M. le Président...

Le Président (M. Laframboise) : M. le député de Champlain.

M. Auger : Question de règlement, article 212. Bien, on est dans une période d'échange, donc la députée pourra corriger si les propos du ministre ne sont pas conformes à ce qu'elle a dit.

Le Président (M. Laframboise) : Parfait. Merci, M. le député de Champlain. M. le ministre.

Mme Lamarre : ...

M. Barrette : M. le... Bien là...

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

M. Barrette : ...je peux laisser du temps à la députée de Taillon pour s'exprimer, là, je n'ai pas de problème avec ça si vous voulez, là.

Le Président (M. Laframboise) : M. le ministre, s'il vous plaît, allez-y.

M. Barrette : M. le Président, ce que la députée de Taillon a décrit est essentiellement ce que je viens de décrire, mais dans un lieu différent. Alors, je suis surpris, je le dis encore, que, finalement, elle critique mes positions, mais, finalement, les critiques sont la base d'un point, tu sais, d'un lieu. Alors, aujourd'hui, je le répète, M. le Président, il n'y a absolument rien, rien, rien dans les lois et règlements qui empêche les infirmières de faire le type de travail que la députée de Taillon évoque, il n'y a rien, absolument rien, mais oui, c'est vrai que le travail et les services ne sont pas organisés comme ça actuellement, c'est vrai.

Maintenant, pour ce qui est des cliniques autonomes, des cliniques qui constitueraient un réseau parallèle, bien, quand on regarde ce qui s'est passé en Ontario, M. le Président, c'est des coûts supplémentaires que ça a générés. Et ça n'a pas donné les bénéfices qui étaient escomptés, et ça, c'est dit sur le terrain. Je dis simplement et je le répète, M. le Président, qu'il faut aller vers l'interdisciplinarité, mais créer des conditions qui la favorisent, hein? Que les infirmières soient dans des cliniques autonomes ou qu'elles soient en collaboration interdisciplinaire dans une clinique organisée en conséquence, bien, les lois le prévoient, là, et, dans les deux cas, elles vont devoir travailler dans le cadre de la loi n° 90 sur les ordonnances collectives, et ainsi de suite. Ça va être pareil, là. Alors, nous, ce qu'on vise, c'est que... On n'est pas dans un lobby d'un groupe par rapport à l'autre. Nous, on est dans un exercice qui va faire en sorte que le citoyen va voir une chose qui lui donne les services correctement. On n'est pas dans le lobby, là. Je sens, là, qu'on est un petit peu dans le lobby.

Et je vais vous donner un exemple encore plus précis, M. le Président, je vais prendre l'exemple qui a été donné par la députée de Taillon, qui est l'exemple du zona. Elle a raison pour ce qui est du délai, M. le Président, mais c'est ça, le rôle et du GMF et de la clinique, la superclinique. Je l'ai dit, je vais le répéter, M. le Président, c'est important, un GMF en accès adapté doit pouvoir donner des rendez-vous en dedans de trois jours. Ça, c'est entre zéro et trois jours, pas à trois jours. Et, si la possibilité n'est pas là, le point de chute garanti est immédiatement la clinique-réseau, la superclinique. Pas besoin d'avoir un réseau supplémentaire, ce qu'on leur propose, ce qu'on propose actuellement comme mécanique fait exactement ce que la députée de Taillon veut faire, mais à l'extérieur, évidemment, d'un lobby.

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

Mme Lamarre : Alors, merci, M. le Président. Ce que je comprends, c'est que le ministre renonce à l'économie de 60 000 \$ qu'il pourrait faire en permettant aux infirmières praticiennes spécialisées de travailler de façon plus autonome sans une supervision constante des médecins, ce que d'autres endroits réussissent à faire, et ces infirmières continuent de garder des liens quand même avec le reste du réseau, avec les équipes médicales des cliniques à proximité. Et ce que je dois constater, c'est que, malheureusement, le ministre semble... Je voudrais partager l'enthousiasme du ministre, mais je pense qu'il est vraiment très loin de la réalité des patients actuellement. Et ce ne sont pas 50 supercliniques qui vont faire toute la différence, malheureusement, surtout qu'elles vont se déployer sur plusieurs années.

La problématique, c'est vraiment d'améliorer la toute première ligne, la première ligne de base, et, à ce niveau-là, on n'entend pas de mesures du ministre ni pour améliorer la première ligne de base ni pour soutenir les patients à

domicile. Je ne vois pas comment les supercliniques vont améliorer le soutien à domicile des gens âgés vulnérables. Et le Québec, c'est ça, M. le ministre... À ce moment-ci, M. le Président, le Québec, c'est un Québec qui a besoin d'un meilleur accès, plus efficace en toute première ligne et qui a besoin également d'un soutien pour les personnes âgées et les personnes qui ont des problèmes chroniques — sclérose en plaques — à domicile. C'est ça qui va faire réaliser de bonnes économies, de grandes économies, qui va redonner la fluidité à l'urgence, l'urgence qui devrait être un lieu de passage, et non pas un lieu de stationnement, et qui ne devrait pas être la porte d'entrée de notre système de santé.

Alors, ce qu'il faut, c'est valoriser la première ligne. Les GMF sont une dimension, ils doivent être questionnés par rapport à leur disponibilité. Moi, je n'ai pas entendu encore de garantie qu'on élargirait, qu'on imposerait plus d'heures d'ouverture aux GMF. Si on n'a pas ça, pourquoi ne pas permettre aux infirmières praticiennes spécialisées d'ouvrir, de donner cette disponibilité-là et d'assurer que les patients n'auront pas à aller à l'urgence pour des services qui ne justifient pas ça? On peut parler de points de suture, on peut parler de différentes actions que les infirmières praticiennes spécialisées pourraient très bien poser. Alors, ma question, mon commentaire, c'est qu'on renonce à donner cette autonomie-là aux infirmières praticiennes spécialisées au Québec.

Le Président (M. Laframboise) : Vous n'aviez plus de temps. Si M. le ministre... si le parti...

M. Auger : Si M. le ministre veut répondre à la question de la députée, vous pourriez le prendre sur la partie ministérielle.

Le Président (M. Laframboise) : Sur le temps du Parti libéral? Vous pouvez le prendre. Il n'y a plus de temps pour l'opposition officielle et...

M. Barrette : Le prochain bloc, c'est 20 minutes?

Le Président (M. Laframboise) : C'est 20 minutes, oui.

M. Barrette : Alors, M. le Président, où est-ce que c'est écrit ça : Je ne renonce rien? Où est-ce que j'ai annoncé qu'il n'y aurait pas de changements sur la façon de rémunérer les médecins? Je pense que le projet de loi n° 20 est assez clair sur les modifications potentielles à annoncer, à mettre en place pour la rémunération des médecins. Où est-ce que c'est écrit, M. le Président, comme la députée de Taillon l'affirme, que je renonce à utiliser des sommes d'argent à meilleur escient? C'est l'essence du projet de loi n° 20. Pourquoi la députée de Taillon ne s'engage-t-elle pas aujourd'hui à faire passer le projet de loi le plus vite possible? Où est-ce que c'est écrit que les infirmières n'ont pas leur autonomie, qui est déjà prévue dans les règles actuelles? Nulle part, c'est déjà prévu.

Alors là, on a encore une construction qui ne correspond pas à la réalité, et, par-dessus le tout, M. le Président, par-dessus le tout, moi, je ne comprends pas, là, je ne comprends pas. Il y a une plaidoirie qui vient d'être faite, extensive, sur un modèle d'organisation de soins qui... Je regarde ici la citation du futur chef du Parti québécois, le député de Saint-Jérôme, où il n'y a aucune référence à ça, aucune. Et je répète que le futur chef a affirmé que la députée de Taillon avait contribué aux positions qu'il a exprimées au sujet de la santé. Alors, moi, je ne comprends pas, là, parce que, là, la députée de Taillon fait des affirmations et des constructions qui sont discordantes avec la réalité réglementaire et...

Une voix : ...

Le Président (M. Laframboise) : Un rappel au règlement, M. le Président. Oui, Mme la députée de Taillon, article 35?

Mme Lamarre : ...prêter des intentions.

Le Président (M. Laframboise) : Parfait. Juste ne pas prêter... de faire attention, M. le Président.
• (11 h 30) •

M. Barrette : Ce sont des citations qui proviennent de la bouche du candidat, là. C'est des citations, M. le Président, je ne peux pas prêter des intentions en citant les paroles de l'individu concerné. Mais, si ce sont des intentions, je veux bien retirer mes propos, M. le Président, mais il faudra que vous me disiez comment une citation peut être une intention prêtée.

Le Président (M. Laframboise) : Oui, vous avez le droit de déposer les citations.

M. Barrette : Bon, c'est ce que je pensais. Alors donc...

Le Président (M. Laframboise) : Mais vous avez prêté des intentions, M. le ministre, vous avez dit «le futur chef». Mais ça, on le saura...

M. Barrette : Ah! ça, ce n'est pas une intention, ça, c'est une prédiction.

Le Président (M. Laframboise) : Oui, mais ça, si vous le dites comme ça, c'est parfait. Allez-y, M. le ministre.

Mme Lamarre : ...les IPS, alors juste dire que...

Le Président (M. Laframboise) : Parfait. M. le ministre. M. le député...

M. Barrette : Alors, j'ai complété ma réponse, M. le Président.

Le Président (M. Laframboise) : Vous avez complété? M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Bien, merci beaucoup, M. le Président. Dans toute cette euphorie, je continuerai à questionner le ministre puis à avoir le point sur la campagne qui a été faite au niveau de la stigmatisation en santé mentale. On sait que c'est très important de sensibiliser les gens, favoriser la compréhension de la population aussi à ces problématiques. Et donc, tantôt, le ministre nous exposait le budget et la campagne 2014, donc j'aimerais qu'il puisse poursuivre sur cette voie, M. le Président.

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député. Alors, comme je le... Je vais reprendre au point où j'ai terminé précédemment. Je rappellerai, là, qu'annuellement, c'est important, les gouvernements font ces campagnes de sensibilisation là parce qu'il faut les refaire, c'est un problème qui ne se règlera jamais. Tant qu'il y aura des êtres humains, il y aura des problèmes de cet ordre-là, et c'est tout à fait normal, c'est intrinsèque à nos êtres, à chacun d'entre vous.

Je rappellerai quand même que l'année dernière... pas l'année dernière, mais l'année d'avant, le gouvernement du Parti québécois avait réaffecté 775 000 \$ de budget prévu à des campagnes de sensibilisation pour faire une campagne d'un mois intensive de promotion inutile sur la défunte assurance autonomie. On a dépensé même plus que le 775 000 \$, on a dépensé 887 684 \$. Et ça, j'ai trouvé ça vraiment — et je le trouve encore aujourd'hui, je le note et je renchéris — assez dommageable pour ces gens-là qui sont stigmatisés souvent dans notre société à tort, évidemment, et c'est important que ces campagnes-là se fassent. Et, en faisant cette pause-là dans cette année-là, je pense qu'on a montré certainement un manque de respect envers cette clientèle-là sur le plan politique. Maintenant, on a repris, donc, le principe des campagnes périodiques de sensibilisation.

Et, comme je le disais en introduction, on choisit un sujet qui est d'actualité. L'année dernière, on a choisi les troubles anxieux. Les troubles anxieux, ça représente essentiellement 16 % de la population. Puis les troubles anxieux, là, ça peut aller de bien des choses, là. On connaît les gens qui ont une anxiété face aux foules, par exemple, mais il y a de l'anxiété beaucoup plus commune et moins spectaculaire, mais tout aussi difficile à vivre, qu'on pense aux jeunes qui ont l'anxiété face à leurs examens. Moi, j'ai connu des gens, même en faculté de médecine, M. le Président, qui étaient vraiment, là, des premiers, premiers de classe, là, qui sont devenus de grands, grands médecins, mais qui ont eu de la misère à passer leur examen pour des raisons d'anxiété face à l'examen. J'ai connu ça, moi là, là. Alors, ça peut avoir un effet, là, vraiment, vraiment très délétère sur la vie d'un individu qu'on ne voit pas de même, là, du premier coup d'oeil.

Alors, on a donc fait une campagne, là, qui a été réalisée du 2 au 30 novembre 2014, une campagne multimédia, donc Internet, radio, télévision, où on a traité de différents sujets parce que l'anxiété, comme je viens de dire, ce sont des thèmes qui peuvent s'adresser dans différentes situations. Alors, on a traité de phobies spécifiques à certains éléments, de phobies sociales et de troubles paniques, et je pense que, comme toujours, ces campagnes-là sont bien faites. Et on a voulu rejoindre la population, et, pour le contrôler ou le vérifier, on a fait un sondage Web, qu'on a fait faire par la firme SOM, qu'on a fait à distance de la campagne, du 18 au 21 décembre 2014 auprès de 1 089 répondants sur Internet, et on a observé les résultats suivants.

Alors, 52 %, plus de la moitié des internautes, se souviennent avoir été exposés à la campagne. Ça, c'est toujours une bonne nouvelle parce qu'on a réussi... Parce qu'on est à distance, là, ici, on est rendu à la fin de décembre, la campagne était au milieu novembre. Alors, déjà, ça avait laissé une trace, et c'est ça qui est l'objectif, là. Quand on veut sensibiliser la population pour combattre la stigmatisation, bien, il ne faut pas avoir un effet juste ponctuel, il faut laisser une trace dans l'esprit des gens, et, sur ce point-là, clairement l'objectif a été atteint. La publicité a été appréciée beaucoup ou assez par neuf personnes sur 10. Alors, ça, c'est quand même bon, évidemment. Plus d'une personne sur deux s'en rappelle, et en plus, dans les faits, bien ils ont trouvé que c'était une bonne publicité au sens qualitatif du terme.

Et, évidemment, on est allés un petit peu plus creux, on a tenté de voir... on a interrogé les personnes sur leur compréhension du message. Donc, il y avait des réponses à fournir en lien avec les objectifs de la campagne, et là, ici, là, c'est la quasi-totalité des répondants qui ont affirmé que la campagne véhiculait bien le sérieux de la maladie.

Alors, cette dépense-là, M. le Président, a été efficace. Et ce n'est pas une question, ici, là, de se pêter les bretelles, un gouvernement plus qu'un autre. Je dirais que l'importance ici est de réaliser qu'on doit faire ces campagnes-là parce que ce sont des entreprises au long cours, les résultats sont là à long terme. On laisse une trace, on fait une campagne, on vérifie si l'empreinte qu'on a laissée dans l'esprit des gens face à la perception, la qualification qu'on peut faire de la maladie mentale laisse une trace qui déstigmatise ou évite la stigmatisation de cette clientèle-là, d'une part, et, d'autre part, favorise le recours aux ressources appropriées pour la clientèle parce qu'on sait, évidemment, que ces clientèles-là, au point de départ, ont toujours une certaine gêne à aller de l'avant et exposer leur problème à un tiers, leur problème personnel, souvent duquel ils ont une certaine honte.

Alors, moi, M. le Président, j'étais content de cette campagne-là, et c'est d'autant plus dommageable que le gouvernement précédent ait choisi, pour faire une campagne sur un sujet qui n'était pas faisable, pour des raisons exclusivement électorales, de ne pas faire... de sauter une année sur ce type de campagne de publicité là qui, en soi, M. le Président, devient une politique de santé publique et qui doit être faite annuellement ou aux deux ans. Mais on doit avoir une périodicité là-dedans, annuelle idéalement, évidemment, ce qui a toujours été le cas depuis nous et qui a été arrêté par le Parti québécois.

Rappelons, M. le Président, qu'en santé mentale, bien, tout le monde est sujet à ça, nous tous et toutes ici, dans cette salle, on n'est pas à l'abri de ça, et il est très important de véhiculer ce message-là de façon constante pour faire en sorte que les citoyens et les citoyennes du Québec sachent que nous sommes avec eux et que nous mettons à leur disposition les ressources appropriées pour y faire face.

Le Président (M. Laframboise) : M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Merci, M. le ministre, pour votre réponse et surtout votre sensibilité à la cause de ces personnes-là. Je vous remercie beaucoup.

Et je continuerais dans la même veine en vous parlant... Vous savez, en juin 2008, le gouvernement a créé le Centre national d'excellence en santé mentale. On sait que le centre est appuyé de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Le mandat du Centre national d'excellence est clair, il vise à favoriser le développement des meilleures pratiques en santé mentale.

Vous savez, ce qui est important... Et je pense que, pour la population, ce qui serait important, c'est de savoir vraiment ce que le centre de santé... le Centre national d'excellence en santé mentale, quels sont ces services qu'il offre au réseau de santé du Québec, quels sont les axes de soutien qu'il met possibles pour les diverses personnes ou les divers intervenants qui travaillent avec les problématiques de santé mentale. Et je crois que c'est un institut qui est peu connu de la population, donc j'aimerais, M. le Président, si M. le ministre pourrait nous parler de centre d'excellence. Merci.

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

• (11 h 40) •

M. Barrette : Alors, M. le Président, encore une fois, on est dans le cadre de la semaine de santé mentale, manifestement, et c'est avec plaisir qu'on va adresser, succinctement, je pense, mais de façon importante, notre centre d'excellence en santé mentale. Alors, ça, c'est un engagement que l'on avait fait dans le passé, et ça s'inspire essentiellement d'initiatives similaires qui ont été faites avec des résultats excellents aux États-Unis dans les dernières années. Et, si je peux me permettre une image ou un parallèle, le centre d'excellence en santé mentale est à la santé mentale ce que l'INESSS peut être, par exemple, dans les médicaments ou les meilleures pratiques. Le centre d'excellence en santé mentale, comme son nom le dit, c'est un centre d'excellence qui a un certain nombre de missions, mais une de ces missions-là qui est très importante est d'être à l'affût des meilleures pratiques en termes de traitement des maladies mentales, mais aussi en termes d'intervention. Et il y a un secteur d'activité où le centre d'excellence a vraiment une expertise qui n'existe pas même — ou, du moins, sous cette formule-là — ailleurs au Canada, notamment en ce qui a trait à l'implantation et à l'amélioration continue des programmes particuliers en santé mentale que sont les programmes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable.

Alors, vous savez, M. le Président, en santé mentale, pour le commun des mortels, malheureusement, bien des gens ont encore comme image l'hôpital psychiatrique, le traitement de psychanalyse, le divan, la médication, et ainsi de suite, alors que la modernité dans l'approche de la santé mentale vise plutôt à accompagner le patient qui est aux prises avec ce type de problème là, et particulièrement ceux qui ont des problèmes plus sévères, mais qui peuvent s'intégrer dans la société, à les accompagner dans une formule que l'on appelle un suivi intensif ou un soutien d'intensité variable. Qu'est-ce que c'est, ça, M. le Président? C'est une organisation... Et là c'est vraiment, vraiment terrain, là, ça, c'est vraiment terrain, c'est vraiment de la proximité, ça veut dire que le réseau s'organise pour mettre en place des équipes qui suivent à proximité le patient dans son quotidien.

Dit de façon un peu plus détaillée, ça veut dire qu'il est possible aujourd'hui, si les équipes sont construites correctement, pour un patient avec un problème de santé mentale sérieux, de lui permettre de vivre en communauté, mais de lui donner accès à des services sans l'hospitaliser, sans l'obliger à être dans une clinique, aller près de lui ou qu'il vienne près de l'intervenant, que ce soit un travailleur social, une infirmière ou un médecin et, en fait, une équipe qui, dépendamment du problème du jour... Parce que, quand on dit suivi intensif, c'est vraiment intensif. C'est quasiment du quotidien, c'est définitivement de l'hebdomadaire. On est près, on va le voir et on va voir comment il va, est-ce qu'il s'améliore, est-ce qu'il est stable, est-ce qu'il se détériore. On l'accompagne, on le ramène, on lui permet de retourner, et là il y a un échange, un peu un poumon. On va un petit peu dans le système, un petit peu dans sa communauté et on l'accompagne. Et, pour faire ça, M. le Président, bien, ça, c'est vraiment quelque chose de novateur, ça demande, évidemment, du coaching. Ça demande d'abord d'avoir la théorie, d'avoir la mise en place des guides pour déployer ça, mais ça demande aussi beaucoup, beaucoup, beaucoup d'accompagnement des gens.

Alors, le centre d'excellence en santé mentale, entre autres, développe ces pratiques-là novatrices et les déploie sur le terrain. Alors, du suivi intensif en équipe ou du soutien d'intensité variable, il n'y a pas ça à chaque coin de rue, là, et ça, ça se développe là où c'est nécessaire avec l'appui cognitif, en termes de connaissances, de ces équipes-là qui viennent du Centre national d'excellence en santé mentale et qui les appuient dans le déploiement de ça. C'est vraiment quelque chose qui est vraiment, vraiment, là, vraiment l'adaptation ultime des soins et services en santé mentale, vraiment, au patient lui-même. Et ça, c'est novateur. C'est eux qui font ça, qui ont mis ça en place, et qui le déploient, et qui y font ultimement l'analyse du résultat. Et, à date, ce que l'on voit est vraiment des résultats qui sont très positifs. Et on comprendra que, comme on s'adresse à des clientèles particulières, bien, évidemment, on déploie ces services-là dans des régions où il y a des problématiques importantes en termes de prévalence, là, de densité de toxicomanie, d'itinérance, par exemple, de réadaptation, et ainsi de suite. Alors, c'est ça que ces gens-là font, et c'est au grand bénéfice... même si ce n'est pas très spectaculaire, on n'entend pas ça aux nouvelles, mais, pour les gens qui sont atteints de ces problèmes-là, je peux

vous dire que les services sont grandement appréciés, et le retour, le feed-back, si vous me permettez l'anglicisme, que l'on a du milieu est extrêmement positif.

Alors, ça, c'est quelque chose que toutes les provinces n'ont pas. Il y a des choses qu'on fait au Québec, là, qui sont des modèles aujourd'hui. C'en est un, l'INESSS, par exemple, c'est quelque chose que les autres n'ont pas. Les programmes de chercheurs-boursiers, c'est des choses qui ont été mises en place par des gouvernements libéraux précédents et que les autres n'ont pas ailleurs au Québec, et on nous regarde avec envie à certains égards, dont ça. On va chercher ailleurs les bons coups, puis c'est correct, ça. On échange les bonnes pratiques, et on les met en application, et c'est ce que fait essentiellement le Centre national d'excellence en santé mentale.

Le Président (M. Laframboise) : M. le député de Maskinongé, pour deux minutes.

M. Plante : Bien, merci beaucoup, M. le Président. Merci, M. le ministre, de nous avoir élaboré sur la fonction et l'essentialité du centre d'excellence en santé mentale. On sait tous que, pour le réseau, il a un apport inestimable pour tout ce qu'il peut offrir.

Moi, M. le Président, ce que je ferais à ce moment-ci, puisque j'ai une autre question, mais le ministre n'aura certainement pas le temps de répondre, je repousserais la minute qu'il reste sur l'autre bloc si vous permettez.

Le Président (M. Laframboise) : Parfait, ce sera reporté sur l'autre bloc. Donc, je passe la parole maintenant à l'opposition officielle, à Mme la députée de Taillon. C'est un bloc de 22 minutes. Nous aurons environ 19 minutes parce qu'on sait qu'on va suspendre à 12 h 5. Donc, Mme la députée de Taillon, à vous la parole.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, le prochain bloc est un bloc que j'aimerais consacrer aux soins à domicile. En campagne électorale, le Parti libéral a promis 150 millions par année pendant cinq ans, c'était un engagement qui a été pris en campagne le 17 mars 2014. Et on comprend l'importance de ces soins à domicile, le Parti québécois a été celui qui a, le premier, attiré l'attention sur l'importance de développer ces soins à domicile. On sait qu'au niveau des CHSLD on n'a pas de nouveaux lits qui, habituellement, sont prévus, sont déployés. Donc, ce qu'il faut, c'est vraiment améliorer les services proches des gens. Alors, moi, ce que je demande au ministre, c'est : Dans le cadre de ce budget 2015-2016, où est le 150 millions de dollars qui était promis pour les soins à domicile?

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

M. Barrette : M. le Président, si vous me permettez juste un instant, là, parce qu'il n'y a pas une ligne spécifique à ça, là, on est en train de...

Des voix : ...

M. Barrette : Écoutez, on me demande de voir si la députée de Taillon peut préciser sa question, à savoir est-ce qu'elle fait référence à un ajout de 150 millions ou un maintien de 150 millions.

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

Mme Lamarre : Alors, je fais référence à 150 nouveaux millions de dollars qui avaient été promis en campagne.

M. Barrette : Il n'y a pas d'ajout de 150 millions de dollars, M. le Président.

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

Mme Lamarre : D'accord, O.K. Alors, écoutez...

M. Barrette : Et je ne pense pas qu'on ait annoncé un ajout de 150 millions. Je pense qu'on a annoncé un maintien de 150 millions qui était déjà là, là, mais...

Mme Lamarre : Il n'y a pas d'ajout.

M. Barrette : ...je n'ai pas de souvenir d'avoir annoncé un ajout.

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

• (11 h 50) •

Mme Lamarre : Ce qui m'amène, écoutez, à porter à l'attention du ministre, M. le Président, différentes situations. Vous savez, les coupes, on nous dit qu'il n'y a pas de changement au niveau des services. Par contre, il y a actuellement un processus de réévaluation des patients qui reçoivent des services à domicile, et il semble y avoir un outil multiclientèle avec une nouvelle grille d'analyse par le département de soins à domicile, et on nous rapporte plusieurs cas de patients dont la condition n'a pas changé, ne s'est pas améliorée, et, à chaque fois qu'il y a eu un processus de réévaluation, il y a eu une diminution dans l'attribution des heures de soutien à domicile.

Alors, je donne un cas, par exemple, d'une dame dont je tairai le nom, mais qui bénéficie de services à domicile, bains, soins personnels, médication. Elle a une fille aidante naturelle qui héberge chez elle ses deux parents âgés non autonomes et elle a besoin d'aide un petit peu pour avoir quelques blocs de gardiennage, pour être capable d'aller prendre de l'air quelques heures par semaine, mais aussi de l'aide pour préparer les repas parce que la dame de ce couple-là est lourdement handicapée, elle est alitée constamment. Donc, c'est clairement un couple qui serait dans un CHSLD. Avant l'évaluation, ces gens recevaient 16 heures par semaine de soutien du CLSC, et là, après la coupe, c'est 9,5 heures par semaine. Un autre dossier, une personne qui bénéficiait de services à domicile, bains, soins personnels, et, pour l'épouse, l'évaluation a coupé de 18 heures à six heures. Alors, tous les cas qui nous sont rapportés... Une patiente avec de la sclérose en plaques, elle va avoir un changement majeur au niveau des services à domicile, on ne veut plus lui donner de bain dans son bain, on lui donne ce qu'on appelle, là, des bains secs. Elle a une sonde, alors les risques d'infection sont plus grands.

Les soins à domicile, c'est ce que la population souhaite, c'est aussi ce que les aidants naturels souhaitent, et ils ont besoin... Les aidants, les proches aidants nous disent : Écoutez, nous, on est prêts à en faire un grand bout, mais on a besoin de répit. Six heures, huit heures par semaine, là, quand on travaille, quand on est là 24 heures sur 24 auprès de deux personnes âgées, ça nous les prend. Alors, pour ça, il faut qu'on priorise les budgets qui vont aider ces gens-là. Et il y a énormément d'économies, une année dans un lit en CHSLD, ça coûte 60 000 \$ par année. Alors, il y a des calculs, il y a des transferts qui doivent être faits.

Alors, qu'est-ce que le ministre compte faire? Quel montant total va être investi en soins à domicile pour 2015-2016, d'abord? Et puis qu'est-ce qu'on va faire pour respecter l'engagement du 150 millions supplémentaire en campagne électorale?

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

M. Barrette : M. le Président, je tiens à rassurer la population et à rectifier les faits aussi, évidemment. Alors, malheureusement, je peux comprendre que, pour la députée de Taillon, ça aurait été intéressant — et, malheureusement, je ne l'ai pas, moi non plus, là — d'avoir une ligne spécifique soutien à domicile, mais cet élément-là est contenu dans l'élément 3 du programme 2, pour lequel il est clairement démontré dans les crédits, M. le Président, c'est clairement écrit, là, qu'en 2014-2015 le budget de dépenses était de 3 015 028 000 \$, c'était ça qui était le budget... 3 015 028 500 \$, et, en 2015-2016, le budget est augmenté de 1,5 %, à 3 060 824 900 \$. Alors, non seulement il n'y a pas de coupures, mais je peux vous affirmer, crédits à l'appui, que les budgets consacrés au soutien à l'autonomie des personnes âgées, qui contient, qui inclut le soutien à domicile, est augmenté de 1,5 %, ce qui me permet d'affirmer que les services qui seront rendus ou qui sont budgétés pour être rendus en 2015-2016 sont maintenus.

Et, contrairement à l'affirmation que vient de faire la députée de Taillon, il n'y a pas de coupures budgétaires dans ce secteur d'activité, ce sont les crédits tels que présentés et qui seront votés. Alors, je trouve ça particulier, M. le Président, d'affirmer qu'il y a des coupures, alors que la documentation, les chiffres que je viens de vous fournir sont les chiffres des crédits qui ont été rendus disponibles à toutes les oppositions avant l'étude des crédits.

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

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, il faut replacer ces chiffres dans un contexte. En 2013-2014, le budget était de 3 193 000 000 \$. En 2014-2015, le ministre a coupé de vraiment 180 millions de dollars le budget qui était là en 2013-2014, que le Parti québécois s'était engagé à offrir pour le soutien à domicile et les soins à domicile. Donc, il y a eu une énorme coupure de 180 millions. Et là le ministre redonne un 45 millions cette année, mais on est encore en deçà de ce que les soins à domicile avaient en 2013-2014. Et donc ce que les gens disent, écrivent — quand on est rendu à l'écrire, là, c'est parce que c'est sérieux, là, c'est parce qu'on les sent — les services sont coupés aux patients.

Donc, il y a le rebond de cette coupe énorme de l'année dernière, on doit avoir plus, et là on a moins. Donc, la petite prévision augmentée cette année, elle n'est pas du tout rassurante parce qu'elle ne nous ramène même pas aux chiffres qu'on avait en 2013-2014. Et, si on questionne la population, je suis certaine que les gens vont dire qu'on n'a pas moins de personnes âgées qu'en 2013-2014, que ces personnes-là veulent rester à domicile et qu'elles ont des besoins qui sont nettement non rencontrés. Concrètement, les services et les coupes qui ont été faites affectent l'accessibilité aux soins à domicile des citoyens.

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

M. Barrette : M. le Président, encore une fois, je pense que la députée de Taillon n'a pas les bonnes informations, elle ne véhicule potentiellement pas les bonnes informations. Je postule que le chiffre de 2013-2014 qu'elle affirme, qu'elle affiche est le budget de la dépense, qui n'est jamais, M. le Président, le chiffre du budget, ce n'est pas comme ça que ça marche. Et je suis sûr que ce n'est pas le budget, M. le Président, parce qu'en 2013-2014 le ministre des Finances de l'époque, le député de Rousseau, n'a pas présenté ses crédits. Alors, moi, je pense qu'elle présente les dépenses. Et les dépenses, ce n'est pas le même chiffre que le budget. Alors, si on regarde les dépenses probables et qu'on inclut d'autres sources, nous aussi, on va pouvoir donner un chiffre plus élevé.

Alors, M. le Président, là, ici, là, on n'est même pas dans un débat, là, on est dans la capacité de véhiculer des informations exactes. L'information exacte qui est donnée aujourd'hui, M. le Président, qui ne se compare pas aux chiffres que la députée de Taillon utilise, est le crédit de 2015-2016, qui doit être comparé aux crédits — au pluriel — de 2014-2015, et il y a maintenant du financement, qui est donc indexé. Il n'y a pas de coupures, il est tel quel. Alors, je veux

bien, M. le Président... Et c'est important pour moi de rappeler les faits parce qu'ici, là, c'est ça, le problème, dans le cynisme de la politique, c'est les informations qui ne sont pas exactes. Alors, de crédits à crédits, M. le Président, les faits sont implacables, ce n'est pas 99 % des faits, c'est 100 %. Crédits à crédits, il y a une augmentation. «Augmentation», ça veut dire le contraire de «coupure». Maintenant, si on compare des crédits à des dépenses constatées, ça ne se fait pas, M. le Président, à moins de le dire, ce qui, manifestement, n'a pas été le cas. Alors, je rectifie les faits.

Le Président (M. Laframboise) : ...de Taillon.

• (12 heures) •

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Alors, je comprends que le ministre, quand même, affirme qu'il n'a pas mis plus d'argent dans le soutien à domicile, alors qu'il y a vraiment besoin d'en avoir plus. Et là on verra quand on aura finalisé les crédits, mais on est dans le budget des dépenses, moi, je suis dans le budget des dépenses, et donc ce que je vois, c'est que c'est 45 millions qui a été ajouté, et non pas 150 millions, et que déjà, sur le terrain, les gens nous disent que les services sont coupés.

Je vais aller directement, dans ce cas-là, à la page 11, et c'est une question vraiment d'information, M. le ministre, là, il y a une révision de 2,5 % au-delà de l'indexation annuelle de la contribution des adultes hébergés. À quoi ça correspond, cette ligne-là? Il y a un 10 millions qui est placé à cet... un 10 milliards qui est placé à cet endroit-là... 10 millions, pardon, 10,4 millions qui est placé à cet endroit-là, révision de 2,5 % au-delà de l'indexation annuelle de la contribution des adultes hébergés. Est-ce qu'on doit comprendre que les adultes qui sont hébergés actuellement vont avoir à contribuer davantage? Moi, je voudrais juste avoir l'explication du ministre.

Le Président (M. Laframboise) : Oui. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, il y a un instant, j'avais demandé une question de règlement, mais je vais profiter, donc, de ma réponse pour faire le correctif...

Le Président (M. Laframboise) : ...pas membre de notre comité, M. le ministre.

M. Barrette : Pardon?

Le Président (M. Laframboise) : Vous ne pouvez pas faire de question de règlement, vous n'êtes pas membre de notre comité.

M. Barrette : Ah! je le savais que je ne pouvais pas, mais j'ai tenté ma chance pareil. Et je pensais que je ne pouvais pas, mais j'ai tenté ma chance pareil. Mais, quand même, je vais profiter du moment pour rectifier encore les propos de la députée de Taillon. Elle vient de redire qu'on avait annoncé une augmentation de 150 millions. Je viens de regarder le programme électoral sur notre site Internet, c'était un maintien. Alors, non seulement, dans sa dernière intervention, M. le Président, la députée a comparé des chiffres avec des chiffres qui ne se comparent pas — j'ai fait la démonstration qu'il n'y avait pas de coupures, mais bien des augmentations — mais la députée de Taillon, M. le Président, revient en réaffirmant ce qui n'est pas vrai. Et, après ça, les gens se surprennent qu'on réagisse. Bien, j'espère que les gens suivent attentivement ce qui se passe et réagissent, eux aussi, à la maison parce que ça devient particulier.

Maintenant, à la question qui vient d'être posée pour la contribution de l'usager, comme le sait sans aucun doute la députée de Taillon, en hébergement il y a une contribution qui est exigée de l'usager et un différentiel. Et, s'il y a un consentement, je demanderais au sous-ministre adjoint aux finances, M. Dion, de prendre la parole pour expliquer la mécanique du différentiel évoqué par la députée.

Le Président (M. Laframboise) : Est-ce qu'il y a un consentement pour que M. Dion...

Des voix : ...

Le Président (M. Laframboise) : Consentement... M. Dion.

M. Dion (François) : Oui. Alors, François Dion, sous-ministre adjoint au financement, budget et immobilisations. Ce qu'il faut comprendre, M. le Président, c'est que le financement que le ministère attribue aux établissements est un financement qui prend en considération le niveau de contribution des adultes hébergés. Or, il est anticipé à ce moment-ci qu'il y ait une hausse due à l'indexation de la contribution des adultes hébergés. Alors, ça diminue d'autant notre financement. Or, c'est essentiellement, je dirais, là, une contre-mesure qui fait en sorte que c'est payé par l'usager proprement dit, le financement du niveau de dépenses. Donc, on maintient dans l'établissement le niveau de dépenses. Au lieu d'être financé par le gouvernement, c'est financé par l'usager, par une augmentation annuelle qui est prévue.

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

Mme Lamarre : Donc, ce 10,4 millions de dollars là, ça va être les patients hébergés qui vont le donner.

M. Dion (François) : Exactement. Annuellement, on a des paramètres d'indexation qui prévoient ces hausses-là, qui font en sorte qu'on a ça annuellement.

Mme Lamarre : Oui, mais là ce que je lis...

Le Président (M. Laframboise) : Mme la députée de Taillon, oui.

Mme Lamarre : ... — merci, excusez-moi — c'est qu'il y a une indexation convenue, habituelle, mais là il y a un choix qui est fait de réviser de 2,5 % au-delà de l'indexation. Donc, on ajoute une contribution, on demande aux personnes hébergées de fournir 10,4 millions de dollars de plus. On fait plus que les indexer, on ajoute un 2,5 %.

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

M. Barrette : M. le Président, permettez-moi de donner cette précision-ci parce que c'est un dossier qui est délicat et qui peut être difficile à comprendre. Je réitère que le Vérificateur général a, à toutes fins utiles, informé et quasi mandaté le gouvernement de rectifier le tir dans sa gestion des coûts d'hébergement en ce qui a trait spécifiquement à la contribution de l'utilisateur. Le Vérificateur général a dit que la contribution de l'utilisateur est à revoir. Alors, je cite : «Outre l'indexation annuelle, la contribution demandée à l'utilisateur hébergé en CHSLD et les règles servant à l'établir n'ont pas été revues depuis plus de 15 ans.» C'est le Vérificateur général qui parle en 2012. «Actuellement, cette contribution ne couvre pas le coût du gîte et du couvert. D'autre part, la méthode de calcul crée des iniquités selon les avoirs ou la situation familiale de la personne.»

On est invités par le Vérificateur général à revoir notre façon de faire, et je dirais qu'il a raison. C'est important, M. le Président, qu'on comprenne ça, le Québec se trouve à être l'endroit au Canada où la contribution de l'utilisateur est la plus basse. Au moment de la rédaction du rapport du Vérificateur général, en 2012, elle était de 1 665 \$, alors qu'en Ontario elle était de 2 167 \$, au Manitoba, une province pauvre, de 2 233 \$, Terre-Neuve, 2 800 \$, Nouveau-Brunswick, 2 890 \$. On voit les écarts.

Le Président (M. Laframboise) : M. le ministre, c'est terminé

M. Barrette : M. le Président, je vais quand même terminer, c'est important, parce que ça va à la question qui est posée, M. le Président.

Le Président (M. Laframboise) : C'est terminé, M. le ministre. On va avoir la chance cet après-midi...

M. Barrette : Bien non, c'est terminé à cause de l'heure.

Le Président (M. Laframboise) : Terminé, oui, c'est ça.
On suspend la séance.

(Suspension de la séance à 12 h 6)

(Reprise à 15 h 39)

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

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice 2015-2016.

Puisque nous avons débuté nos travaux à 15 h 39 et qu'une période de trois heures doit être consacrée à l'étude de ce programme cet après-midi, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit jusqu'à 18 h 39? Y a-t-il consentement? Je vais attendre le consentement, chers collègues. Y a-t-il consentement pour terminer nos travaux...

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, il y a consentement. Consentement, je vous remercie beaucoup.

Lors de la suspension de nos travaux ce matin, nous en étions au bloc d'échange de l'opposition officielle, et, à ce titre, je cède immédiatement la parole à notre collègue de Taillon pour 3 min 45 s.

• (15 h 40) •

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, effectivement, à la fin de la matinée, nous étions à la page 11 du document de l'étude des crédits, le cahier explicatif, où on parlait de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des soins à domicile, et je remercie M. Dion, qui nous a donné une réponse claire et précise à une question claire et précise. C'est-à-dire il y a une ligne dans les explications qui indique une révision de 2,5 % au-delà de l'indexation annuelle de la contribution des adultes hébergés. Or, ce que ça veut dire, c'est qu'habituellement, depuis très longtemps, les adultes qui vivent dans un CHSLD, qu'ils soient jeunes ou moins jeunes, ont une indexation de leur loyer qu'ils ont à payer, alors que, là, cette année, le gouvernement libéral a décidé d'ajouter à cette indexation-là 2,5 % de plus. Ça correspond à un montant de 10,4 millions de dollars.

Alors, j'ai quelques statistiques ici. Au 31 mars 2014, parmi les gens qui sont hébergés en CHSLD, il y a 36 841 personnes. 3 568 sont des gens de 64 ans et moins. 33 273, donc la très, très, très grande majorité, sont des personnes

de 65 ans et plus. Il est certain que les contributions fluctuent en fonction des revenus des personnes qui habitent dans un CHSLD, dans un centre hospitalier et de soins de longue durée, mais, pour les gens qui vivent dans ces centres-là, en moyenne, 10,4 millions sur 36 800 personnes, ça fait une augmentation de 282 \$ de plus par année qu'on vient subrepticement ajouter au fardeau de ces gens-là. C'est un montant qui est très exigeant pour les petites économies de nos aînés, c'est très significatif pour eux. Et, évidemment, on n'a pas entendu ça dans le discours du budget, ce n'est pas quelque chose qu'on a annoncé.

Alors, bien sûr, le Vérificateur général peut faire des recommandations, mais c'est vraiment le parti politique qui décide s'il en tient compte ou non et qui choisit, parmi l'ensemble des recommandations qui lui sont faites, celles qu'il juge pertinentes, et, de toute évidence, le gouvernement libéral a fait le choix de dire : Nous, cette année, on augmente non seulement l'indexation, non seulement on indexe le loyer des gens qui sont en hébergement, mais on rajoute à cette indexation-là un 2,5 %, donc un montant de 10,4 millions de dollars. Alors, c'est vraiment préoccupant et, surtout, c'est un élément de surprise, je pense. Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de gens qui aient noté cette information-là et l'impact que ça aurait sur le budget des personnes âgées et des personnes également qui sont plus jeunes, mais qui vivent avec des revenus très modestes très souvent.

Alors, ce que je me demande, c'est dans quel contexte on a fait le choix de prioriser ça, alors qu'on a d'autres façons de regarder globalement la contribution des personnes qui vivent dans les CHSLD pour optimiser tout ça. Et on a vraiment choisi un seul élément, un élément qui impute des choses au moment où on sait que les gens en CHSLD ont de la difficulté à avoir un bain par semaine. Ça fait beaucoup de sous de plus dans un contexte où les services de base sont questionnés.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, ceci met fin à la période d'échange. Je cède maintenant la parole à un collègue... au collègue, pas un collègue, mais nul autre que notre collègue de Maskinongé, pour un bloc de 20 minutes, période d'échange avec le ministre. La parole est à vous.

M. Plante : Merci, M. le Président. Mais je crois qu'il serait important que le ministre puisse répondre à la question soulevée par la députée de Taillon. Donc, M. le ministre, si vous désirez répondre, il me fera plaisir de partager mon temps afin que le ministre puisse répondre à la question.

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

M. Barrette : Merci, M. le député. M. le Président, effectivement, je pense que c'est très important. On se rappellera, en fin de matinée, que j'étais en train de répondre à la question de la députée de Taillon en ce qui a trait à la contribution de l'utilisateur et que notre sous-ministre adjoint avait donné une explication que je devais compléter, et, malheureusement, la séance s'est terminée, et je n'ai pas pu continuer. Et maintenant je n'ai pas pu non plus continuer, mais je me dois absolument de prendre ce temps-là que l'on m'offre pour préciser les choses parce que, malheureusement, il y a une coquille dans notre documentation que je dois corriger.

Alors, M. le Président, je mettrai les choses encore une fois en perspective. Comme l'a bien dit la députée de Taillon, le Vérificateur général nous fait des recommandations qui, normalement, doivent être prises en considération par le gouvernement, le parti politique au pouvoir. C'est un peu comme les engagements dans une campagne électorale. On comprend que la députée de Taillon et son chef n'ont aucun engagement en santé, du moins officiellement montré sur les documents de campagne du député de Saint-Jérôme actuellement en course pour devenir chef. Et, encore une fois, je répète que la députée de Taillon a participé à ça. Alors, je rappelle, si les gens sont intéressés, ils peuvent aller sur le site du député de Saint-Jérôme, *PKP 2015*, et ils constateront qu'il n'y a pas une ligne sur la santé. Alors, si, à un moment donné, la députée de Taillon veut nous éclairer dans ces échanges sur les crédits, elle est bienvenue.

Maintenant, le Vérificateur général, je le rappelle, nous montrait dans son rapport que le Québec avait, et de loin, la plus basse contribution de l'utilisateur, à 1 665 \$, pour une moyenne beaucoup plus élevée, allant même jusqu'à 3 000 \$ par mois en Nouvelle-Écosse et 2 890 \$ au Nouveau-Brunswick, là, qui ne sont pas des provinces vraiment beaucoup plus riches ou plus riches, même, que le Québec.

Ceci dit, M. le Président, c'est important de corriger certains éléments. Malheureusement, malheureusement, M. le Président, il y a une coquille qui s'est glissée dans la documentation qui a été mise à la disposition des oppositions à la page 11 de l'étude des crédits où il est indiqué... Et c'est vrai, là, lorsque la députée de Taillon fait référence à l'ajustement de la contribution de l'utilisateur à 2,5 % au-dessus de l'indexation annuelle de la contribution de l'utilisateur. Cet élément-là est une coquille, c'est une erreur et ne se réalisera donc pas.

Maintenant, je peux dire aujourd'hui seulement que le montant additionnel au-delà de l'indexation, qui, elle, doit être exercée... Elle l'a toujours été, cette indexation-là, et, suite à la recommandation du Vérificateur général, il y a quand même une décision qui doit être prise. Et la décision, qui est en train d'être prise, qui n'a pas encore reçu l'aval du Conseil des ministres, est à l'effet qu'à la demande et à la recommandation du Vérificateur général il y aura un ajustement qui ira au-delà de l'indexation, de l'IPC de la contribution de l'utilisateur, mais qui sera certainement substantiellement inférieur à ce qui est inscrit à la page 11 du livre des crédits.

Alors, non, il n'y aura pas, sur une période de quatre ans, une augmentation de 10 %, ça ne sera pas le cas. Lorsque nous aurons terminé notre débat interne au Conseil des ministres, nous serons en mesure d'annoncer ce que sera l'augmentation au-delà de l'inflation, mais ça ne sera pas de 2,5 %, M. le Président. Je pense que c'est important de faire bénéficier aux oppositions de cette information de façon à ce que, lorsqu'évidemment nos collègues auront à prendre des positions publiques, ils puissent relayer des informations exactes et précises. Et, dans le cas présent, il serait vraiment déplorable de véhiculer une augmentation de 2,5 % au-dessus de l'inflation, alors que j'aurai dit ici de façon formelle que l'augmentation sera nettement inférieure au montant qui, erronément, a été inscrit à la page 11.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Maintenant, je cède la parole au collègue...

• (15 h 50) •

Mme Lamarre : ...on peut s'engager que ça soit rendu public, ce changement-là?

Le Président (M. Tanguay) : Un instant, là, je fais une exception...

Mme Lamarre : Oui. Bien, c'est une erreur. Alors, c'est exceptionnel aussi, une erreur, là, dans les crédits. Est-ce qu'on...

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Vous demandez : Est-ce qu'il va y avoir un correctif? Point.

Mme Lamarre : ...un correctif public.

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

M. Barrette : M. le Président, je pense — corrigez-moi, là, si je me trompe sur le plan réglementaire — que la parole est du côté du député de Maskinongé.

Le Président (M. Tanguay) : Je lui ai accordé, par souci de transparence, le pouvoir de verbaliser le tout. Alors, la réponse vous appartient, M. le ministre, puis il n'y a pas de problème là-dessus, là.

M. Barrette : M. le Président, je pense avoir dit ce qui allait se passer.

Le Président (M. Tanguay) : Parfait.

M. Barrette : Lorsque ça passera au Conseil des ministres, ça sera corrigé dans le cahier des crédits en toute transparence. Et je vous soumettrai que je l'avais clairement dit, explicitement, là, que ça devait passer au Conseil des ministres et qu'après ça serait dit.

Le Président (M. Tanguay) : Parfait. Alors, merci beaucoup. Pour encore 14 minutes, M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, écoutez, M. le Président, aujourd'hui, ce matin, à la télévision, j'écoutais une entrevue, des gens du GRIS Montréal qui parlaient tout du problème de l'homophobie et qui font un travail, eux, extraordinaire au niveau des écoles, qui vont donner des conférences, et qui expliquent l'importance de la démythification de l'homophobie, et qui expliquent très, très bien le travail à faire, le travail à parcourir.

Cette entrevue-là m'a rappelé qu'en 2011 le gouvernement lançait le Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie, donc un plan d'action qui s'échelonne de 2011 à 2016. On sait bien que le plan d'action vise, et comme plusieurs plans d'action, mais à combattre le phénomène d'homophobie sur toutes ses formes et aussi à renforcer la cohérence des actions entre les différents partenaires. Parce qu'on sait bien que, dans un fléau comme ça, parfois les partenaires font des actions, et ce qui est important, quand on veut réussir, ou arriver au bout, ou gagner des points à ce niveau-là, il faut avoir des actions concertées, des actions cohérentes qui permettent de travailler ensemble, justement, à contrer le phénomène de l'homophobie.

On se rappelle — et j'en suis convaincu, que le ministère de la Santé et Services sociaux a grandement collaboré au déploiement de la stratégie — qu'il y avait deux grandes priorités. C'était d'assurer le mieux-être en favorisant l'adaptation des services publics aux besoins spécifiques des personnes de minorités sexuelles. De plus, subjacent à ça, le ministère a créé aussi un groupe de réflexion afin d'effectuer un suivi pour bonifier les soins et services en fonction des réalités des personnes de minorités sexuelles. Bon, c'est ça, le groupe qui a été formé est un grand participant aux travaux interministériels sous la gouverne du Bureau de lutte contre l'homophobie. Plusieurs échanges ont eu lieu et continuent d'avoir lieu afin de répondre aux demandes de la clientèle, et on voit que les travaux du groupe de réflexion reflètent la diversité des thèmes qui touchent les minorités sexuelles. J'aimerais que le ministre nous entretienne sur la contribution exacte du ministère de la Santé au Plan d'action gouvernemental de lutte contre l'homophobie. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : Merci, M. le Président. Bien, je remercie le député de Maskinongé pour sa question parce que c'est un sujet qui est d'une grande importance. On a parlé cet avant-midi de la stigmatisation en santé mentale, mais il y a des gens, là, qui ne sont pas dans ce registre-là, mais qui sont l'objet de discrimination et de stigmatisation aussi, et on parle, évidemment, de la communauté LGBT. Et c'est un thème qui, malheureusement, n'est pas encore résolu complètement dans notre société, je dirais, et, au même titre que le gouvernement doit assumer ses responsabilités dans la lutte à la stigmatisation, au même titre le gouvernement doit prendre ses responsabilités quant à la lutte contre l'homophobie.

Et l'homophobie, évidemment, comme je viens de le dire, c'est une situation qui perdure... qui, je dirais, s'améliore. Je pense que tous ceux et celles qui sont ici, dans cette salle, qui ont plus de 50 ans peuvent dire le chemin... constater à quel point il y a un grand bout de chemin qui a été parcouru dans notre société quant à l'attitude qu'a globalement notre société face aux gens membres de cette communauté. Il y a un grand bout de chemin qui est parcouru, mais le point

d'arrivée, je pense... Et, si on posait la question aux gens concernés, nous diraient qu'il n'est pas nécessairement encore atteint. Et je serais certainement d'accord avec une telle affirmation, ce qui signifie qu'il y a encore des efforts à faire, d'une part.

Et, d'autre part, constamment, je dirais, dans le futur il y aura toujours ce qu'on pourrait appeler un maintien des gains, des acquis, des efforts à être mis en ce sens parce que je pense qu'on peut imaginer que, dans un tel secteur, il soit très facile de revenir en arrière circonstanciellement — pas volontairement, circonstanciellement — et perdre le terrain qui a été gagné au fil des années et à la suite de longues luttes et de difficiles luttes. Alors, c'est donc important pour nous d'avoir eu initialement un plan d'action sur la lutte contre l'homophobie et de l'avoir appliqué.

Maintenant, ce plan d'action là étant un plan d'action qui, par définition, en essence, ne pouvait faire autrement que s'adresser à différents aspects et donc à aller dans la collaboration avec différentes organisations, bien sûr il y a des activités de prévention et de formation qui sont prévues et réalisées en collaboration avec différents organismes, et ça, évidemment, on doit le faire. Mais je tiens à insister quand même sur certains aspects qui sont un peu plus particuliers, notamment en ce qui a trait à la formation et à l'accompagnement dans les activités de formation en prévention du suicide auprès notamment des minorités sexuelles et, évidemment, des situations personnelles, collectives qui sont vécues dans cette communauté en termes de détresse, de discrimination, évidemment d'homophobie et d'idées suicidaires.

Maintenant, c'est un effort qui doit être fait, mais souvent bien des gens vont avoir tendance à penser que la problématique se concentre à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. Mais ce n'est malheureusement pas le cas, et malheureusement on a des situations qui se sont révélées, avec le vieillissement de la population, se sont révélées de plus en plus fréquentes et qui sont sorties, je dirais, plus fréquemment au grand jour en ce qui a trait à la situation de ces mêmes minorités sexuelles plus âgées, et donc il a été nécessaire de s'adresser à cette problématique-là en termes, là aussi, de prévention, mais aussi de dépistage et d'intervention chez cette clientèle-là. Et c'est la raison pour laquelle le gouvernement a collaboré et mis en place en 2010 — c'est notre gouvernement qui a mis ça en place — une Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées qui, elle, collabore avec la Chaire de recherche sur l'homophobie pour mettre ensemble nos efforts pour s'assurer que nous nous adressions correctement aux besoins et aux mesures, aux gestes à être posés pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées provenant de minorités sexuelles alors qu'on voit, là, que la société évolue et qu'on doit donc s'adresser à cette problématique-là, que ce soit chez les jeunes, les moins jeunes et les personnes plus âgées.

Maintenant, on s'est intéressés aussi de façon plus spécifique à des activités de formation et de dépistage adaptées à la situation des centres jeunesse. Alors, nous avons collaboré assez étroitement avec l'Association québécoise de prévention du suicide et nous avons eu un certain nombre d'activités en collaboration avec les centres jeunesse toujours dans cet esprit.

Alors, quand on regarde nos actions au fil des années, bien, il est clair que nous avons été initiateurs de nombreuses démarches qui visaient clairement à démystifier cette situation-là et à appuyer les démarches, le combat que font les représentants et les gens qui sont membres de la communauté LGBT de façon à faire en sorte que l'intégration, l'acceptation, que la stigmatisation aient évolué dans un sens qui fasse en sorte que ces éléments-là, évidemment, en termes de stigmatisation et autres, disparaissent de notre société. Mais j'insiste là-dessus, M. le Président, et je termine là-dessus, le chemin parcouru est grand, mais le chemin à parcourir demeure et demeure significatif, et les efforts doivent être maintenus pour faire en sorte que cette question-là soit, un jour, derrière nous et que, dans notre société, tout le monde soit traité d'une façon égale, peu importe l'orientation sexuelle.

• (16 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole au collègue de Sainte-Rose.

M. Habel : Merci beaucoup, M. le Président. En 2008, il y a eu une convention qui a été signée visant à faire de l'Hôpital de Lachine une installation du CUSM qui s'imprègne réellement dans la philosophie de construire des hôpitaux universitaires qui vont faire de la troisième ligne pour des soins qui sont superspécialisés, alors que les hôpitaux qui, eux, sont en périphérie des centres tels l'Hôpital de Lachine et la Cité-de-la-santé dans ma région, sont des hôpitaux qui vont faire des soins un petit peu plus usuels. Mais je tiens quand même à dire que Cité-de-la-Santé offre des soins qui sont spécifiques à la population comme le centre de cancérologie et aussi avec l'ajout de TEP scan, une annonce qui a été faite récemment à la Cité-de-la-Santé, qui a été une importante annonce de notre gouvernement, avec aussi l'annonce des lits en soins palliatifs dans le CLSC Rose-de-Lima et l'ajout d'une autre installation qui était une résonance magnétique pour la Cité-de-la-Santé. Donc, je tiens quand même à rectifier le fait que la majorité des patients de Laval n'ont pas à traverser le pont pour se faire soigner, sauf pour des raisons linguistiques, si tel est le cas.

Pour revenir à l'Hôpital de Lachine, il y a eu une volonté d'agrandissement de l'hôpital parce que c'est un hôpital qui a été construit en 1938 et qui était relativement vétuste, M. le Président, il ne répond plus aux besoins des normes du bâtiment. Et, grâce à notre gouvernement, il a été réintroduit au PQI, et j'aimerais que M. le ministre nous explique en détail l'agrandissement de l'Hôpital Lachine.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, je suis bien heureux de pouvoir parler de ce dossier-là parce qu'il est en lien, à bien des égards, avec l'argumentaire que nous avait proposé la députée de Saint-Hyacinthe à propos de l'hôpital de sa circonscription. Et ça reflète bien la difficulté qu'un gouvernement peut avoir lorsqu'on a à prendre des décisions parce que, comme je le disais ce matin, l'argumentaire qui a été développé par notre collègue de Saint-Hyacinthe, j'avais dit qu'il pouvait être transposé dans bien des hôpitaux, et c'est le cas ici.

L'Hôpital de Lachine, en plus, a subi les affres des décisions et des attitudes politiques. On se rappellera que l'Hôpital de Lachine, aux yeux du Parti québécois, faisait partie d'une zone linguistique qui n'était pas la zone favorisée, je dirais, du Parti québécois, et il a été question même, à un moment donné, dans l'opposition de fermer cet hôpital-là et de le renvoyer dans un giron autre. Alors, c'est pour vous dire à quel point certains dossiers, lorsqu'on essaie de les gérer en termes d'immobilisations, comment la politique peut, à un moment donné, avoir des effets négatifs sur la population, puisqu'un hôpital, ça demeure un endroit qui doit être traité idéalement d'une façon la plus apolitique possible. Et ce n'est pas exactement ce que l'on a vu de la part du Parti québécois face à cet hôpital, et les gens qui nous écoutent qui se rappelleront de l'évolution de ce dossier-là dans les dernières années se rappelleront, malheureusement, de mauvais souvenirs. Maintenant, nous sommes revenus au pouvoir et nous avons rectifié le tir et fait en sorte que les projets qui étaient liés à cet hôpital éminemment vétuste ont été remis sur ses rails.

Peut-être juste pour apporter un correctif, M. le Président, l'hôpital même, sa fondation remonte aux années 20. Ça a pris un certain temps avant que ça devienne un hôpital formel, il y a eu une première mission, là, initiale. Ça montre à quel point on est rendus quasiment un hôpital centenaire, et je continuerai peut-être au prochain bloc sur le même sujet pour faire le point sur cet hôpital.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Je cède maintenant la parole au collègue de Mercier pour une période de 15 minutes.

M. Barrette : 15 minutes.

M. Khadir : Combien de minutes?

Le Président (M. Tanguay) : 15 minutes.

M. Khadir : 15 minutes. Merci, M. le Président. Je vais adresser une série de questions courtes d'abord au ministre, puis on verra dans le reste de la commission, peut-être ce soir, sur des considérations, sur des questions qui touchent, par exemple, aux heures supplémentaires dans le réseau hospitalier, aux agences de services d'infirmières privées, etc., et tout ce que ça coûte à l'État. Mais je voudrais quand même brièvement rappeler que, limiter les dépenses, la croissance des dépenses pour le système de la santé à 1,4 %, tous les observateurs un peu avisés du système de santé, des besoins de la population du Québec ont bien compris que ça représente, quand on sait que la croissance des besoins normaux de la population plus la croissance des dépenses due au taux d'inflation correspond, en fait, donc, à 800 millions de dollars de compressions dans le réseau de la santé... C'est-à-dire ne pas rencontrer les besoins réels, limiter la croissance des dépenses à 1,4 %, c'est comme comprimer les dépenses par rapport aux besoins de la population de 800 millions de dollars.

J'aimerais rappeler que nous avons, à Québec solidaire, fait la démonstration à plusieurs reprises que, si le gouvernement, au lieu de s'employer à faire ce genre de compressions dans les services, s'employait à réduire le coût des médicaments, qui est franchement abusif de l'avis de tout le monde... Il y a un document disponible au ministre qui émane de l'expert canadien du coût et de la structure industrielle des médicaments, Steve Morgan, qui est de l'Université de la Colombie-Britannique et qui publie annuellement *L'Atlas canadien des médicaments*, et qui montre clairement que, si le gouvernement faisait simplement comme la Colombie-Britannique, la facture de la RAMQ serait moindre de 1,5 milliard de dollars. Si le gouvernement, en fait, va plus loin et fait ce que Québec solidaire demande, c'est-à-dire une véritable politique de médicaments qui est accompagnée de négociations, de régime d'assurance médicaments public, de campagne pour réduire la surconsommation, la surutilisation des médicaments, là on irait beaucoup plus loin, on pourrait économiser de 2,5 à 2,7 milliards de dollars.

Mais je ne demande pas ça au gouvernement, je ne demande pas tant au gouvernement. Juste faire ce que la Colombie-Britannique est capable de faire, ça voudrait dire 1,5 milliard d'économies au lieu de couper 800 millions dans le réseau de la santé. Mais, bon, j'espère que le gouvernement va finir par entendre raison, puis arrêter les coupures mal avisées, et essayer d'économiser et d'éviter de gaspiller l'argent des contribuables par des prix excessifs qu'on paie à des multinationales pharmaceutiques que le gouvernement actuel épargne par son inaction et est prêt à couper en retour des services à la population du Québec.

Alors, question courte, une fois ceci dit, au ministre pour des choses très précises : Est-ce que le ministre connaît le programme d'exonération financière pour les services d'aide à domicile, ce qu'on appelle le PEFSAD?

M. Barrette : M. le Président, le député de Mercier fait un long préambule...

M. Khadir : ...vous-même à d'autres occasions...

M. Barrette : Non, mais un instant, M. le Président...

Le Président (M. Tanguay) : ...s'il vous plaît! M. le ministre, la parole est à vous.

M. Barrette : M. le Président, le...

M. Khadir : M. le Président, question courte, PEFSAD.

Le Président (M. Tanguay) : Non, non, non! Là, M. le député de Mercier, la parole est au ministre. Vous dites : Question courte, mais vous avez quand même pris 3 min 20 s pour la faire, je vais...

M. Khadir : Non, non. Ça, c'était mon introduction.

Le Président (M. Tanguay) : Je vais, M. le député de Mercier, je vais m'assurer de respecter votre 15 minutes, qu'il soit efficace en ce sens-là.

M. Khadir : Merci.

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

M. Barrette : M. le Président, je n'ai pas le choix, quand même, d'apporter certains rectificatifs. Le député de Mercier nous fait un long préambule — et je l'ai chronométré, moi aussi — de 3 min 20 s en parlant du médicament puis il pose une question sur le PEFSAD, qui n'est même pas le même sujet. Alors, je vais quand même commenter sur les affirmations du député de Mercier, M. le Président.

Alors, le député de Mercier nous annonce qu'on fait des coupures mal avisées. Bien, il pourrait nous indiquer quelles sont les coupures mal avisées. Comme ça, on pourrait peut-être en discuter. Le député de Mercier fait référence aux économies que le gouvernement pourrait faire à hauteur de 2,5 milliards de dollars dans le médicament, M. le Président. Le budget en médicaments du régime public d'assurance médicaments est d'un peu plus de 3 milliards de dollars. Le budget ne va pas tomber demain matin à zéro, là.

Alors, le député de Mercier, M. le Président — et je le dis pour le bénéfice de tout le monde et surtout de ceux qui nous écoutent et qui prennent des notes — quand il fait ces affirmations-là, il parle du coût dans la société. Pas simplement du gouvernement, du coût de tout un chacun. Mais ce n'est pas le coût du gouvernement. Alors, quand le député de Mercier vient ici annoncer, affirmer des choses dans les crédits, c'est-à-dire qu'on pourrait économiser 2,5 milliards de dollars dans nos crédits gouvernementaux, c'est faux et impossible. Est-il possible qu'il y ait des économies dans la société? Oui, et nous en sommes, on est d'accord avec ça. Mais on n'est pas d'accord qu'on tienne un discours qui induise les gens sur une voie qui n'est pas réelle, ce n'est pas la réalité.

Alors, quand le député de Mercier nous dit : Il y a une étude qui dit qu'au Québec on surconsomme des médicaments dans certains secteurs d'activité, c'est vrai. Et pourquoi le député de Mercier, que j'ai déjà rencontré dans le privé, n'admet-il pas devant la caméra qu'on a dit qu'on était d'accord avec ça et qu'on allait mettre en place des démarches pour faire en sorte qu'on puisse appliquer des correctifs? Le député de Mercier, M. le Président, sait très bien, très bien qu'on est déjà engagés dans cette direction-là. Alors, moi, M. le Président, je trouve dommage que le député de Mercier dise, entre autres, que la croissance... oui, mais que la croissance qu'on annonce, nous, dans nos crédits ne corresponde pas à ce qui est nécessaire, c'est ça, alors que ses affirmations ne sont pas basées sur des faits, M. le Président.

• (16 h 10) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Mercier.

M. Khadir : Content de savoir que le ministre est déterminé à réduire le coût des médicaments. Il faut que ça soit substantiel.

Alors, le PEFSAD, le programme d'exonération financière pour les services d'aide à domicile, permet à des familles qui consacrent un certain nombre de ressources qui... financières, leur coûtent... à des personnes âgées ou à des handicapés d'avoir une exonération fiscale. Ce programme est gelé. Est-ce que les nouvelles demandes vont être gelées également?

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

M. Barrette : M. le Président, toutes ces mesures-là, un peu comme la question qui a été posée ce matin...

Une voix : ...

M. Barrette : Pardon? Le montant est simplement indexé, il n'y a pas de coupure. Contrairement au message que le député de Mercier veut absolument véhiculer, il n'y a pas de coupure, il y a une indexation qui est garantie dans le budget pour le PEFSAD.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de Mercier.

M. Khadir : Est-ce que pour les ressources de type familial... Les ressources de type familial, c'est des familles d'accueil pour des patients en établissement qui ont terminé leurs soins médicaux actifs et pour qui on a besoin d'un hébergement pour toutes sortes de nécessités médicales. Suivant ce que je connais du budget — infirmez-le si ce n'est pas vrai — ce programme aussi est gelé. Oui ou faux?

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

M. Barrette : Bien, c'est-à-dire que...

M. Khadir : Les nouvelles demandes ne vont pas être rencontrées. Si, par exemple, on a des besoins... Parce que vous savez que, juste dans mon hôpital, à peu près le tiers des lits est régulièrement occupé par des patients en soins actifs terminés, en fin de soins actifs, pour lesquels on a besoin de ressources, pour certains d'entre eux de ressources de type CHSLD, de d'autres, de ressources de type familial. Mais, si les nouvelles demandes ne sont pas acceptées, bien, on va avoir un problème, ça va créer une congestion. Est-ce vrai ou pas?

M. Barrette : M. le Président, encore une fois, on est dans une construction volontairement alarmiste. La question ici, M. le Président, est de savoir si, pour les types de services importants auxquels fait référence le député de Mercier, si le financement est maintenu et indexé. La réponse est oui, et il n'y a pas de coupures.

Maintenant, on peut aussi aller dans la sémantique. Il y aura des nouvelles demandes parce qu'il y a des services qui n'ont plus besoin d'être donnés pour toutes sortes de raisons. Une nouvelle demande n'est pas une demande nécessairement additionnelle. Alors, la question qui est importante à l'étude des crédits : Est-ce que le financement est coupé, abaissé? La réponse, c'est non, il n'est pas gelé. Est-ce qu'il y a une indexation? La réponse est oui. Nous maintenons les services, M. le Président, et on les indexe.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le député de Mercier.

M. Khadir : L'augmentation des budgets de ces services, qui aurait pu permettre à des familles, à des nouvelles demandes d'être rencontrées à la hauteur des besoins, et non pas de la limitation, juste à l'indexation de 1,2 %, aurait occasionné quelques millions de dépenses de plus. Je veux juste illustrer pour les besoins des auditeurs et de la commission... On a parlé de l'exonération financière pour ces familles-là qui donnent des soins à leurs proches qui sont malades, qui sont handicapés ou qui sont aînés, alors que l'exonération sur la taxe, le congé de taxe sur le capital qu'on a donné à des entreprises financières et bancaires — si M. le ministre veut bien m'écouter — qui a été accordé par son parti en 2007-2008, coûte aux contribuables québécois actuellement 800 millions de dollars par année. Et ça, cette taxe, cette exonération, le gouvernement n'y a pas mis fin. Le gouvernement a restreint, gelé ou indexé — si M. le ministre veut bien l'accepter juste comme ça — indexé l'exonération à des familles qui en auraient besoin pour consacrer des ressources à leurs malades, mais ils n'ont pas mis fin à une exonération qui touche notamment des grandes fortunes comme l'empire Desmarais qui contrôle Power financière, qui bénéficie en partie de ces 800 millions de dollars de cadeau fiscal de l'État québécois.

On a parlé des handicapés, hein, des familles de handicapés, mais on a parlé aussi de ressources familiales, de type familial. Je vous signale que les fiducies familiales dont bénéficie la famille Bronfman, on estime à plus de 2 milliards de dollars l'argent là-dedans sur lequel on ne paie pas de taxes à l'État québécois.

Combien calculez-vous... Là, je vous pose une autre question. Quelles sont les économies que le gouvernement va faire en coupant les services d'optométrie puis en coupant un certain nombre de services pharmaceutiques et de médicaments dans les établissements? Les coupures, vous les connaissez. Là, ce n'est plus juste une indexation, il y a des coupures, hein, ça a été annoncé dans le budget. Pouvez-vous le dire vous-même à combien remontent ces... combien s'estiment ces coupures, optométrie plus services pharmaceutiques et les médicaments, et qui ça va toucher?

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

M. Barrette : M. le Président, vous comprendrez, M. le Président, que, pour ce qui est de l'écoute dont je dois faire preuve lorsque le député de Mercier parle, bien, ça s'adresse au sujet qu'il aborde quand ça concerne les crédits en santé. Lorsqu'il fait une diatribe sur autre chose qui n'est pas en santé, je ne me sens pas vraiment obligé de l'écouter. Mais l'oreille étant un organe involontaire, je l'entends pareil.

Ceci dit, M. le Président, je tiens à rappeler au député de Mercier que le PEFSAD, pour conclure là-dessus, ce n'est pas un programme à budget fixe, c'est un programme qui est une modalité administrative, qui est universel et qui engendre une dépense à la demande. Alors, les crédits qui sont déposés en lien avec ce sujet-là ne sont pas de nature limitative. Alors, ce sont des prévisions...

Une voix : ...

M. Barrette : Bien là...

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre, veuillez compléter, s'il vous plaît.

M. Barrette : Alors donc, ce sont des prévisions de dépenses basées sur la tendance des dernières années, et on pense que la tendance va se maintenir, pour employer la formule consacrée. Voilà, c'est ce que je cherche.

Alors, ceci dit, M. le Président... Bien oui, je vais... M. le Président, je sens l'enthousiasme du député de Mercier, qui voudrait que je réponde pour qu'il puisse reparler d'un autre sujet le plus rapidement possible.

Le Président (M. Tanguay) : En conclusion, M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, alors, la question a été posée pour l'optométrie. Alors, en optométrie, les économies recherchées sont de 7,3 millions de dollars en 2015-2016 et se font d'une telle manière que certains services ne seront plus remboursés aux personnes de 65 ans et plus, sauf tous les services pour les patients qui bénéficient du supplément

de revenu garanti... auront toujours droit à la gratuité de tous les services qui sont prévus actuellement à la réglementation de la Loi sur l'assurance maladie et, évidemment, les patients qui sont diabétiques, qui, eux, seront couverts.

Maintenant, seront maintenus comme couverture les services donnés aux personnes de moins de 18 ans, aux personnes âgées de 18 à 64 ans qui sont prestataires de l'aide financière de dernier recours depuis au moins 12 mois consécutifs, les personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent une allocation de conjoint en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse depuis au moins 12 mois consécutifs et qui, sans cette allocation, auraient droit à une aide financière de dernier recours, les personnes ayant une déficience visuelle et l'ensemble de la population qui bénéficie d'une couverture pour l'examen d'urgence et l'examen partiel. Dit différemment, M. le Président, à moins d'avoir un problème de santé connu. En d'autres mots, je résume, au-delà de 65 ans ou avant, là, certains services ne seront plus couverts par le régime pour générer une économie de 7,3 millions de dollars.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Pour 20 secondes.

M. Khadir : M. le Président, je voulais juste, pour les gens qui ont été coupés par ces restrictions au programme ou par les coupures de financement... je voudrais juste leur rappeler que le gouvernement qui fait ça, en même temps, a été le gouvernement qui a reconduit la fiducie de la famille Bronfman qui n'a pas payé pour 750 millions de dollars...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup.

M. Khadir : Non, mais c'est important, c'est une question de priorité budgétaire.

Le Président (M. Tanguay) : Merci...

M. Khadir : Je pense que, pour la qualité de notre débat démocratique, c'est bon que ces patients sachent...

Le Président (M. Tanguay) : Ça aura été dit.

M. Khadir : ...où on n'a pas coupé et où on a préféré couper.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Ceci met fin à l'échange. Je cède maintenant la parole au député de Papineau pour une période de 20 min 30 s... député de Sainte-Rose, à vous la parole.
• (16 h 20) •

M. Habel : Oui. Merci, M. le Président. Bien, pour revenir sur l'Hôpital de Lachine, j'avais mentionné que l'hôpital ne répondait plus aux normes du bâtiment et qu'il a été introduit dans le PQI. Alors, je laisserais peut-être le ministre parler du projet détaillé sur l'agrandissement de l'Hôpital Lachine.

M. Barrette : Merci, M. le Président, M. le député. M. le Président, c'est un bloc de 20 minutes si je ne m'abuse?

Le Président (M. Tanguay) : Oui, 20 min 30 s.

M. Barrette : Parfait. Alors, M. le Président, donc, je continue essentiellement là où j'ai laissé. Et, là où j'ai laissé, j'exprimais la difficulté que l'on a dans notre réseau à prendre certaines décisions parce qu'il y a tellement d'exemples où les hôpitaux sont vétustes et je rappelais à mon collègue que cet hôpital-là était même encore plus vieux que la date officielle de mise en opération à titre d'hôpital de soins de courte durée à l'époque. Alors, c'est un hôpital qui, dans quelques années, aurait eu 100 ans... et va l'avoir, finalement, parce que l'hôpital a continué d'exister et il va continuer d'exister.

Mais, pour illustrer, M. le Président, la vétusté de cet hôpital, bien, on a été obligé de constater que, malheureusement, on était rendu à un point où les normes fondamentales du code du bâtiment, même d'hygiène et de salubrité, n'étaient plus respectées dans cette institution-là. On parle quand même d'un hôpital. On a constaté des problèmes de stérilisation en termes de vétusté et de salubrité. Oui, on a fait les ajustements au fil des années, mais on est dans une situation où on ne peut pas constamment ajuster, ajuster sur du vieux, sans remettre l'ensemble de cette structure-là à niveau de façon à ce que... Par exemple, dans les aires qui servent physiquement au traitement, à la stérilisation des instruments chirurgicaux — et on comprendra les implications de ça — bien, à un moment donné, on doit s'assurer que les normes soient mises en application.

Alors, on pourrait continuer, M. le Président, à donner plusieurs exemples, mais ces exemples-là ne feraient que montrer dans d'autres secteurs la problématique qu'entraîne une trop grande vétusté en termes de risques pour les patients. Oui, aujourd'hui, on peut contrôler la chose et ne pas mettre les patients à risque, mais on est toujours sur une espèce de corde raide en immobilisations, et cette corde raide là, ce n'est pas quelque chose qui est justifié d'être maintenu parce qu'on parle de patients qui pourraient être mis à risque si les ajustements n'étaient pas faits. Alors, ça, c'est sur le plan de la structure, puis je n'ai pas parlé des soins intensifs, puis je n'ai pas parlé de certaines ailes où les patients sont hébergés qui, elles aussi, se retrouvent dans des situations problématiques.

Maintenant, l'Hôpital de Lachine, c'est un hôpital qui a une importance, M. le Président, en termes de services à la population. C'est un hôpital de proximité qui donne des services de proximité et qui s'inscrit dans une collaboration avec le CUSM, le centre hospitalier universitaire de santé McGill. Et, comme on le sait, dans la fin des années 2000, lorsqu'il a été décidé d'aller de l'avant avec la construction du nouvel hôpital, qui vient d'être inauguré avec un grand

succès... Je prends un moment, M. le Président, pour féliciter toutes les équipes et tout le personnel de l'hôpital qui ont mené de main de maître ce déménagement-là, et qui s'est fait sans aucune anicroche, contrairement aux annonces tout à fait apocalyptiques qui avaient été faites le mois précédent. Mais ça a été bien fait, bien organisé des mois à l'avance par les équipes en place et le personnel.

Alors, dans la restructuration du plan clinique du CUSM, M. le Président, il avait été prévu de redistribuer certaines activités sur le territoire du CUSM dans d'autres institutions, notamment l'hémodialyse et la chirurgie bariatrique, et ces deux activités là devaient aller en quelque part. Sur le territoire de l'ouest de l'île de Montréal, il n'y a pas énormément d'endroits où on peut faire du développement à l'intérieur des murs de l'installation existante, et un de ces endroits-là était l'Hôpital de Lachine, qui, depuis plusieurs années, a un lien académique en termes de milieu de formation et de partage d'activités cliniques avec le CUSM. Le CUSM fait partie du réseau McGill. On y forme des résidents en médecine familiale et on a des activités spécialisées, spécifiques dans certains secteurs, et deux de ces secteurs-là sont l'hémodialyse et la chirurgie bariatrique.

Et c'est très important, M. le Président, parce que la dialyse, la capacité d'hémodialyse requise pour traiter la population de l'ouest de l'île doit inclure des sites de proximité, dont celui qui est prévu à l'Hôpital de Lachine, qui recevra donc, d'ici la fin de l'année 2015, un lot de patients qui étaient préalablement traités à l'Hôpital Royal Victoria. Alors, donc, pour le secteur de la néphrologie, l'Hôpital de Lachine va en plus non seulement... en plus de donner des services d'hémodialyse, servir de lieu de formation pour les gens qui ont à pratiquer cette activité-là directement ou en télé-médecine dans les hôpitaux communautaires, que ce soit à Montréal ou en région.

En chirurgie bariatrique, on connaît les listes d'attente qui existent en chirurgie bariatrique dans la province, et particulièrement dans la région de Montréal, et on sait que, là, il y a une amélioration à obtenir en termes de gestion des listes d'attente qui ne peut être obtenue qu'en augmentant notre capacité de donner des services, et ça se passera à l'Hôpital de Lachine, qui aura une activité pas totalement dédiée, là, mais significative en chirurgie bariatrique, d'ailleurs activité qui est offerte pas simplement à l'Université McGill, mais aussi à l'Hôpital du Sacré-Coeur.

Alors, quand on regarde le devenir l'Hôpital de Lachine, qui a failli fermer sous le gouvernement précédent, bien, force est de constater qu'aujourd'hui c'est un avenir beaucoup plus radieux et, en plus, au bénéfice d'une clientèle essentiellement locale. Parce que l'Hôpital de Lachine ne va pas recevoir une clientèle, sauf peut-être en chirurgie bariatrique, qui va venir des quatre coins de la région de Montréal, et du nord, et du sud, non, essentiellement ce sera une clientèle de proximité et c'est donc un gain pour la population et une réalisation de laquelle notre gouvernement peut être fier.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole au collègue de Papineau. À vous la parole.

M. Iracà : Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Écoutez, ça me fait plaisir de m'immiscer en cette fin de commission sur les crédits en budgets... J'étais à la commission en éducation, alors, puisque je suis adjoint au ministre de l'Éducation. Je ne peux pas me cloner, M. le Président, encore, donc, malheureusement ou heureusement. Mes collègues vont dire heureusement, me connaissant. Alors, je veux aborder un sujet... Et je salue mes collègues de l'opposition officielle, mes collègues de la partie gouvernementale, le ministre, toute son équipe. Je sais qu'il a une équipe extrêmement dynamique.

Alors, je vais aborder le sujet de l'impartialité du processus de nomination des P.D.G. et P.D.G.A. Puis je suis un peu surpris que l'opposition n'ait pas parlé de ce sujet-là. Je sais qu'ils en ont parlé beaucoup avant l'adoption du projet de loi n° 10, mais ils n'en parlent plus maintenant. Tout au long des débats sur le projet de loi n° 10, tant les élus de l'opposition que les critiques de la réforme dans la société civile parmi les lobbys du réseau ont maintes fois affirmé que les dispositions de la loi sur la nomination des P.D.G. et des P.D.G.A. par le ministre ouvraient la porte aux nominations partisans et à l'ingérence politique tant dans un processus décisionnel censé être objectif... Or, l'expérience — puis on l'a vu parce qu'ils ont été nommés il y a quelques semaines — démontre, en fait, que le processus était d'une rigueur et d'une impartialité sans faille et que les candidats sélectionnés ont tous une feuille de route impressionnante.

Les députés de l'opposition ont répété pendant des mois combien c'était effrayant que le ministre de la Santé nomme les dirigeants du réseau. M. le ministre, vous étiez le plus méchant des méchants. Vous étiez plus méchant que Voldemort dans *Harry Potter*, il faut le faire, là. Et ils ont fait mine d'ignorer que seul le ministre est directement imputable devant la population de tout ce qui se passe dans le réseau et de chacun des 33 milliards de dollars qui y sont dépensés à chaque année. Ils ont oublié de se rappeler que tous les acteurs du réseau, les élus gouvernementaux, dont le ministre de la Santé, sont les seuls que les citoyens du Québec peuvent mettre à la porte à tous les quatre ans. Et l'opposition officielle doit certainement le savoir, ça leur est arrivé il n'y a pas longtemps. Donc, ils le savent très bien que le ministre est redevable à la population, à ceux qui nous ont élus.

On a entendu toute la panoplie de la démagogie partisane, puis je pense que c'est important de revenir sur ce sujet-là parce que ça a fait couler beaucoup, beaucoup d'encre. Maintenant, on n'en entend plus parler, mais on en entendait parler beaucoup avant l'adoption du projet de loi n° 10. On entendait que le ministre nommerait des amis du parti sans compétences particulières comme dans le temps de Nicolas Girard, que le ministre profiterait de son pouvoir de nomination pour intimider les gestionnaires et tasser ses ennemis. On ne fait pas ça, nous, M. le Président, au parti libéral. Comme si le ministre achetait des gens pour les tasser. De un, M. le Président, le ministre n'a pas les moyens de faire ça, il ne peut pas nous acheter. Et ne lui appartient pas la moitié des médias au Québec, donc il ne pourrait pas se permettre ça. Et il était dit qu'il n'en ferait qu'à sa tête, sans même examiner les candidatures ni demander l'avis à quiconque, bref, qu'il saborderait d'entrée de jeu sa propre réforme en nommant des gens...

• (16 h 30) •

Le Président (M. Tanguay) : ...au règlement.

Mme Lamarre : On prête des intentions à l'opposition clairement, là. L'énumération, là, ça déborde.

Le Président (M. Tanguay) : Merci pour le rappel au règlement. Faites attention, M. le député de Papineau. Continuez, la parole est à vous.

M. Iracà : Alors, il n'a pas nommé des gens incompetents, il a nommé des gens compétents. Je vais vous donner un exemple. Moi, en Outaouais, là, le P.D.G., là, il s'appelle Jean Hébert. Moi, je ne sais pas s'il est bleu, rouge ou vert, mais je sais une affaire, c'est qu'il est compétent, puis que le P.D.G.A., M. Tardif, il est compétent. Et, dans les régions du Québec, ceux qui ont été nommés, ce sont des gens tous compétents, dévoués, qui vont s'arracher le coeur, M. le Président, pour donner le meilleur service aux citoyens. Et c'est sous cette base-là, M. le Président, qu'ils ont été nommés, contrairement aux affirmations qui avaient été dites par l'opposition. Bien sûr avant l'adoption du projet de loi n° 10, maintenant on sait tous que ça s'est bien fait, que ça s'est fait de manière très structurée et que les gens qui sont en poste, ce sont des gens de haute compétence.

Sachant cela, j'aimerais que vous profitiez de l'occasion, M. le ministre... Puis j'ai fait ce préambule-là parce que je trouvais ça important de le faire, premièrement, peut-être, pour donner une bouée d'air frais à ceux qui sont en poste en disant : Vous êtes là parce que vous êtes compétents. Pour nous dire ce qui était véritablement arrivé, qui avons-nous nommé suite au processus? Pourquoi était-il important, à vos yeux, d'avoir un lien d'autorité direct et clair avec ceux qu'on va demander de livrer la marchandise? Bref, étiez-vous si méchant que ça, M. le ministre? Alors, dans le cadre du processus de toutes ces nominations-là qui ont été faites, dans le fond, pour le bénéfice de la population, je pense, ce serait important que vous expliquiez un peu ce qui s'est passé.

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député. Je dois dire que votre préambule me rappelle très précisément un grand paquet de souvenirs. Et je n'aurais pas pu faire mieux que vous parce que vous avez décrit exactement et avec grande précision ce qui s'est passé, mais vraiment, vraiment, et je pense que ça montre l'importance, à cette étape-ci, de faire un retour ponctuel sur la chose. Parce qu'on se rappellera que tout ce que le député de Papineau, M. le Président, a évoqué a été, dans les faits, dit, et c'est vrai, hein, on n'en parle plus. C'est-u bizarre? On n'en parle plus, mais on en a parlé, on en a parlé, on en a parlé, et c'était tellement la fin du monde.

M. le Président, là, pour expliquer ce qui s'est passé, là, ce n'est tellement pas moi que, s'il y a consentement, je vais demander aux gens qui ont participé à ces sélections-là, qui les ont faites. Et pas simplement les P.D.G. et P.D.G. adjoints, mais aussi les conseils d'administration parce qu'on m'a, évidemment, aussi littéralement accusé, à la minute près, d'avoir trop de pouvoirs et de sélectionner un et sélectionner l'autre. On n'en parle plus aujourd'hui. C'est vrai que c'est très, très, très ironique, mais c'est le jeu de la politique, hein? Le jeu de la politique, c'est de passer des messages, même s'ils ne sont pas fondés.

Alors, s'il y a consentement, M. le Président, je passerais la parole à mon sous-ministre en titre, M. Fontaine, qui a piloté le processus de nomination des P.D.G. et P.D.G. adjoints, pour ensuite passer la parole au sous-ministre adjoint, M. Lafleur, qui a piloté et qui est en train de terminer l'exercice de nomination des conseils d'administration, pour lequel on m'a fait essentiellement les mêmes reproches.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Je dois demander s'il y a consentement pour, d'abord, entendre le sous-ministre Fontaine. Y a-t-il consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, pour les fins d'enregistrement, peut-être nous respécifier votre titre, votre nom, et la parole est à vous.

M. Fontaine (Michel) : Oui, M. le Président. Michel Fontaine, sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux. Alors, dans le contexte du projet de loi n° 10, M. le Président, il était prévu de mettre en place un comité formel de nomination tant des P.D.G., des P.D.G.A. que des membres des conseils d'administration des établissements, des nouveaux établissements. Alors, M. le Président, on a agi en conséquence et on a mis en place ce comité de sélection, ce processus formel de sélection, et la première étape a été d'aller en appel de candidatures dans les journaux, dans les journaux nationaux et dans les journaux régionaux de chaque section où on avait des CISSS ou des établissements non fusionnés. Donc, on a fait cette démarche-là, on a affiché aussi cet appel de candidatures sur les sites Internet habituels de recrutement. Donc, nous avons pu faire la démonstration, là, qu'il y avait encore... Malgré ce qui a été dit, là, qu'il n'y aurait pas de candidatures probablement pour des établissements de cette envergure-là, mais on a eu plusieurs candidatures, M. le Président, autour de 150 pour les P.D.G. et à peu près le même nombre pour les P.D.G.A.

Nous avons mis en place un comité de sélection aussi formel qui était formé du sous-ministre, moi-même, et d'un sous-ministre en titre Santé et Services sociaux qui avait terminé sa fonction pour un aspect de neutralité, qui était M. Roger Paquet, et deux sous-ministres adjoints au ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour ce qui est des présidents-directeurs généraux, nous avons rencontré autour de 89 candidats sur l'ensemble des candidatures qui avaient

été déposées. Donc, c'était une moyenne d'au moins trois à quatre candidatures par CISSS ou établissement non fusionné, et ça nous a permis de faire une recommandation... Dans tous les cas, nous avons conclu à une recommandation unanime du comité de sélection. Malgré qu'il y avait un choix, on a réussi, là, avec cette démarche-là, d'aller chercher des candidats très compétents et pouvoir faire une recommandation au ministre unanime pour chacun des CISSS de la province, ou des CIUSSS, ou des établissements non fusionnés.

Donc, M. le Président, je vous confirme que nous avons eu comme réponse du ministre 100 % de notre recommandation. La recommandation, qui était unanime, du comité de sélection n'a jamais été remise en cause, et c'est tout l'ensemble au complet des recommandations du comité de sélection qui ont été acceptées et adoptées par le ministre, et il y a eu les nominations par la suite. Je vous rappelle que ces démarches de mise en candidature ont été faites à la fin février. Nous avons mis une provision dans la loi, il y avait une provision dans la loi qui permettait de pouvoir mettre en place dès que les nominations seraient faites... Même si l'application de la loi se faisait le 1er avril, il y avait une provision qui permettait aux P.D.G. de rendre un certain nombre d'actions obligatoires avant le 1er avril, dès leur nomination. Donc, ils ont été nommés, là, autour de la mi-mars après les entrevues de sélection.

Et, par la suite, on a fait exactement la même procédure pour les P.D.G.A., donc appel de candidatures formel dans les journaux, etc., et il y a eu pour les P.D.G.A. autour... Parce qu'il faut se rappeler que, pour les P.D.G.A., on visait simplement les nouveaux CISSS et CIUSSS. Parce que la loi n'abolissait pas les postes de hors-cadres des établissements non fusionnés, à l'exception du D.G., donc on n'avait pas à sélectionner de P.D.G.A. pour les établissements non fusionnés. Donc, c'était quand même 22 établissements plutôt que l'ensemble des 27 autres tout à l'heure.

Donc, on a eu, naturellement, moins de candidatures. Mais ce n'est pas le manque d'intérêt, c'est qu'on avait moins d'établissements à pourvoir à ce moment-là. Donc, autour de 72 candidatures, et, là aussi, on avait le choix, là, on a eu la possibilité de choisir des personnes très compétentes pour gérer l'ensemble de nos CIUSSS, avec la possibilité d'à peu près trois, en moyenne, là, trois à quatre aussi entrevues par CISSS et une recommandation unanime, encore une fois, au ministre. Et les recommandations, là aussi, ont été acceptées à 100 % par le ministre et nommées par la suite.

Donc, on est dans ce contexte d'un processus formel, tel qu'on avait prévu dans la loi, et avec le maximum de compétences dans les circonstances, là, pour avoir une recommandation d'un comité, un comité de sélection neutre dans les circonstances, et le ministre a accepté à l'unanimité nos propositions. Donc, M. le Président, pour l'aspect des membres de conseils d'administration...

• (16 h 40) •

Le Président (M. Tanguay) : Ceci met fin au bloc. De toute façon, on verra pour la suite des choses. Vous aurez l'occasion, dans les autres blocs, peut-être de compléter votre réponse. Alors, je cède maintenant la parole au représentant de la deuxième opposition, le collègue de Deux-Montagnes, pour un bloc de 20 minutes.

M. Charette : Merci, M. le Président. Je n'en prendrai que quelques-unes pour partager mon temps avec mon collègue de Lévis. Peut-être vous dire, M. le ministre, que ça a été un plaisir d'assister à l'échange, ce matin, de ma collègue de Saint-Hyacinthe concernant le problème d'équité en matière de financement des soins santé. La Montérégie, malheureusement, n'est pas la seule victime de cette situation-là. Et j'emploie le mot «victime» à bon escient parce que d'autres régions doivent composer avec cette réalité qui a un impact direct sur les citoyens, sur les citoyennes. Les Laurentides sont aussi victimes, et, dans les Basses-Laurentides notamment, on est bien placés pour en témoigner, notamment au niveau de l'Hôpital de Saint-Eustache qui est en demande de financement pour bon nombre de services qui, autrement, sont offerts dans des régions comparables.

Et cette réalité inquiète au point qu'un groupe de citoyens s'est constitué il y a quelques mois, un groupe de citoyens totalement non partisan qui s'est réuni, justement, pour interpeller un petit peu les décideurs publics par rapport à la réalité des Basses-Laurentides. Groupe de citoyens qui s'est permis d'écrire à votre ministère, et le ministère a eu la décence et la gentillesse de lui répondre. Dans une lettre, on a bel et bien confirmé le problème d'équité. Reste à savoir comment le chiffrer ou à combien le chiffrer, tout dépendant qu'est-ce qui est inclus dans le calcul, mais on parle dans tous les cas de plusieurs dizaines de millions de dollars en moins pour une région qui est en croissance, à ce point que le Directeur général des élections parle même d'ajouter deux circonscriptions supplémentaires dans la région. C'est dire qu'il y a une forte croissance, et, malheureusement, les budgets n'ont pas suivi. Bref, le problème est réel.

J'ai entendu vos réponses ce matin. J'aimerais, par contre, vous entendre sur une question bien précise. Lorsqu'un problème est identifié, il faut trouver une solution. Et, pour mesurer le travail ou le progrès réalisé, il faut se fixer des objectifs. Il vous reste essentiellement trois ans et demi à votre mandat, quel est l'objectif précis que vous vous fixez pour les Laurentides au niveau du problème d'équité en matière de financement? De combien pensez-vous réduire ce problème d'équité au cours des années qu'il vous reste à votre mandat?

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

M. Barrette : M. le Président, alors, ce mandat-ci... Et j'espère que la prophétie de la députée de Saint-Hyacinthe se réalisera et que je ferai un deuxième mandat. Ça avait été dit ce matin, puis je l'ai bien noté, comme vous l'avez noté.

Alors, comme vous constatez, alors, on vit une période charnière, en ce sens qu'il y a encore la mécanique, qui est en place actuellement, de correction des disparités dans le financement, tel que je l'ai expliqué ce matin. Ce matin, j'ai expliqué que nous avons corrigé essentiellement la moitié des inéquités. Mais l'équité ultime passe par la mise en place du financement à l'activité, et le financement à l'activité va être mis en place progressivement dans ce mandat, et j'espère et je vise à ce qu'à la fin du mandat il soit appliqué complètement.

Alors, par définition, il y a deux exercices parallèles qui se font avec la même finalité. Si on devait continuer, M. le Président, à gérer la distribution budgétaire du Québec sur la base historique, bien, d'ici la fin du mandat, normalement

on aurait probablement presque fini la répartition adéquate de notre financement. Mais la meilleure répartition, ce n'est pas la correction historique, mais bien le financement à l'activité, qui va venir abolir le mode de financement historique progressivement. Donc, les deux modes se chevauchent dans ce mandat-ci, et l'un va faire disparaître l'autre à la fin du mandat. C'est ça qui est l'objectif.

Maintenant, comme ce sont deux mécaniques qui se chevauchent, là, à un moment donné ça devient malaisé, là, de mettre des objectifs pour un ou pour l'autre. L'objectif que l'on se fixe est, dans le mandat, de passer complètement au financement à l'activité. Alors, je reviens sur le financement à l'activité, je pense que c'est important pour la compréhension de tout le monde. Le financement à l'activité garantit l'équité. Mais l'équité, ça ne veut pas dire que, per capita, comme je l'ai expliqué ce matin, chaque région a le même montant parce que, comme je l'ai expliqué ce matin, il y a des régions où on va pour recevoir des services très spécialisés, ultraspecialisés qui font que ça ne peut pas se donner ailleurs, mais qui viennent augmenter le ratio per capita dans la région en question et, donc, qui est plus grande que l'autre. Donc, l'équité n'est pas à 100 % égale, mais bien, en quelque part, entre maintenant et... par exemple, 90 %, par exemple.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. M. le député de Deux-Montagnes.

M. Charette : Oui, une dernière question. Cette partie de votre explication, je l'ai bien entendue. On veut, naturellement, vous croire, les citoyens veulent vous croire. Cependant, même les dirigeants du réseau dans les Laurentides ont perdu un petit peu espoir, ce qui leur permet de se soustraire de leur droit de réserve habituel, ils n'y croient plus. Je vous explique — et ce sont leurs propos : Au fil des ans, plusieurs ministres vous ont précédé au niveau de la santé. Tous étaient convaincus d'avoir la bonne solution, tous ont promis, effectivement, de régler le problème, et, au final, les années ont passé, et le problème s'est tout simplement accru. Donc, ce n'est pas que je remets en question votre parole, mais on veut vous croire. Et, pour donner de la valeur à votre parole, êtes-vous prêt à en faire un engagement formel? Êtes-vous prêt à mettre littéralement votre parole en jeu et en faire un enjeu lors d'une prochaine campagne électorale? Est-ce que vous pourriez remettre votre siège en jeu si, comme les autres ministres avant vous, malheureusement, aucun changement n'était apporté, aucune amélioration n'était apportée? Et, je vous dis en toute franchise, les gens veulent y croire, mais n'y croient plus parce que ce type de promesse là a été réitéré par tous les ministres de la Santé, malheureusement, qui vous ont précédé au cours des dernières années.

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

M. Barrette : M. le Président, évidemment que je n'irai pas sur le terrain de la campagne électorale. Ce n'est pas le lieu, on est à l'étude des crédits. Ceci dit, M. le Président, les propos des administrateurs que le député de Deux-Montagnes nous relate sont, sans aucun doute, à mon avis, les propos des administrateurs pré-1er avril 2015, pré-CISSS, CIUSS et établissements non fusionnés, pré-loi n° 10. Bien, ils ne seront plus là, eux autres, là. Ceux qui sont en place, M. le Président, ont confiance et sont... non seulement ont confiance, mais comprennent très bien où est-ce qu'on s'en va. Et non seulement comprennent où on s'en va, mais le revendiquent eux-mêmes. Alors, moi, M. le Président, j'ai en face de moi des administrateurs qui adhèrent à ce que l'on veut faire et je serais très surpris de trouver des administrateurs actuels issus de la sélection qui vient de se terminer et qui vient de se terminer par les nominations qui ont été faites ne pas adhérer avec le plus grand enthousiasme à cet objectif-là et, en plus, ne pas avoir confiance que ça se réalise.

Maintenant, M. le Président, toutes sortes de choses peuvent arriver, on ne peut pas faire des engagements comme ça, là, à la légère, M. le Président. Qu'est-ce qui arrive demain matin, là, si, par exemple, là, il y a une pandémie d'un virus qui décime la population? Est-ce qu'on va me reprocher de ne pas avoir maintenu un engagement? Oui, parce que le jeu de la politique, c'est comme ça, toujours de même. Alors, on veut prendre un ministre puis lui dire : Engagez-vous, engagez-vous, engagez-vous en sachant qu'on ne peut pas faire ça, là. Mais, par contre, je peux m'engager formellement à tout mettre en place et faire tous les efforts nécessaires pour terminer la transition vers le financement à l'activité d'ici la fin du mandat. Ça, certainement, avec le plus grand des plaisirs. Mais, au-delà de ça, M. le Président, c'est un jeu politique que tout le monde voit, là, et je ne pense pas que ce soit dans l'intérêt de continuer dans cette direction-là à l'étude des crédits.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Pour encore 11 min 30 s, je cède la parole au collègue de Lévis.
• (16 h 50) •

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. J'irai sur un sujet très précis, on en a parlé ce matin. On a parlé de supercliniques, on a parlé de meilleurs soins à la population, d'appareils. Et ça, hier, le ministre en a fait mention, c'est-à-dire le fait qu'on puisse maintenant se procurer des appareils importants dans le domaine médical à coût moindre parce qu'on avait des politiques d'achat, et le reste. Alors, le ministre saluera certainement la construction d'une superclinique — ça se fait au moment où l'on se parle sur la Rive-Sud de Québec, les travaux sont en cours sur la route des Rivières, anciennement la route du Pont — clinique, 16 millions de dollars, investissement privé sur le bâtiment, des médecins qui s'y retrouveront, des omnipraticiens, des spécialistes. On accueillera là des gens qui ne sont pas inscrits, des patients sans rendez-vous, et aussi, bien, on sera accessible, à cette clinique-là, 365 jours par année, en semaine 12 heures par jour, huit heures par jour la fin de semaine, et avec tout ça, évidemment, clinique de prélèvements, clinique de radiologie.

Alors, je suis convaincu que le ministre sourit, donc, à cette initiative-là parce que ça fait partie probablement de ses... en tout cas, de ses souhaits, de ses espoirs pour que les gens aient un meilleur service. Là où le bât blesse, c'est que la direction médicale de cette nouvelle superclinique a acheminé deux demandes au ministre de la Santé pour obtenir un

permis de laboratoire d'imagerie médicale. Pas très, très compliqué, on souhaite avoir un appareil sur place. Il faut savoir que, sur la Rive-Sud de Québec, il y a trois appareils pour 420 000 citoyens, alors que, si on fait la référence du côté nord, c'est-à-dire du côté de Québec, bien, il y a 11 appareils pour 732 000 personnes. Alors, trois pour 420 000, c'est très peu. On le constate, plusieurs personnes de ce secteur traversent les ponts pour se rendre sur la Rive-Nord, histoire de pouvoir avoir leurs services et que ça aille plus rapidement.

La question est fort simple, parce que les gens la réclament... D'ailleurs, achat qui se ferait au coût... bien, en fait, aux frais du personnel médical de la clinique, et non pas aux frais du ministère. Le ministre entend-il délivrer ce permis et permettre à cette nouvelle superclinique d'acquérir un appareil de résonance magnétique dans un avenir très proche? Sinon, sur quoi se base-t-il pour refuser?

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

M. Barrette : M. le Président, je suis un peu étonné qu'à l'étude des crédits le député de Lévis vienne ici négocier pour un groupe de médecins qui négocie actuellement pour avoir une autorisation de mettre en place un appareil. Je ne pense pas que ce soit le lieu et le moment pour faire une négociation au nom d'une tierce partie. Il me semble que ce n'est pas le rôle des parlementaires, mais peut-être que je me trompe.

Ceci dit, M. le Président, j'ai bien expliqué ce matin que nous allons et que nous avons entrepris des démarches pour procéder au quadrillage du Québec en termes d'implantation de GMF sur notre territoire et, conséquemment, des supercliniques en lien avec ces GMF là. Et j'ai bien expliqué ce matin, M. le Président, que le cadre de gestion des GMF, tel qu'actuellement négocié, incluait les paramètres de désignation des supercliniques et que ce cadre-là allait bientôt être publié, lorsque la négociation avec la FMOQ sera terminée. Et il serait très, très malvenu de ma part de continuer cette conversation-là parce que le cadre n'est même pas publié, M. le Président, et le cadre déterminera le plus objectivement possible, rigoureusement et de façon transparente les paramètres qui nous permettront de sélectionner les endroits qui satisferont aux exigences et assureront à la population, sur la base d'une distribution populationnelle géographique, la désignation d'un GMF ou d'une superclinique. Alors, il faut mettre les choses dans l'ordre et terminer cet exercice, qui va se terminer bientôt, et ensuite décider où seront les cliniques.

Maintenant, il y a des gens qui, actuellement... Et je suis bien au fait de la clinique en question, là. La question n'est pas, pour moi, de saluer la chose ou non, je suis bien au fait que les investisseurs dans cette clinique-là voient un intérêt à être désignés superclinique. Bien, je dis simplement que, lorsqu'on aura terminé, conclu nos négociations sur les paramètres de désignation, s'ils rentrent là-dedans en termes de services et de géographie, de répartition populationnelle, je ne vois pas de problème. Ils devront montrer qu'ils satisfont à tel ou tel paramètre, c'est tout. Maintenant, aujourd'hui, ça serait tout à fait, à mon avis, malvenu de faire la négociation de l'obtention d'un permis de résonance magnétique — privé, en passant, M. le Président, pas public, privé — en commission parlementaire sur l'étude des crédits.

Le Président (M. Tanguay) : Collègue de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : Merci, M. le Président. Considérant que le questionnaire n'est pas en fonction d'une négociation, mais de services à la population... Vous dites, évidemment, «appareil privé», mais, si je réfère à votre volonté éventuelle de faire en sorte qu'on puisse obtenir des services au privé et que ce soit payé pour les gens qui ont besoin d'imagerie, de résonance magnétique, bien, ça rejoindrait quelque part votre volonté. Mais je comprends à travers vos propos... En tout cas, c'est ce que je saisis, que le projet sera considéré, à travers les propos que vous venez de me dire.

M. le Président, j'aborderai rapidement — le temps file beaucoup — les coûts liés au déploiement des systèmes informatiques du projet de loi n° 20. On a déjà abordé ce dossier, le ministre et moi-même, le ministre qui crée, avec le projet de loi n° 20, une grille — c'est une première mondiale, là — de pondération liée à un taux d'assiduité. De l'avis de plusieurs, ça risque de provoquer une explosion de coûts. Je sais que le ministre a déjà exprimé le fait que ce n'était que quelques petits ajustements du côté de la Régie de l'assurance maladie du Québec, que tout se ferait à coût nul, mais plusieurs en doutent.

Alain Dubuc, le 23 mars dernier, écrivait : «...le p.l. n° 20, malgré son apparente simplicité, serait une monstruosité bureaucratique aux effets pervers imprévisibles, avec les mécanismes de pondération des types de patients, la difficulté de tenir compte des profils de pratique, l'injustice des pénalités pour les médecins dont les clients iraient ailleurs, les distorsions provoquées par les stratégies pour augmenter les inscriptions de patients. Ce serait un véritable bordel qu'il faudrait éviter.»

J'ose, à ce moment-ci, reposer ma question au ministre parce qu'il a dit que ce n'était que des petites questions d'ajustement, simple ajustement de la RAMQ. Cependant, c'est assez étonnant parce que le ministère de la Santé gère et réalise chaque année un certain nombre de projets en ressources informationnelles, des projets informatiques, et on en parle, des exemples de projets avec des coûts estimés, des coûts révisés, des états d'avancement, la date de fin prévue. Le ministre a abordé un petit peu ces thèmes-là ce matin. Par exemple, regroupement des évolutions de système, le montant estimé, on est à 13 %, ce sera fini le 30 du 4, 2015. Système d'information sur le programme québécois d'adoption du dossier médical électronique, on en a parlé aussi, rendu à 24 %, avec des chiffres et des dates d'échéance.

Est-ce que le ministre... À nouveau, je repose la question : Estime-t-il que les coûts pour... l'implantation et l'opérationnalisation de la grille de pondération du projet de loi n° 20 seront nulles et sans coûts? Combien de personnes devront travailler au ministère de la Santé et à la RAMQ pour suivre l'atteinte des quotas des médecins? Et j'en ajoute une troisième : Combien de personnes devront être engagées à la RAMQ pour appliquer et gérer les contestations de médecins? Parce que, dans le projet de loi, l'article 12, on dit que la RAMQ aura aussi à se charger de cette tâche-là.

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

M. Barrette : Bien, M. le Président, comme le député de Lévis l'a dit avec justesse, c'est une question qui a déjà été posée de la même manière. Et, en plus, elle avait été posée en commission parlementaire, où le directeur général de la RAMQ est venu répondre à la question. Alors, je vais relayer encore une fois la même réponse. La RAMQ, c'est une quasi firme informatique, là. Et la RAMQ dispose d'un budget qui est adapté, et c'est dans les crédits, qui prévoit des ajustements à ses effectifs. Et c'est le propre de la RAMQ de faire de la programmation, et c'est le propre de la RAMQ d'ajuster en quasi permanence dans la réalité sa programmation pour s'ajuster aux différentes règles qui sont mises en application suite à la négociation que fait le ministère avec les fédérations médicales, et les dentistes, et les optométristes, et ainsi de suite.

La RAMQ, M. le Président, là, c'est une firme informatique, à toutes fins utiles, là, et c'est le coeur, là, c'est le coeur de sa business, si vous me passez l'expression. La RAMQ, là, ce n'est pas une firme de répondants téléphoniques ou d'appels téléphoniques, là, ce n'est pas ça, là. La RAMQ, M. le Président, c'est une firme, à toutes fins utiles, informatique qui traite de paiements et de conditions de paiement. Or, le projet de loi n° 20, comme je l'ai expliqué à plusieurs reprises, c'est un projet de loi qui traite de modalités de paiement, des conditions de paiement spécifiques et, dans le cas du projet de loi n° 20, les conditions pour avoir accès à une pleine rémunération. C'est le pain quotidien de la RAMQ, M. le Président. Le paiement, à la RAMQ, c'est ça.

Et je citais récemment un journaliste, M. Francis Vailles, qui avait fait un article sur la complexité du livre de codes. Bien, si le livre de codes est complexe à lire, M. le Président, on peut imaginer que la codification informatique qui sous-tend tout ça l'est encore plus. Je dis ça simplement pour illustrer le fait que, pour la RAMQ, de devoir faire des ajustements pour le projet de loi n° 20 en termes d'assiduité, de types de clientèle, et ainsi de suite, ils le font déjà. Et, comme M. le directeur général est venu le dire, bien oui, il y aura des ajustements à faire, mais c'est ce qu'on fait au moment où on se parle. Au moment où on se parle, M. le Président, dans l'étalement des sommes d'argent, c'est aussi des étalements de mesures, donc un étalement de nouveaux codes à écrire, et à vérifier, et à contrôler, et ça, c'est le pain quotidien. Alors, pour moi, il n'y a pas de surprise. Je comprends que ça étonne tout le monde qui n'est pas là-dedans, mais il n'y a pas de surprise.

• (17 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Pour un dernier 30 secondes.

M. Barrette : Il n'y a pas grand-chose de plus à dire, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Pour le 30 secondes qu'il reste, le collègue de Lévis.

M. Paradis (Lévis) : M. le Président, j'ajouterai que, selon plusieurs, la complexité de la pondération des quotas imposés par le ministre, le fait que des milliers de médecins seront visés par ces systèmes, qu'il y a des millions de consultations par année, que la condition médicale des patients évoluera dans le temps, qu'on devra codifier tout ça tenant compte de la répartition sur tout le territoire du Québec de près de 2 500 établissements du réseau de la santé et la complexité, et la lourdeur du mode de rémunération des médecins, on vient d'en parler, un livre de plusieurs centaines de pages... pour plusieurs, il apparaît évident que les changements informatiques derrière le projet de loi n° 20 ne peuvent se faire à coût nul, on sera vigilants.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Merci beaucoup. Pour un bloc de 19 minutes, je cède maintenant la parole au collègue de Sainte-Rose.

M. Habel : Oui. Merci, M. le Président. D'emblée, je laisserais peut-être M. Lafleur compléter son explication sur les P.D.G.

M. Barrette : Si vous me le permettez, M. le député, M. le Président, juste compléter ma réponse au député de Lévis.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : Je pense qu'on se retrouve en informatique, vis-à-vis les implications à la RAMQ du projet de loi n° 20, dans la même situation que le projet de déménagement de l'Hôtel-Dieu sur le site de L'Enfant-Jésus. Il y a un paquet d'observateurs externes qui ne sont pas de l'interne qui voient des problèmes et qui construisent des problèmes parce qu'ils ne sont pas là-dedans, là. C'est des observateurs, là, ils postulent que ça va être la fin du monde. Pourtant, les gens du milieu, de la RAMQ, sont venus dire en commission parlementaire que non. À un moment donné, il faudrait peut-être prendre l'opinion des gens qui sont directement concernés plutôt que des gens qui sont en périphérie du processus et qui n'ont pas la connaissance — et je dirais, là, et j'insiste là-dessus, je suis sûr qu'ils ne l'ont pas, la connaissance — pour faire cette appréciation-là.

Maintenant, M. le Président, tel que demandé par le collègue, je vais passer la parole à mon sous-ministre adjoint, qui va nous parler du processus de nomination, cette fois-ci, des conseils d'administration.

La Présidente (Mme Montpetit) : J'aurais besoin du consentement pour pouvoir lui céder la parole.

Des voix : Consentement.

La Présidente (Mme Montpetit) : Je vous demanderais donc de nommer vos nom et titre avant de débiter.

M. Lafleur (Pierre) : Bonjour. Pierre Lafleur. Je suis le sous-ministre adjoint à la coordination au réseau ministériel au ministère de la Santé et des Services sociaux. Tout d'abord, si vous me permettez, Mme la Présidente, brièvement d'introduire les membres de la commission au fait qu'à l'intérieur des conseils d'administration des nouveaux établissements, que ce soient les CISSS, les CIUSSS ou encore les établissements non fusionnés, on retrouve essentiellement trois grandes familles de membres à l'intérieur des conseils d'administration.

Brièvement, on retrouve, dans un premier temps, les membres désignés. Ce sont les membres qui proviennent essentiellement de l'interne de l'établissement et qui sont désignés par et parmi eux. À titre d'exemple, par exemple, les membres du CMDP. On peut penser aux membres également du CII, du conseil des infirmiers et des infirmières, ou encore du conseil multi. Et il y a une procédure bien particulière qui a été prévue pour la désignation de ces membres-là.

Autre grande famille ou autre grand type de membres au sein du conseil d'administration, on retrouve, entre autres, ce qu'on appelle les membres provenant des milieux d'enseignement. Parfois, ce sont des membres qui représentent les universités avec lesquelles sont affiliés le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux ou encore l'établissement non fusionné ou encore avec d'autres milieux d'enseignement auxquels sont associés les CISSS.

Et il y a les membres indépendants, membres indépendants qui doivent répondre — et j'y reviendrai peut-être un petit peu plus tard — à certains profils de compétence qui sont précisément nommés à l'intérieur de la loi. Les membres indépendants sont au nombre de neuf ou 10 dépendamment du type d'établissement, mais, dans tous les cas, les membres indépendants sont les membres majoritaires au sein du conseil d'administration.

Très brièvement, la nomination des membres de C.A. se fait en trois phases différentes. La première phase a été pour les membres indépendants, où on a procédé à un appel de candidatures au cours du mois de février dernier, donc un appel parmi la population. M. Fontaine faisait référence tantôt à l'appel de candidatures pour les P.D.G. et les P.D.G.A. Nous avons procédé au même type d'appel de candidatures, donc, dans les principaux journaux, que ce soient les journaux nationaux ou encore les journaux régionaux, pour nous assurer de rejoindre une bonne partie de la population. On a utilisé également, évidemment, tous les moyens de communication électroniques, sites Web qui étaient mis à notre disposition pour demander aux gens qui étaient intéressés à participer aux conseils d'administration à titre de membres indépendants à soumettre leur candidature. L'appel de candidatures a quand même eu un bon succès, on a au-delà de 1 200 personnes à travers le Québec qui ont déposé leur candidature pour l'un ou l'autre des établissements nouvellement constitués et également qui ont indiqué quelle était leur compétence ou le profil de compétence sur lequel ils décidaient de déposer leur candidature.

La loi prévoit — et c'est important de le mentionner — qu'il y a neuf profils de compétence qui sont prévus par le législateur, et je me permettrai de les mentionner rapidement parce que ça fait partie du processus d'évaluation qui a été mis en place que d'évaluer la compétence des gens au regard des profils qui ont été soumis. Ce sont des profils qui sont des profils de compétence, d'expertise ou encore d'expérience qui ont été mis en place au niveau de la loi pour les membres indépendants. On parle de compétence en gouvernance ou en éthique, de compétence en gestion des risques, finance, comptabilité, de compétence également en ressources immobilières, informationnelles ou humaines, compétence en vérification, en performance, gestion du réseau. Et, par la suite, ce sont plus des expériences qui sont de type expertise. Quand on parle, par exemple, de compétence au niveau des organismes communautaires, d'expérience à cet égard-là, d'expérience en protection de la jeunesse, en réadaptation, on voit qu'on a couvert l'ensemble des domaines d'affaires d'un établissement pour s'assurer qu'au conseil d'administration chacun des groupes qui est appelé à recevoir des services d'un établissement puisse avoir écho au niveau de ses préoccupations.

Comme le prévoyait la loi, le ministre a formé des groupes d'experts pour apprécier les candidatures qui ont été déposées pour les membres indépendants des conseils d'administration. Un bref rappel, les comités d'experts sont composés de sept membres. Parmi ces sept membres-là, on retrouve quatre membres experts qui ont été désignés par des organismes reconnus en matière de gouvernance, désignés officiellement par le ministre après que ces organismes-là aient eu recommandé leur candidature. Et on retrouvait également, pour chacun des établissements où on tenait des séances de travail pour faire les propositions qui vont être soumises par la suite au ministre, trois personnes qui, au moment de leur nomination, étaient ou avaient été président du conseil d'administration de la région où on se trouvait. Par exemple, lorsqu'on a fait, par exemple, la région du Bas-Saint-Laurent, bien, il y avait là trois ex-présidents de conseils d'administration qui avaient siégé sur l'un ou l'autre des établissements qui étaient partie prenante à la fusion de l'ensemble des établissements du Bas-Saint-Laurent.

Évidemment, on voit assez aisément le rôle de chacun de ces deux grands groupes là au sein des comités d'experts. Les experts désignés pour leur expertise en gouvernance et reconnus par des organismes en la matière, eux avaient, évidemment, à regarder les candidatures des gens sous l'angle, entre autres, de leurs expériences de travail, leurs expériences professionnelles, leurs expériences en gouvernance, des bonnes pratiques en gouvernance pour voir de quelle façon ces gens-là pouvaient contribuer à cette notion-là. Et les trois présidents ou ex-présidents de conseils d'administration avaient comme rôle, eux, d'amener une couleur beaucoup plus locale aux comités. Ce qui fait que l'équilibre entre un jugement sur une compétence à partir d'un C.V. et également la présence de présidents qui connaissaient souvent les gens du milieu intéressés faisait en sorte qu'on avait un équilibre où les couleurs locales étaient également respectées à la fois.

Tout ça, évidemment, dans un processus extrêmement rigoureux d'appel de candidatures où chacune des candidatures avait été passée au filtre, notamment pour s'assurer que les gens répondaient aux critères non seulement de compétence, mais également aux critères d'indépendance. Parce qu'on parle de membres indépendants, il y a 14 critères dans la loi. Je ne vous les énumérerai pas, évidemment, là, mais il y a 14 critères dans la loi qui permettent de juger de l'indépendance d'une personne. Donc, les candidatures avaient été filtrées à cet égard-là.

À ce jour, les comités et les groupes d'experts ont tenu une vingtaine de sessions de travail. Donc, actuellement, nous avons des propositions qui seront bientôt déposées au ministre pour une vingtaine d'établissements, et l'ensemble du processus avec les comités d'experts devrait normalement se terminer au cours des prochaines semaines. Avant même de venir ici, on était en rencontre pour planifier les dernières rencontres de comités d'experts pour faire l'ensemble des conseils d'administration à travers le Québec.

Donc, un processus extrêmement rigoureux, tel que prévu par la loi, qui a été appliqué. Je vous ai parlé des membres indépendants. Très rapidement, je glisserais sur les membres qui sont désignés. Il y a, pour les membres désignés, pour la nomination de ces membres-là, un processus également très précis, très formel qui va encadrer la désignation de ces membres-là, et ça se fait par voie de règlement. Le règlement a été publié le 8 avril dernier dans la *Gazette officielle*, il est maintenant en vigueur. Et c'est le règlement qui porte sur le processus de désignation de certains membres des conseils d'administration des nouveaux établissements qui sont créés par la loi, et ce sera mis en application au cours des prochaines semaines.

Et dernier groupe qui constitue... Dans les trois grands types de membres de conseils d'administration, il y a les membres qui proviennent des milieux d'enseignement. Là encore, la loi prévoit que le ministre désignera les gens qui représenteront les institutions d'enseignement au sein du conseil d'administration à la suite d'une demande faite auprès des principaux établissements d'enseignement, que ce soient les universités, les cégeps et même les commissions scolaires, et cette demande plus formelle que le ministre adressera sera faite au cours des prochaines semaines auprès des principales maisons d'enseignement.

• (17 h 10) •

La Présidente (Mme Montpetit) : Je vous remercie, M. Lafleur. Donc, M. le député de Sainte-Rose, à vous la parole.

M. Habel : Oui. Merci, Mme la Présidente. Permettez-moi de changer de sujet et de parler de transparence et de gouvernement ouvert. On sait que c'est une tendance mondiale qui s'articule sur trois axes, qui sont la transparence, la collaboration et la participation.

Premièrement, l'axe de la transparence, qui est de rendre accessibles les données publiques sur le site du gouvernement du Québec ouvert.gouv.qc.ca. Vous avez une panoplie de données publiques, et on vise à l'augmenter d'année en année. Vous avez même maintenant sur le site premier.gouv.qc.ca l'agenda du premier ministre, et ceux des ministres vont suivre aussi, Mme la Présidente. Évidemment, il y a toujours l'aspect de la sécurité qui doit être pris en ligne de compte et aussi l'aspect de la confidentialité. Si, par exemple, on rencontre un citoyen dans notre comité, évidemment ce ne sera pas sur l'agenda.

Il y a un autre axe, l'axe de la participation des citoyens, pour stimuler les échanges avec les citoyens, avec les employés de l'État. J'avais même invité dans un de mes discours, Mme la Présidente, l'opposition officielle et la deuxième opposition à soumettre des idées dans la boîte à idées qui est intervenue sur la Commission de révision des programmes, disponible encore sur le site Internet revisiondesprogrammes.gouv.qc.ca, pour apporter des idées, pas toujours critiquer et faire des critiques constructives. Donc, on va être agréablement surpris de recevoir des idées de l'opposition officielle et de la deuxième opposition.

Et aussi, toujours sur le troisième axe, qui est la collaboration, parce qu'il faut cesser de travailler en silo, Mme la Présidente, alors tout cela parle d'un gouvernement ouvert. Et c'est sûr et certain que le ministère de la Santé et des Services sociaux est un poste budgétaire important. Alors, j'ai des questions pour le ministre. J'aimerais savoir quelles sont les nouvelles initiatives de transparence que vous avez mises de l'avant vis-à-vis le gouvernement ouvert, mais surtout orientées vers la transparence.

La Présidente (Mme Montpetit) : M. le ministre.

M. Barrette : Mme la Présidente, chers collègues, alors, la transparence, je pense que... et nous pensons dans notre gouvernement, Mme la Présidente, nous pensons que la politique est rendue là. Je pense qu'un des antidotes au cynisme, un des antidotes aux débats inutiles, aux insinuations, aux faits mal rapportés ou mal interprétés, bien, cet antidote-là, il passe par la transparence. Et c'est une notion qui a été mise de l'avant avec beaucoup d'insistance et beaucoup de conviction par notre premier ministre, et, personnellement, j'adhère à cette position-là complètement.

Et, quand on parle de transparence, bien, ça peut prendre diverses formes, et je dirais même, Mme la Présidente, qu'on est à une première étape dans la catégorie de la transparence, dans le mouvement dans lequel on s'engage en termes de transparence et, donc, d'un gouvernement qui est prêt des citoyens, en qui les citoyens auront confiance parce qu'au bout de la ligne, c'est ce que l'on veut tous, je pense. Et, aujourd'hui, ce que l'on fait avec la documentation qui y est rattachée, bien, c'est un exercice aussi de transparence. L'étude des crédits, avec les documents qui y sont attachés, bien, c'est un exercice de grande transparence qui n'est pas nécessairement à la portée de tout le monde, mais qui, certainement pour les parlementaires, a une grande valeur quant à la qualité et au détail des informations qui sont fournies.

Maintenant, il y a d'autres choses qui sont faites ou qui constituent des initiatives qui sont nouvelles et novatrices en termes de transparence. Alors, par exemple, ce que les députés font, qui ils rencontrent, quand, où, dans quelles circonstances, bien, on est le premier gouvernement à rendre publics à l'avance nos activités, nos rendez-vous, notre agenda avec tous les membres de la société civile qui viennent faire des représentations. C'est sûr qu'on ne met pas dans ces agendas nos activités internes, et c'est tout à fait normal, évidemment, mais nos activités de députés, de ministres qui nous mettent en lien avec le monde extérieur — mais quel monde, le monde qui est qualifié parfois... un monde d'influence, de lobbyisme, et ainsi de suite — bien là les choses sont claires, elles sont dites, les gens voient où on va et les gens voient ce que l'on fait dans nos fonctions. Alors, que ce soient les déplacements, les repas, l'hébergement, le financement de tout ça, ça fait l'objet d'une divulgation qui est exhaustive.

Alors, on a choisi, comme gouvernement, de montrer patte blanche devant la population, les gens voient ce que l'on fait. Et je pense qu'au fil du temps les gens vont reconnaître l'importance de ce geste-là et qu'ultimement ça va augmenter la confiance que devrait avoir la population envers leurs institutions et les gens qui occupent des postes à l'intérieur de ces mêmes institutions. Alors, c'est la même chose pour les demandes d'accès à l'information. Maintenant, on fait sauter les barrières entre les ministères, ce qui n'était pas le cas avant. Avant, il y avait des obstacles d'une demande d'information lorsque ça touchait plusieurs ministères, nous faisons sauter ces barrières-là.

Même chose pour les projets d'infrastructure. Moi, quand je suis arrivé en poste, j'ai été à même de constater à quel point le programme québécois d'infrastructure, les plans triennaux, les plans quinquennaux, les plans sur 10 ans étaient essentiellement des outils politiques qu'un gouvernement pouvait utiliser. Les dossiers, les projets apparaissaient, disparaissaient au bon vouloir du vent, de la navigation politique, pourrais-je dire. Aujourd'hui, on a passé des lois, une loi sur la gestion des infrastructures qui fait que, lorsqu'un projet arrive, il va sur le PQI, il va y rester, il va suivre une séquence, et, lorsqu'il se rend à telle étape, on a l'assurance que le projet sera réalisé. C'est une avancée, c'est une nouveauté, c'est une innovation qu'on peut mettre dans la catégorie de la transparence et de l'engagement vis-à-vis la situation.

Les crédits. Tantôt, en introduction, je faisais référence à la documentation qui est afférente à l'étude des crédits. Bien, cette année, c'est une innovation, une avancée encore une fois parce que, pour la première fois, on atteint un niveau de détail qui n'est peut-être pas ultime, mais qui est certainement plus grand que ce qui a été présenté précédemment, hein? Précédemment, là, il y avait une enveloppe — et j'ouvre les guillemets, là — qu'on appelait les activités régionales. Ce n'est pas compliqué, là, c'étaient à peu près tous les services qui étaient donnés dans une région qui étaient inclus sous un seul thème qui était Activités régionales. Et, pour le citoyen qui voyait ça, bien, il n'y avait aucune possibilité pour le citoyen d'avoir la moindre idée ou la moindre précision sur où allait l'argent. Par exemple, était-il possible précédemment de voir une ligne programme Jeunes en difficulté ou Soutien à l'autonomie des personnes âgées?

Bien, aujourd'hui, ce n'est plus ça. Aujourd'hui, elles sont là, ces lignes, les programmes sont là. On n'a pas le salaire de chaque individu ou la dépense de chaque installation à telle heure de la journée. Évidemment, on n'a pas ça, là, on n'aura jamais ça, mais maintenant le citoyen est capable de voir avec beaucoup plus de précision où va son argent. Et qui plus est, tout le monde doit fonctionner sur la même base dans la province. C'est un des bénéfices des CISSS, de la loi n° 10, la même norme est appliquée partout et la même transparence est exigée de tout le monde.

Et on va plus loin, M. le Président. Auparavant, on ne participait pas nécessairement à une comparaison avec nos homologues des autres provinces. Aujourd'hui, on le fait sur la base d'indicateurs communs, ce qui permet à la population de juger de notre performance en comparaison avec nos pairs des autres populations des autres provinces du Canada. Quand on met tout ça ensemble, M. le Président, nous avons fait une avancée significative et très importante en termes de transparence dans le but de permettre à la population d'avoir les informations pertinentes pour juger de notre performance.

• (17 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Maintenant, pour un bloc de 22 minutes qui est dévolu à l'opposition officielle, je cède la parole au collègue de Richelieu.

M. Rochon : Merci, M. le Président. Alors, bonsoir aux collègues, mes collègues, ceux de la deuxième opposition, collègues du parti ministériel, M. le ministre.

Alors, M. le Président, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié un nouveau règlement qui va s'intéresser aux aînés, M. le ministre, un nouveau règlement sur la certification des résidences pour personnes âgées. Les nouvelles règles appliquées mur à mur, elles ont causé une véritable vague de décertification dans le réseau des OSBL d'habitation pour personnes autonomes. Le principal problème de l'application de la nouvelle réglementation, c'est qu'elle oblige la surveillance 24 heures sur 24, sept jours sur sept des résidents de toutes les résidences, qu'elles accueillent des personnes âgées parfaitement autonomes ou des personnes semi-autonomes.

En ce qui a trait aux résidences qui accueillent des gens semi-autonomes, les impacts y sont inexistant, puisqu'il existe déjà là une surveillance 24 heures sur 24, sept jours sur sept. C'est différent dans les OSBL d'hébergement pour gens autonomes. Dans la plupart des cas, les résidences comme ça embauchent un directeur ou une directrice 20 heures par semaine. Il y a parfois quelques animateurs, des chauffeurs. Alors, l'obligation d'avoir une surveillance 24 heures sur 24, sept jours par semaine, ça entraîne des coûts, ça représente des coûts supplémentaires que les résidences évaluent à 150 000 \$ par année, une facture qui serait inévitablement refilée aux résidents.

Alors, le résultat, c'est que, sur 10 000 unités d'habitation représentées par le Réseau québécois des OSBL d'habitation, alors, sur 10 000 unités d'habitation, la quasi-totalité a fait une demande de décertification qui n'est pas sans impact. Des aînés qui vivent dans une résidence non certifiée, ils n'ont pas le droit au crédit d'impôt. Il y a une diminution des services dans les résidences non certifiées. Il y a interdiction d'y offrir plus d'un service sous peine de 2 500 \$ d'amende par jour. Les résidences non certifiées, en un mot, elles se transforment en blocs-appartements, donc aucune inspection non plus de l'agence de la santé et des services sociaux.

Le gouvernement libéral, il a mis sur pied, M. le Président, un comité réunissant tous les acteurs, là, autour de la révision de la certification, l'entrée en vigueur du règlement repoussée à octobre 2015. J'aimerais ça, M. le Président, que le ministre nous dise où en sont les travaux de ce comité. S'il m'a suivi, évidemment.

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

M. Barrette : Pardon?

M. Rochon : Vous ne m'avez pas suivi, M. le ministre.

M. Barrette : Non, je vous ai suivi, au contraire, au contraire, parce que je vais répondre à votre question.

M. Rochon : D'accord.

M. Barrette : Et puis ça me met un peu mal à l'aise de vous mettre mal à l'aise parce que, manifestement, je comprends que vous arriviez aujourd'hui en commission parlementaire et je vous en souhaite la bienvenue, comme vous arrivez à l'Assemblée nationale, et je suis très heureux de pouvoir travailler avec vous, mais peut-être auriez-vous bénéficié d'avoir été informé correctement par votre recherchiste parce que vous auriez appris que la racine, la source des décertifications n'est pas nous, mais bien vous, parce que les règlements auxquels vous faites référence ont été mis en place par le Parti québécois en février 2013.

Je cite l'article de journal qui a été rapporté à l'époque, février 2013. «En février 2013, l'ex-ministre de la Santé, Réjean Hébert, décidait de resserrer [les] critères de qualité et de sécurité.» C'est votre gouvernement, M. le député. M. le Président, c'est le gouvernement du Parti québécois qui a resserré les règles, lesquelles règles que nous essayons d'adapter aujourd'hui, et qui entraînent, effectivement, des problèmes, et qui génèrent de la décertification.

Mais, M. le Président, je peux comprendre l'inconfort du député de Richelieu, M. le Président, parce que c'est comme aujourd'hui, quand on va sur le site du candidat de Saint-Jérôme à la chefferie du Parti québécois, on voit son programme, et, quand on déroule le programme, qu'est-ce qu'on constate, M. le Président? On constate la chose suivante — il faut que je vous montre ça — il n'y a aucune référence à la santé. Alors, je peux comprendre le désarroi du député de Richelieu, M. le Président, face à la situation actuelle. Imaginez, M. le Président...

Mme Lamarre : M. le Président, le respect de la durée de la question et de la réponse.

M. Barrette : ...le plan en santé...

Le Président (M. Tanguay) : Pardon, attendez, attendez. Pardon, rappel au règlement en vertu de quel article?

Mme Lamarre : 35. C'est d'avoir une équité entre la durée de la question et la durée de la réponse.

M. Barrette : Ce n'est pas dans un règlement, ça.

Le Président (M. Tanguay) : En ce sens-là, je vous remercie de plaider pour le ministre, il lui reste une minute.

M. Barrette : Alors, monsieur...

Mme Lamarre : D'accord, mais on veut qu'elle porte sur la réponse.

Le Président (M. Tanguay) : Non, mais je ne veux pas faire d'ironie, je tiens à assurer mes collègues, là, des deux côtés, je pense, j'ai la prétention de présider avec équité. Le député a commencé son bloc de 22 minutes; il a pris 3 min 15 s, ce qui faisait 15 min 30 s au ministre. Je vois — le secrétaire peut en témoigner — je vois 16 min 30 s qui restent. Alors, il resterait une minute au ministre.

Je croyais que vous faisiez un rappel au règlement en vertu de l'article 35, pour autre chose, ce qui n'est pas le cas. Alors, M. le ministre, veuillez poursuivre, s'il vous plaît.

M. Barrette : Alors, M. le Président, ce que je constate de la situation actuelle au Parti québécois, c'est que l'on veut, même si on ne l'écrit pas — parce que ça a été rapporté — revoir le panier de services. Mais, en ce qui a trait à la certification, M. le Président, nous avons pris des mesures qui essaient de mitiger un peu la situation. Le Parti québécois a créé une situation difficile, dans certains cas presque impossible pour certaines RPA, résidences pour personnes âgées. C'est eux qui ont fait ça, et là on me demande qu'est-ce que je vais faire pour corriger la situation qu'ils ont créée. Bien, une des façons de le faire, évidemment, est de changer les délais, de revoir la réglementation, et c'est ce qu'on est en train de faire, nous sommes à l'écoute des gens.

Maintenant, comme le Parti québécois est à l'origine de tout ça et que peut-être ils y ont pensé... Parce qu'ils y avaient pensé avant, il pourrait peut-être, le député de Richelieu, nous faire des suggestions. Que verrait-il à être corrigé? Je suis tout ouïe.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Pour encore 15 min 30 s, le collègue de Richelieu.

M. Rochon : J'ai aussi, M. le Président, mes constats. Un de ceux-là, c'est qu'on passe bien rapidement de radiologiste à politicien. Je dis bien politicien ici.

Le gouvernement précédent, suite au dépôt de la nouvelle certification en 2013, M. le ministre, a entendu, a écouté des organismes qui sont intervenus pour lui demander d'assouplir la réglementation concernant la surveillance 24 heures sur 24. Ne soyez pas malheureux en pensant que je ne savais pas, j'étais tout à fait au courant, M. le ministre. Je sais que vous n'auriez pas voulu me mettre mal à l'aise.

Alors, le ministre, votre prédécesseur, a donc déposé un décret pour alléger la réglementation permettant à un résident d'assurer la surveillance dans le cas des résidences pour personnes autonomes de 50 places et moins. Alors, il y a eu des actions de posées.

J'aimerais parler au ministre, M. le Président, d'une clause grand-père qui permettait que les personnes âgées autonomes vivant dans ces OSBL d'habitation ou d'hébergement ne perdent pas leur crédit d'impôt, la perte du crédit d'impôt ne s'appliquant qu'aux nouveaux résidents. Qu'est devenue cette clause grand-père? Qu'est devenue cette clause grand-père?

Voici une courte liste des résidences dont les locataires ont perdu leur crédit d'impôt — alors, à l'évidence, il n'y a plus de clause grand-père, là : Résidence Laurier, de Saint-Lin-des-Laurentides; Accès Logement Repentigny, 76 locataires; Résidences communautaires Sacré-Coeur à Berthierville, 27 locataires. M. le Président, le ministre peut-il nous dire ce qu'il est advenu de la clause grand-père?

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

• (17 h 30) •

M. Barrette : M. le Président, je suis très étonné, évidemment, de la ligne de la question qui est posée actuellement parce qu'encore une fois ce sont des éléments qui découlent directement des décisions du Parti québécois, que nous devons revoir une par une parce qu'elles entraînent des problèmes. Les problèmes qu'on vit, là, que ce soit en certification, en crédits d'impôt, ça découle à 100 % des décisions prises par mon prédécesseur. Il a cassé les pots, et on doit recoller les pots cassés. On le fait, on est en train de le faire.

Pour aller un peu plus dans le détail — parce que je comprends que le député de Richelieu voudrait nous mettre la chose sur les épaules, bien, il ne pourra pas, M. le Président — le décret dont parle le député de Richelieu, il a été déposé, lui aussi, par Réjean Hébert, mais n'a pas résolu les problèmes. Les problèmes ont été causés par le Parti québécois, par un dogmatisme exagéré, hein? Le député de Richelieu vient de nous dire qu'on exagérât dans la surveillance. C'est eux autres qui l'ont mise, cette surveillance-là, exagérée. Alors, il nous parle du décret, c'est eux autres qui l'ont mis, le décret.

Ce n'est pas résolu, M. le Président, c'est vrai qu'il faut faire des adaptations. Et, s'il y a consentement, je pense que les personnes intéressées dans ce dossier, chez nous, là, qui pilotent ça, vont être à même de donner des informations factuelles précises au député de Richelieu, tout en se rappelant, tout le monde, là, que c'est le Parti québécois... Et là je constate que le député de Richelieu est bien informé, alors je suis donc doublement surpris de la ligne de questionnement parce qu'elle n'est pas à l'avantage du Parti québécois. Mais continuons. Alors, s'il y a consentement, je vais passer la parole à mon sous-ministre qui a la responsabilité de s'occuper de ça.

Le Président (M. Tanguay) : O.K. Collègue de Richelieu.

M. Rochon : M. le Président, M. le Président, j'aimerais ça que le ministre arrête un instant, juste un moment, là, un moment, là, de faire de la politique et j'aimerais ça qu'il nous dise combien de temps il laissera perdurer la situation, qui, inévitablement, amène le démantèlement du réseau des résidences pour aînés autonomes. Qu'on ait, là, les aînés, là, les aînés en tête, là, leur qualité de vie, leur sécurité. Qu'on ait ça en tête, là, plutôt que d'essayer, là, de scorer politiquement, là. Qu'on ait un discours un peu plus élevé, là, que de la petite politique, là.

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

M. Barrette : Bien là, M. le Président, je vais souhaiter la bienvenue au député de Richelieu dans son propre parti parce que, s'il aspire à ce que la politique ne soit pas de la petite politique, il y a du travail à faire à l'interne.

Mais, encore une fois, est-ce que j'ai le consentement pour permettre à mon sous-ministre de donner les détails factuels que demande le député de Richelieu? Et, au lieu de dire oui et, à la place, faire de la petite politique, pourrait-il dire oui et recevoir son information?

Le Président (M. Tanguay) : Juste avant de demander s'il y a consentement, je rappelle à tous — parce que ça a été utilisé des deux côtés — que «petite politique» est un terme à l'index. Alors, je vous invite, chers collègues... Faisons le débat de façon sereine. Je nous invite donc à revenir à une attitude un peu plus, peut-être, sereine, alors, de part et d'autre, vous l'avez bien vu.

Maintenant, ça appartient au collègue de Richelieu. Y a-t-il consentement pour entendre... ou vous pouvez poursuivre vos questions si vous le désirez.

M. Rochon : C'est très bien que le terme «petite politique» soit à l'index, ce serait bien que la petite politique elle-même le soit. Et, oui, il y a consentement pour entendre ces gens.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, on parlait de... Veuillez, s'il vous plaît, M. le sous-ministre, préciser votre nom, fonction, et la parole est à vous.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui. Sylvain Gagnon, sous-ministre associé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Essentiellement, la question portait sur le crédit d'impôt et le... Nécessairement, ce qu'il faut savoir d'un processus de certification... Et ça, c'est une mesure qui avait été mise de l'avant au cours des dernières années, il y avait un crédit d'impôt qui pouvait aller jusqu'à la hauteur de 30 %, 33 % et il y avait l'idée d'augmenter d'un point par année pour la couverture de certains services offerts dans les RPA. L'objectif du crédit d'impôt était de favoriser, donc, une plus grande certification à l'intérieur des installations qui accueillent des personnes âgées, de sorte que... Nécessairement, le corollaire de ça, à partir du moment où une entreprise, un exploitant décide de se retirer du processus de certification, bien,

nécessairement, l'obligation ayant été faite qu'il soit certifié pour que le crédit d'impôt pour le maintien à domicile — c'est un crédit d'impôt qui était automatique — se donne, bien, nécessairement, il y a une procédure qui est en place pour mettre fin aux crédits d'impôt, il y a des avis qui sont donnés à la personne qui recevait les crédits d'impôt. Et, dans la situation particulière, bien, on revient à un crédit d'impôt de base, là, qui existe pour l'ensemble des personnes de 70 ans et plus qui demeurent à domicile qui va s'appliquer.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Collègue de Richelieu.

M. Rochon : Ce sera tout, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Je cède maintenant la parole à notre collègue de Taillon pour encore 8 min 20 s.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, le prochain sujet... En fait, le député de Papineau, tantôt, a fait référence à l'importance de la crédibilité des processus, de l'importance de ne pas faire preuve d'ingérence, et c'est sûr que, dans le dossier du CHUM, dossier du CHUM, qui, au niveau du budget, a un budget de 955 millions de dollars, donc tout près de 1 milliard de dollars, c'est vraiment un pilier de notre système de santé et de services sociaux... Or, on a vécu une situation pour le moins ambiguë et questionnable au niveau de la procédure de gouvernance. Puisque le projet de loi n° 10 était un projet de gouvernance, j'aimerais, effectivement, qu'on le fasse d'une façon très sereine, ce parcours-là, parce que je pense qu'à travers ça il y a des leçons à tirer et il y a des façons de faire les choses qui sont plus appropriées que d'autres.

Je vais résumer rapidement, mais, dans le processus historique, on se souvient qu'il y a un comité de nomination au CHUM qui devait nommer un nouveau directeur du Département de chirurgie, et il y a donc un processus avec un comité de nomination qui est objectif, et ça, il faut respecter ça, c'est très important. Alors, pour toutes sortes de raisons, il y a eu un processus de nomination d'un deuxième comité, mais ce qui est sûr, c'est que c'est le comité de nomination qui doit prendre la décision, et non pas le ministre qui doit s'ingérer. On l'a dit, le ministre, on l'a prévu, il doit nommer le président-directeur général. En fait, ce qu'on a convenu dans la loi n° 10, c'est que le ministre... Dans le fond, les P.D.G. étaient nommés par le gouvernement sur recommandation du ministre, et j'espère bien que ça a quand même passé par une résolution du gouvernement.

Mais, si je reviens au CHUM, donc, il y a eu des interventions du ministre auprès du directeur général du CHUM. On a un processus, là, qui a été médiatisé beaucoup, et il y a eu des interventions lundi, mardi et mercredi du ministre ou du sous-ministre les 2, 3, 4, et finalement ça a conduit à la démission du directeur le 5, et il y a eu ensuite une récupération de tout ça. Les gens ont été de bonne foi, le ministre a alors choisi d'imposer un rapport d'enquête avec deux inspecteurs qu'il a lui-même désignés, Dr Michel Baron et M. Claude Desjardins, et ces personnes-là...

Une voix : ...

M. Barrette : Oui, j'ai le droit. Une question de règlement, là.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : Ici, c'est des intentions, 35, là — c'est 35, les intentions, là? — ...

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

M. Barrette : ...et c'est des faits qui sont faux. Je n'ai pas nommé d'inspecteurs, M. le Président, ça a été nommé par l'agence.

Mme Lamarre : Il n'a pas le droit, monsieur...

M. Barrette : Oui, oui, j'ai le droit.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, oui. Non, on va remettre les pendules à l'heure, j'étais absent... Alors, je m'autocritique en vertu de l'article 35.6°, j'étais absent ce matin. Par contre, vous savez, en vertu de l'article 39, tout député, incluant un ministre, aussi ministre soit-il, a le droit de soulever un rappel au règlement, et ça, indépendamment qu'il ait le droit de vote, le droit d'intervention. Alors, en vertu de l'article 39, tout député a le droit de soulever un rappel au règlement.

Ceci dit, sur le rappel au règlement, j'invite à la prudence la collègue de Taillon. Mais je vous invite à poursuivre, il vous reste 5 min 43 s pour ce bloc.

• (17 h 40) •

Mme Lamarre : Mais moi, je pense que je suis restée sur les faits. M. le Président, je vous remercie, mais, jusqu'à maintenant, ce sont les faits. Je pense qu'il y a un rapport qui a été remis par les deux inspecteurs qui ont été choisis par le ministre, et leurs recommandations — et j'ai le rapport ici — nous précisent très clairement... D'abord, dans un premier temps, ces gens font vraiment une recommandation à l'effet que la gouverne médicale du CHUM est bonne et s'est améliorée avec la venue du Dr Jacques Turgeon et son équipe.

La deuxième recommandation — et là c'est là qu'on a vraiment à s'interroger — on dit : «...un observateur neutre qui aura comme mandat de surveiller la rigueur des processus et qui en fera rapport au conseil d'administration.» Donc, ce qu'on demande, c'est un observateur neutre. Or, le ministre, peut-être, je pense... certainement de bonne foi, mais je pense que c'est là qu'il doit reconnaître qu'il faut être plus aguerri que ça au niveau de la gouvernance parce que, lui, ce qu'il recommande, c'est de nommer autant d'observateurs que de membres du comité de nomination et que ces observateurs-là aient droit de vote. Alors, un observateur, par définition, n'a pas droit de vote.

Donc, j'en suis juste à l'appel à la gouvernance, puisqu'on a fait l'éloge de la gouvernance. Puis je ne veux pas personnaliser strictement le débat, je veux juste dire : La gouvernance, c'est réfléchir en temps de paix à qu'est-ce qui va arriver quand on va être en situation conflictuelle. Là, on était clairement dans une situation conflictuelle, et la saine gouvernance dit : On confie à des observateurs externes. Et c'est ce qui a été fait, deux personnes externes, qui disent : Ça prend un observateur neutre supplémentaire. Donc, le ministre ne devrait pas, dans le respect de règles de gouvernance et de transparence, intervenir dans ce dossier-là et demander autant d'observateurs que de membres. Et on comprend bien, là, que, même si ça risque de susciter des conflits d'intérêts apparents, il faut éviter ça. Donc, les conflits d'intérêts, ils peuvent être réels, potentiels ou apparents. Dans ce cas-ci, on en a au moins un apparent et un potentiel, puis, si ça avait été nommé, ça aurait été un conflit d'intérêts réel. Alors, il ne faut pas que le ministre s'ingère dans ça.

Alors, est-ce que le ministre va respecter la recommandation des deux enquêteurs qu'il a choisis, qui est dans l'esprit complet de saines règles de gouvernance? Et cette portion-là du mandat du ministre, il l'a exécutée correctement, mais la portion qui reste et qui suit, elle pose problème au niveau de la saine gouvernance, et j'espère que le ministre l'a compris, pas dans le résultat concret, dans le processus, ça ne se fait pas.

Alors, ma question est simple : est-ce que le ministre va respecter la recommandation des deux enquêteurs qu'il a choisis d'avoir un observateur neutre qui va être observateur, et qui n'aura pas droit de vote, bien sûr, et qui va observer le travail du comité de nomination?

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Pour encore 2 min 30 s, M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, le problème fondamental qu'on a ici à ce moment-ci, bien, il vient, évidemment, de deux choses. Il vient du fait que la députée de Taillon n'est pas dans le même fuseau horaire que nous tous, là, parce que cette situation-là, en ce qui me concerne, elle est réglée, elle est derrière nous. Alors, je ne sais pas pourquoi qu'elle me pose cette question-là.

Maintenant, dans son préambule qui amène à sa question, M. le Président, c'est plein de faussetés, alors je vais rectifier encore une fois. Alors, il me semble que ce n'était pas difficile, M. le Président, pour la députée et sa recherchiste de s'enquérir des faits. Quels sont les faits? Un, les fameux deux observateurs externes, là, les gens qui sont venus faire une enquête, ça n'a pas été demandé par le ministre, par moi, par le ministère, ça a été demandé par l'agence de Montréal. La nomination des deux individus n'a pas été faite par le ministère, le ministre, le sous-ministre, ça a été fait par la P.D.G. de l'agence de Montréal. Le rapport, M. le Président, des deux individus qui ont fait leur enquête n'a pas été donné au ministre, il a été donné à l'agence, M. le Président, à l'agence. Et non seulement a-t-il été donné à l'agence, il a été donné aux parties prenantes de l'institution, à savoir le P.D.G. et le président du conseil d'administration, avant la suite que je vais raconter dans quelques instants, M. le Président. Et c'est important de pouvoir faire le point. Alors, je pense que mon temps est écoulé et j'imagine qu'on ne va pas...

Une voix : ...

M. Barrette : Non? Il me reste combien de temps?

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

M. Barrette : 40 secondes. Alors, 40 secondes, M. le Président. Ces rapports-là ont été demandés par autres personnes que moi, les nominations par une autre personne que moi, les rapports donnés à une autre personne que moi. Qu'est-ce qu'on vient d'entendre? On vient d'entendre la députée de Taillon dire une fabulation, des faussetés, et on peut se demander si c'est volontaire ou involontaire.

Le Président (M. Tanguay) : Il y a un rappel au règlement, M. le ministre, il faut faire attention aux mots que l'on emploie. Vous le savez très bien, vous êtes maintenant rompu à nos débats. Alors, il reste une dizaine de secondes. Pour quelque 10 secondes...

M. Barrette : Je dirai, M. le Président, que ces faits-là que je viens de donner sont de connaissance publique. Quelle est l'excuse de dire autre chose que ce qui est sur la place publique?

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Merci beaucoup. Alors, je cède maintenant la parole à notre collègue de Papineau pour un bloc de 19 minutes.

M. Iracà : Merci, M. le Président. Alors, peut-être, là, puisque je suis très bonasse, je vais laisser, sur le temps du gouvernement, la possibilité au ministre de répondre à la question de la députée de l'opposition.

M. Barrette : Et je constate que le député de Papineau est tout aussi serein que tout à l'heure. Parce que je pense qu'il a fait ses interventions de façon très sereine, comme je vais le faire, moi aussi.

Alors, je viens de démontrer que ce que la députée de Taillon... était faux. Maintenant, les recommandations du rapport que j'ai eu bien après le dépôt dudit rapport à l'agence de Montréal faisaient des recommandations non pas au ministère, mais au conseil d'administration du CHUM qui était en pleine fonction, en plein exercice légal lorsque le rapport a été déposé. Alors, comment la députée de Taillon peut-elle arriver ici, s'adresser à cette Assemblée et à la caméra, et d'insinuer que j'ai fait de l'ingérence, et me demander si je devais donner suite aux recommandations du rapport, alors que le rapport a été fait en bonne et due forme aux autorités qui l'ont demandé, à savoir l'agence et, en parallèle, au conseil d'administration de l'époque qui était en plein exercice et qui avait le pouvoir et le devoir, je dirais, de décider s'il y donnait suite? Je n'étais pas impliqué dans cette phase de cet épisode, et ça, ce sont des faits connus publiquement, M. le Président. Et, par hasard, un hasard déconcertant, la construction de la question de la députée en fait fi et, même, est contraire à la réalité.

Je continue, M. le Président. Après, la députée nous explique que j'ai eu une intervention, mais la députée omet, évidemment, omet — c'est un peu comme le programme électoral du candidat à la chefferie, hein, on omet la réalité — elle omet que c'est l'administration elle-même qui m'a demandé d'intervenir. Que la députée de Taillon ne soit pas d'accord avec mes propositions comme l'a été le P.D.G. de l'hôpital, c'est parfait. Mais qu'elle ne vienne pas dire que je n'ai pas suivi les recommandations du rapport, on était passé ça, on était à un moment donné où l'administration de l'hôpital a choisi de ne pas donner suite — de ne pas donner suite — à la totalité du rapport et de me demander de l'aide.

Deux instances m'ont demandé de l'aide, M. le Président. Une, qui était complètement hors d'ordre, qui était le président du CMDP — il n'y a pas de lien entre le gouvernement et le président de quelque CMDP que ce soit — et la deuxième, surprenante, qui était la demande du P.D.G., mais qui était légitime, et j'y ai donné suite. Et ils n'ont pas été dans la direction que je proposais, libre à eux, mais ce n'est pas de l'ingérence. Est-ce qu'aujourd'hui, M. le Président, on considère que répondre à une demande d'aide formelle, c'est de l'ingérence? Alors là, manifestement, à sa face même, la députée de Taillon veut amener ceux qui nous écoutent dans une direction injustifiée et indéfendable.

Aujourd'hui, qu'en est-il, M. le Président? Ma réponse a été claire, elle a été très claire, dans la loi, comme c'était le cas initialement, c'est la prérogative de l'administration locale de procéder à la nomination des chefs. Ça l'était à l'époque, ça l'est encore. On m'a demandé de l'aide, j'ai fait des propositions dans ce cadre-là qui n'ont pas été retenues, et la députée de Taillon ne se rend pas compte — et c'est là la question du fuseau horaire — que c'est fini, cette histoire-là. L'hôpital a pris sa décision, le P.D.G. a pris sa décision, qui est tout à fait correcte. Il a remanié complètement son comité de nomination, a nommé un observateur externe parce que c'est sa prérogative, et ça suit son cours. C'est tout, cette histoire-là est close, mais manifestement soit incomprise, soit modifiée par la députée de Taillon. Et, M. le Président, j'ose espérer que le terme que je vais utiliser est parlementaire, je trouve cette ligne de questionnement déplorable.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de Papineau.

• (17 h 50) •

M. Iracà : Oui. Alors, merci, M. le Président. Je pense que ça clôt, effectivement, cet aspect-là. Je pense que c'est clair et limpide pour toute la population. Les gens vont comprendre, il n'y a pas eu d'ingérence, et tout s'est fait dans les règles de l'art. Et je pense que plus clair que ça, je pense que ça ne se peut, là, je pense que tout a été fait avec transparence.

Alors, toujours dans la loi n° 10 qui a été adoptée, en lien avec les étapes de mise en oeuvre, certains groupes syndicaux et l'opposition, mécontents des mesures d'optimisation et de diminution de la bureaucratie, saisissent souvent toutes les occasions pour affirmer que la mise en oeuvre de la loi est improvisée suite à une adoption trop rapide par une procédure d'exception. Pourtant, un plan de mise en oeuvre contenant quelque 214 livrables a été conçu avec des échéanciers précis. Les différentes étapes prévues se déroulent rondement, ce qui, d'ailleurs, reste assez peu connu à l'extérieur des cercles des gestionnaires du réseau.

En adoptant la loi n° 10 il y a maintenant un peu plus de deux mois, nous savions que de nombreux changements prendraient effet dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des mois et des années à venir parce que c'est une réforme quand même majeure et que ça incluait des changements, des changements qui sont tout à fait normaux. Il y a les changements les plus connus comme la réduction de la bureaucratie et l'abolition des agences. Ce sont, selon ce que l'on croit, des changements positifs. Pourquoi? Parce que les contribuables ne veulent pas payer pour des rapports, et de la bureaucratie, et des réunions sans fin, ils veulent payer pour avoir des soins, des services de qualité. Ils veulent aussi, également, le retour à l'équilibre budgétaire, et tout ce changement-là de structure dépend, entre autres, de 220 millions récurrents que nous pourrions économiser sur la bureaucratie et le superflu.

Alors, nous, on est le parti qui veut mettre l'accent sur le service à la clientèle aux gens qui ont besoin de soins de santé. D'autres auront une autre vision, de sauver les structures, de mettre beaucoup d'argent dans la bureaucratie. Nous, on n'est pas là. Nous, on veut s'occuper des gens, on veut s'occuper du monde qui sont malades, on veut faire en sorte qu'ils soient soignés le plus rapidement possible. On veut mettre le moins d'argent possible dans la bureaucratie et dans les structures. D'autres — et en tout respect, puis ils ont le droit de le faire — veulent absolument sauver les structures et la bureaucratie pour garder un système extrêmement lourd. C'est leur choix, ce n'est pas notre choix, ça, M. le Président.

Il y a aussi des changements qui ont fait couler moins d'encre, mais qui sont liés aux véritables objectifs du projet de loi n° 10, qui sont la fluidité des parcours de soins et l'imputabilité des gestionnaires. On en a parlé, mais c'est important d'en parler. Il faut qu'à un moment donné les gestionnaires soient imputables des résultats qu'il va y avoir dans le service à la population, puis j'aimerais entendre le ministre là-dessus. J'aimerais, par exemple, que vous fassiez le point, M. le ministre, sur ce qu'on pourrait appeler les mouvements de personnel. Alors, je comprends qu'il va y avoir quand même et qu'il y a beaucoup de mouvements de personnel en lien avec le changement de structure, qu'il puisse nous expliquer davantage la structure de gouvernance de ces nouveaux établissements et ce que vous cherchez à accomplir, là, à travers ça.

Je comprends que le processus de planification stratégique n'est pas entièrement terminé. Je pense que c'est normal, les nouveaux gestionnaires viennent d'entrer en poste. Toutefois, comme vous avez toujours dit que le gouvernement agirait désormais comme donneur d'ordres vis-à-vis du réseau, pouvez-vous nous en dire davantage sur les attentes spécifiques que vous avez signifiées aux nouveaux P.D.G. directement? Quelle sera la nature des biens livrables que vous exigerez d'elles et d'eux? Et comment nous — et je pense que ça, c'est extrêmement important pour les politiciens — comment nous... les parlementaires pourront conclure à la fin, ou au début, ou dans le milieu qu'ils ont livré la marchandise ou non?

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député de Papineau. Alors, évidemment, vous nous amenez sur un terrain qui est vaste, mais d'une grande importance parce que, comme vous l'avez dit, évidemment on met en place pour le bénéfice de la population de nouvelles structures qui doivent avoir, comme je l'ai dit à plusieurs reprises, un maximum d'uniformité en termes administratifs dans la province pour faire en sorte qu'on puisse bien évaluer la performance de l'un par rapport à l'autre. Évidemment, pour faire ce changement-là, il faut avoir un plan. Et il faut avoir un plan qui nous amène vers une restructuration, donc un nouvel organigramme, une nouvelle imputabilité, une série de livrables. À titre indicatif, M. le Président, depuis le jour où on travaille sur la loi n° 10, on a mis en place ici une documentation d'étapes à suivre pour la mise en application du projet de loi n° 10, et c'est assez extensif, et ça va, évidemment, étape par étape, région par région, tout comme au Québec on a mis en place des organigrammes unifiés qui sont très détaillés ainsi qu'une série de livrables, là, dont je montre ici un exemple pour les premiers 100 jours et ensuite pour les jours d'après. C'est absolument illisible à distance, évidemment, mais il est possible d'avoir un tableau de bord qui nous permette de suivre l'évolution de cette transformation-là.

Et, pour vous donner quelques éléments plus factuels qui vous illustrent la chose, j'ai avec moi mes sous-ministres en titre et adjoint qui ont eu la responsabilité de faire la construction à la fois du chemin à suivre en termes de transformation, mais aussi de la construction des organigrammes et de la détermination des livrables, et, s'il y a consentement, M. le Président, je passerais la parole, dans un premier temps, à mon sous-ministre en titre M. Fontaine qui vous fera part de la transition, probablement suivie d'une présentation sur les livrables, qui est plus sous l'égide de mon sous-ministre adjoint, M. Lafleur, s'il y a consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Sur le même consentement. Alors, peut-être, M. Fontaine, encore une fois, pour les fins d'enregistrement, bien préciser votre nom et votre fonction. Merci.

M. Fontaine (Michel) : Michel Fontaine, sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux. M. le Président, d'abord, au niveau des organigrammes, ce qu'on appelle la structure organisationnelle, dès l'adoption du projet de loi... nous avons travaillé, naturellement, antérieurement pour mettre en place des organigrammes de façon très rapide pour faire en sorte que le réseau ne reste pas dans une instabilité. Parce que, dans le contexte de la démarche qui a rendu jusqu'à l'adoption du projet de loi, naturellement, les gens se posaient des questions, qu'est-ce qu'il allait arriver, etc. Donc, pour stabiliser très rapidement le réseau, nous avons mis en place une série d'organigrammes en fonction, naturellement, de l'ampleur des établissements concernés. L'organigramme de base était toujours de la même nature, si on peut dire, mais avec quelques variantes parce que, dans le contexte où on voulait deux D.G.A. ou... dans ce contexte-là, on y allait en fonction de l'ampleur de chacun des établissements.

Donc, on a accompagné les établissements très rapidement pour s'assurer, comme M. le ministre le disait tout à l'heure, d'une certaine standardisation à travers la province tout en tenant compte quand même de certaines couleurs locales, mais au départ avec une base d'obligation d'une structure organisationnelle très allégée pour ne pas avoir de situations, là, de diacres, sous-diacres, mais de pouvoir faire en sorte d'avoir une gestion avec des directions très hiérarchiques et transversales en même temps.

Donc, je vais vous faire grâce, là, des aspects de consultation par rapport à des organigrammes spécifiques de transversalité dans le contexte où on veut intégrer tous les services, mais juste pour vous dire que, de façon régionale et même provinciale, il y a eu une standardisation importante acceptée par tous les P.D.G. nommés et mise en place très rapidement parce que, dès qu'on avait fini d'adopter les organigrammes concernés qui... D'ailleurs, vous pouvez prendre connaissance sur notre site Internet, là, tous les organigrammes ont été signés par les P.D.G., ils sont sur les sites Internet. Donc, dès que ça a été mis en place, les P.D.G. avaient une directive claire avec leurs P.D.G.A., que vous vous souvenez qu'on avait nommés avant le 1er avril avec une provision dans la loi puis qui pouvait déjà être opérationnelle... avaient une directive claire de mettre en place la mise en candidature des autres postes de haut niveau de la structure organisationnelle pour s'assurer de stabiliser rapidement le réseau.

Et là je vous fais grâce des étapes, on est rendus maintenant à l'étape des directeurs adjoints. Donc, les directeurs ont été nommés pour la plupart, mais il y a peut-être une exception ici et là. Mais, de façon générale, on est rendus à la situation des directeurs adjoints, et, dès la semaine prochaine, ça va être l'ensemble des cadres intermédiaires pour stabiliser le réseau le plus rapidement possible, comme on l'avait souhaité.

Donc, pour la démarche, maintenant, des livrables... Parce que, ça aussi, on avait un plan, on avait un plan avec des étapes. Le premier plan était les livrables avant le 1er avril. Pour le P.D.G. et son P.D.G.A., qui avaient des obligations, il y avait une trentaine d'obligations de réalisées avant même la mise en place, là, de la loi le 1er avril et à la suite, comme le ministre le mentionnait tout à l'heure, des 100 premiers jours. Ça fait que ça, avec l'autorisation, M. Lafleur, qui est le sous-ministre adjoint de ce secteur, pourrait vous donner un petit peu de détails s'il y a lieu.

• (18 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le député de Papineau.

M. Iracà : Bien, moi, ce que je comprends à la lumière de la réponse qui nous a été mentionnée, c'est que la mise en oeuvre progresse, progresse bien. Et je ne sais pas s'il y a un complément de...

Le Président (M. Tanguay) : Je pense que, M. Fontaine, vous vouliez ajouter. Alors, y a-t-il consentement pour entendre M. Fontaine?

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Lafleur? M. Lafleur. Alors, il y a consentement. Alors, nous sommes tous pendus à vos lèvres. Peut-être en précisant votre nom et vos fonctions, et la parole est à vous pour encore trois minutes.

M. Lafleur (Pierre) : Pierre Lafleur. Je suis le sous-ministre adjoint à la coordination réseau et ministérielle. Les membres de la commission faisaient référence, là, au plan de mise en oeuvre. Effectivement, le ministère a mis en place un immense plan de mise en oeuvre de la loi qui, au départ, s'appuyait sur trois principes fondamentaux, le premier étant, évidemment, que toutes les actions qui étaient pour être mises en place étaient pour améliorer la fluidité au niveau du patient, améliorer l'accès également aux services au niveau du patient. Deuxième élément, il fallait diminuer la bureaucratie. C'était également un des objectifs que visait... et le ministre en a parlé à plusieurs reprises au cours de la commission à cet égard-là. Et un élément extrêmement important, c'était d'assurer pendant la période de transition le maintien des services à la population. Et c'était un objectif qui était d'ailleurs la première attente signifiée à chacun des P.D.G., malgré la transformation majeure que subit actuellement le réseau de la santé, de maintenir les services à la population, et, dans tous les cas, les services ont été maintenus à cet égard-là.

Maintenant, le grand plan de mise en oeuvre du ministère se décline en deux sous-plans, si vous voulez : d'abord, dans un premier temps, un plan qui est ministériel, auquel faisait allusion M. le ministre tantôt avec les plans qu'il vous a montrés; un plan d'action qui se déclinait en deux phases également, une phase avant le 1er avril, donc toutes les actions qui devaient être mises en place pour assurer une transition cohérente, une transition également la plus douce possible entre le 31 mars et le 1er avril. Ce plan d'action là, la phase I comprenait 34 grands chantiers et 216 livrables. La reddition de comptes a été effectuée au niveau de la phase I du plan d'action, et 100 % des livrables ont été complétés en temps pour le 1er avril. Il y a un deuxième plan d'action ou une phase II à ce plan d'action là qui est essentiellement au niveau du ministère de la Santé qui est actuellement en oeuvre, qui couvre jusqu'au 30 septembre prochain, donc les six premiers mois de la réorganisation, et on retrouve là-dedans 55 chantiers et plus de 260 livrables qui y sont déclinés.

Deuxième élément du plan de mise en oeuvre, M. Fontaine y faisait référence tantôt, il y a toute la portion qui s'adresse aux P.D.G., aux agences, qui s'adresse au réseau de la santé, et il s'agit d'un cahier de charges. En fait, c'étaient les actions que devaient mettre en place les P.D.G. pour assurer, encore là, une transition harmonieuse, une transition facilitée entre le 31 mars et le 1er avril, qui était la date des fusions dans l'ensemble des établissements. Ce cahier de charges là comprenait 31 actions, je peux donner quelques exemples d'actions qui ont été mises en place. Il fallait s'assurer, et la loi est très claire là-dessus... il faut s'assurer de la présence, entre autres, d'un directeur des services professionnels dans un établissement. Donc, on devait veiller à nommer un directeur des services professionnels, qui a la responsabilité, entre autres, de veiller avec le CMDP à la qualité des actes à l'intérieur d'un établissement...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Alors, malheureusement, ceci met fin au bloc, et je dois maintenant céder la parole pour 18 minutes au représentant de la deuxième opposition... à la représentante, la collègue de Saint-Hyacinthe.

Mme Soucy : Merci, M. le Président. J'aimerais aborder le sujet de l'entente avec la clinique Rockland. Le premier ministre avait promis, lors de la dernière campagne électorale, de sauver l'entente entre la clinique Rockland et l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal. En mars 2014, le premier ministre disait que l'entente avec Rockland était un projet qui fonctionnait bien, au bénéfice de tous les patients, et qu'il faudrait ouvrir la porte à d'autres ententes du genre. La CAQ veut favoriser ce genre d'entente pour diminuer les listes d'attente en chirurgie et engendrer des économies pour l'État.

Après son arrivée en poste, le ministre de la Santé a plutôt annoncé la fin de cette entente, et ce, sans aucune justification valable, cautionnant ainsi une décision dogmatique de son prédécesseur — et je dirais plutôt de son idole — Réjean Hébert. Or, après de nombreuses questions de la Coalition avenir Québec lors de l'étude de crédits l'an dernier, le ministre de la Santé a été contraint de produire une étude indépendante sur les résultats de ce projet pilote lancé en 2007-2008. L'étude fut effectuée l'été dernier et s'est terminée en novembre. La coalition, Rockland et plusieurs journalistes ont tenté de mettre la main sur l'étude depuis ce temps, mais le ministère a toujours refusé jusqu'à il y a 10 jours, en toute fin de journée, quand le journal *La Presse* a finalement obtenu l'étude, avant même la clinique Rockland. Encore plus ironique, l'étude ne se retrouve pas dans les cahiers de crédits malgré une question en ce sens de la Coalition avenir Québec. Bref, l'étude a été publiée dans la plus grande discrétion vendredi soir dernier, cette bonne vieille méthode, cette technique du vendredi après-midi que nous apprécions tous. Pourtant, les conclusions de cette étude sont importantes pour les patients et pour les contribuables.

Maintenant que l'on connaît les conclusions de l'entente, je comprends pourquoi que le ministre ne voulait pas la rendre publique. Alain Dubuc a écrit dans *La Presse* que l'étude secrète «démontre noir sur blanc que [la] volonté de mettre fin à l'entente entre la clinique privée et l'Hôpital du Sacré-Coeur ne reposait sur aucune base rationnelle».

L'étude démontre que les chirurgies coûtent moins cher à Rockland qu'à Sacré-Coeur, soit pour 2 630 \$ contre 2 754 \$, donc un écart de 124 \$, ce qui est mineur, mais ce qui fait voler en éclats le principal argument du ministère. «Chose beaucoup plus significative, l'étude conclut que l'hôpital serait incapable d'effectuer [...] les 1 500 chirurgies réalisées dans la clinique, et donc que la commande du ministère, rapatrier toutes ces activités à l'hôpital, provoquerait un étranglement et un allongement des [listes d'attente].

«[...]Le rapport permet d'arriver à une autre conclusion encore plus choquante. Le service prodigué aux patients est franchement supérieur à [Rockland qu'il l'est au] centre hospitalier.» Pourquoi? Parce que les installations du centre Rockland sont vétustes et ne sont pas adaptées aux chirurgies d'un jour et surtout parce que le taux d'annulation des chirurgies est beaucoup plus élevé, soit 12 % contre 2 % à la clinique. «Derrière les chiffres, ce sont des inconvénients majeurs, sinon des drames humains.»

Alors, M. le Président, au final ce rapport semble indiquer que le projet pilote a été concluant. Si tel est le cas, la logique voudrait non seulement que l'on poursuive l'expérience à Rockland, mais encore qu'on la reproduise, cela permet de réduire les listes d'attente à un coût inférieur. Il faudrait d'ailleurs encourager d'autres ententes de sous-traitance comme celle-ci. En plus, s'il y avait plusieurs acteurs, et non pas seulement Rockland, mais s'il y avait également de la concurrence, sans doute ça pourrait faire baisser les prix.

Tout cela pour dire que le ministre de la Santé était mal informé l'année dernière lorsqu'il a décidé de mettre fin à l'entente. Rappelons, hier, le ministre s'est vanté que son gouvernement a fait des analyses rigoureuses. Mais disons qu'il y a eu un oubli de la part du ministre, il a oublié de mentionner que c'est l'insistance de la Coalition avenir Québec et de son opposition constructive que nous sommes qui l'a contraint finalement à demander une étude.

Par contre, M. le Président, ce dossier du prolongement de l'entente n'est pas encore finalisé. J'ai un courriel envoyé par le sous-ministre à la Santé, obtenu par la Coalition avenir Québec en vertu de la loi de l'accès à l'information, qui dit que l'entente avec Rockland va se terminer le 26 juin prochain. Il s'agit quand même du troisième report de l'entente depuis un peu moins d'un an. Or, le ministre a dit pendant la période de questions qu'il allait utiliser les services de la clinique Rockland de manière complémentaire. Mais, d'un autre côté, il n'a pas encore annoncé au principal intéressé, qui est la clinique, que le contrat allait se prolonger. Rappelons, M. le Président, que l'entente doit se terminer au mois de juin, on est au mois de mai.

Le ministre dit que la clinique Rockland a démontré sa compétitivité et qu'elle peut donc être utilisée comme complément à notre réseau. Les conclusions sont claires : les chirurgies coûtent moins cher à Rockland, et l'hôpital est incapable à court terme de les rapatrier, et ce, même en utilisant d'autres hôpitaux. Donc, l'Hôpital Sacré-Coeur est présentement incapable de rapatrier les chirurgies effectuées à Rockland. J'explique les raisons, M. le Président. Près de 2 000 patients attendent pour se faire opérer à Sacré-Coeur, 1 400 à l'Hôpital Fleury, 1 100 à l'Hôpital Jean-Talon. De plus, Sacré-Coeur ferme ses salles d'opération à cause d'un manque d'infirmières, et plus de 115 chirurgies ont déjà été reportées à l'heure actuelle.

Alors, M. le Président, je demanderais à M. le ministre comment qu'il peut dire que Rockland sera utilisé de manière complémentaire tout en maintenant la fin du contrat en juin prochain selon le courriel qu'on a ici de votre sous-ministre. Maintenant, la deuxième question : Va-t-il prolonger cette entente, qui est bénéfique et pour le patient et, effectivement, pour les contribuables? Alors, si M. le ministre pourrait répondre à ces deux questions.

• (18 h 10) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

Mme Soucy : Voulez-vous que je vous les répète, M. le ministre? Les avez-vous bien comprises?

M. Barrette : Non, non, non, Mme la députée. Non, non, non, c'était très clair.

Le Président (M. Tanguay) : Vous allez manquer de temps si vous les répétez. M. le ministre, la parole est à vous.

M. Barrette : Parce que, là, ça a pris la moitié du temps, alors je vais prendre l'autre moitié du temps pour vous répondre avec plaisir. Mme la députée, je vais vous décevoir... M. le Président, je vais décevoir la députée, j'ai failli faire un appel au règlement parce que de penser que mon prédécesseur est mon idole, c'est vraiment, vraiment une atteinte au règlement. On comprend, là, qu'ici c'est de l'humour, mais que ce n'est vraiment pas le cas.

Alors, ceci dit, M. le Président, je pense qu'il est essentiel, suite au long préambule de la députée, d'apporter certains correctifs. C'est essentiel, M. le Président, et on va mettre les choses en perspective. O.K.? Premièrement, le centre médical Rockland, la clinique RocklandMD avait et a encore historiquement une entente avec l'Hôpital du Sacré-Coeur parce que l'Hôpital du Sacré-Coeur a, dans le passé, vécu une période, dans ses installations, difficile qui faisait en sorte qu'il n'arrivait pas à donner la quantité de services prévue à son mandat. Et ça, c'est le contexte qui a mené à la création de RocklandMD.

Maintenant — et je l'ai dit au moins à une reprise aujourd'hui — à un moment donné, à la Coalition avenir Québec, le C ne voudrait pas dire «consultation avenir Québec», là. Tous les dossiers sont des dossiers qui traitent de l'intérêt d'un individu ou d'une organisation, alors que... Et moi, je le sais très bien, là — parce que ça se faisait avant, là, quand j'étais ailleurs — je sais c'est qui, la source des demandes, là, je peux vous les nommer, là, mais on va laisser faire. Mais, à un moment donné, là, l'étude des crédits ne peut pas être la défense des dossiers d'individus tout le temps, on est ici pour parler des crédits du Québec. Alors, parlons Québec plutôt que de parler des chirurgiens et du chef de chirurgie de Sacré-Coeur qui véhiculent un paquet de documents, là, qui sont utilisés pour faire l'argumentaire ici. Alors, parlons Québec.

Alors, Rockland existe parce que, dans une institution, à un moment donné, il y a eu une problématique de vétusté, de ceci, de cela qui a diminué la capacité de l'hôpital à rendre ses services à sa clientèle, et il y a une entente

qui a été faite. Bon. Et ça, la députée de Saint-Hyacinthe sait très bien qu'il y a eu, à un moment donné, une étude qui a circulé — elle a circulé au Parti québécois, elle a même circulé à un moment donné en partie seulement ailleurs — qui faisait état de coûts substantiels.

Maintenant, je vais parler de l'histoire de ça, M. le Président, parce qu'il y a beaucoup d'historique dans le préambule de la députée de Saint-Hyacinthe. Il fut un temps, M. le Président, où il était véhiculé dans le réseau — et ça, j'étais dans ma vie précédente — il était véhiculé par les deux partis, le nôtre et le Parti québécois, des opinions, documentées ou non — du moins, à ma connaissance à l'époque, je me remets dans cette situation-là — à l'effet que RocklandMD, pour la même chirurgie, coûtait 30 % plus cher que dans le public. Ça circulait, là. Et il y a des études qui ont été faites, qui n'ont pas été rendues publiques, qui sont venues sur la table des deux ministres précédents, et là il y avait même été question de données contradictoires. Moi, je ne les avais pas, ces données-là, M. le Président. Il n'en reste pas moins que mon prédécesseur, lui, sur la base de ces données-là, a décidé de mettre fin à l'entente. Et, quand je suis arrivé en poste, j'ai pris connaissance des études demandées et exécutées par mon prédécesseur du Parti québécois qui faisaient état d'un différentiel à la hausse du service. Et là je n'envoie pas de pierre au Parti québécois, la donnée qui était disponible, semble-t-il, était à l'effet que ça coûtait plus cher, offrir le même service à RocklandMD qu'à partir de Sacré-Coeur.

Pendant ce temps-là, la situation à Sacré-Coeur a évolué, en ce sens qu'il y a eu des ententes de service qui ont été conclues entre Sacré-Coeur pour sa clientèle... avec Jean-Talon et Fleury, qui, eux, avaient du temps opératoire de disponible. Ah! ça change la situation. Ça veut dire que, pour Sacré-Coeur et sa responsabilité à lui, il y avait soudainement la possibilité de ne pas utiliser une entente qui coûtait théoriquement plus cher. Et là, théoriquement — je relativise les choses — quand moi, je suis arrivé en poste, M. le Président, c'est ça, le constat que j'ai fait, j'ai fait le constat qu'il y avait des études — au moins une — qui montraient que c'était plus cher à Sacré-Coeur et que Sacré-Coeur, en même temps, avait développé une capacité supplémentaire qui compensait pour la capacité perdue. Bon. O.K. Mais j'ai eu un doute. Et même que le doute était entretenu par les propos de la Coalition avenir Québec, qui, elle, disait : Nous, on a des données qui disent que c'est moins cher. Bon, bien là, coudon, qui dit la vérité? C'est ça qui était la situation, qui dit la vérité?

Alors, je suis déçu que la députée de Saint-Hyacinthe ne me félicite pas de mon geste qui a été de clarifier la situation, ce qui était la chose à faire qui n'a pas été faite avant. Au lieu d'admirer mon prédécesseur, ce que je n'ai, évidemment, pas fait, j'ai plutôt engagé un exercice qui visait à déterminer par des expertises externes et internes... deux exercices pour déterminer la réalité, et j'ai donné comme mandat à ces gens-là : Bien, vous autres, à l'interne, là, vous allez vraiment me sortir tous les coûts en fonction de a, b, c, d, là, tout ce qui existe dans l'évaluation du coût unitaire de soins à l'hôpital, et, à ceux de l'externe, ce qui se passe à Rockland, et vous allez confronter les données, et j'ai confronté les données.

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : ...un rappel au règlement?

M. Barrette : Oui, mais là c'est parce que je suis à peu près dans les mêmes temps que la députée...

Le Président (M. Tanguay) : Non, mais on va voir le rappel au règlement, elle peut le faire en tout temps.

M. Barrette : Ah! il y a un appel au règlement, excusez-moi.

Le Président (M. Tanguay) : Un rappel au règlement, oui, oui. Collègue de Saint-Hyacinthe.

Mme Soucy : Bien, écoutez, j'aimerais ça, féliciter M. le ministre, qu'il nous dise aujourd'hui qu'il va prolonger l'entente. Alors, c'est juste ça que j'ai besoin. La question, c'est ça : Est-ce que vous allez prolonger l'entente?

M. Barrette : Bien, je vais continuer ma réponse. C'est parce que je n'ai pas fini ma réponse.

Le Président (M. Tanguay) : O.K. Oui. Alors, veuillez continuer. Ce n'est malheureusement pas un rappel au règlement, veuillez continuer.

M. Barrette : Alors donc, des études ont été faites. Et, contrairement à ce que la députée de Saint-Hyacinthe a dit, ça n'a pas été mis sur un site Internet un vendredi soir, ça a été mis un vendredi à 15 heures, et, à ma connaissance, les sites Internet sont ouverts le samedi, le dimanche, le lundi subséquemment. Ces données-là, là, sont publiques, là, sont publiques, là, ne sont pas cachées. Contrairement à ce que la députée a dit, ce n'est pas vrai, là, ces données-là sont publiques, sont sur un site depuis des mois, alors sont publiques, M. le Président... des semaines. Alors, elles ne sont pas cachées, elles sont publiques.

Alors, quelle est la situation aujourd'hui? La situation est à l'effet que, bon, les données montrent, là, enfin par des études fiables, corroborées qu'on a payé trop cher. Parce qu'il y a un petit élément, là, qui n'a pas été décrit par la députée de Saint-Hyacinthe. Peut-être qu'elle ne le sait pas, mais il y a eu un moment où on a trouvé quelque chose d'irrégulier qu'on a pris en considération, et, quand on enlève l'irrégularité, bien là il y a un prix, là, qui disparaît, mais qui était là, par exemple, dans la première étude. Ça coûtait trop cher parce qu'il y avait des montants payés par l'hôpital erronément à la clinique. Quand on enlève ça puis qu'on tombe dans le vrai prix unitaire, ils sont compétitifs. Parfait.

Alors, qu'en est-il de la situation, M. le Président? Bien, la situation est très simple, Sacré-Coeur n'a pas de droit sur RocklandMD. Si RocklandMD veut offrir des services au réseau, bien, je suis disposé à le prendre en considération

pour le réseau, mais pas exclusivement pour Sacré-Coeur. Sacré-Coeur, aujourd'hui, qui fait partie d'un CIUSSS, a la capacité de gérer son parc d'installations, de salles d'opération au bénéfice de la population qu'il dessert, et, dans la situation actuelle, la réalité, c'est qu'il peut desservir sa clientèle de CIUSSS et de Sacré-Coeur dans son réseau.

Alors, ma réponse, elle est simple, RocklandMD est utilisable pour le réseau, mais non pas pour les clients de la CAQ. Et ça, je le dis avec ironie, mais, à un moment donné, le discours doit être un discours de réseau, mais pas un discours d'hôpital. RocklandMD peut être utilisé pour le réseau, et j'ai bien l'intention de voir ce que l'on peut faire, effectivement, dans cette direction-là parce que c'est de la capacité de bonne qualité, supplémentaire à ce que l'on a dans notre réseau, mais on ne me reprochera quand même pas d'optimiser le réseau avant d'aller à l'extérieur. Voilà la réponse.

• (18 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Pour encore une cinquantaine de secondes, la collègue de Saint-Hyacinthe.

Mme Soucy : Alors, je comprends que vous allez vous engager à rencontrer les gens de Rockland prochainement, là.

M. Barrette : Je vais m'engager, M. le Président...

Mme Soucy : Donc, ils peuvent vous contacter pour prendre un rendez-vous.

M. Barrette : Je m'excuse de vous interrompre, là, je ne voulais pas le faire, mais, comme il reste juste 30 secondes... Je m'engage à faire en sorte qu'on optimise notre réseau et que l'on évalue la possibilité budgétaire d'utiliser Rockland pour le bénéfice du réseau. Mon intérêt est le réseau, la clientèle du réseau, et non la clientèle spécifique de cinq chirurgiens. Je dis cinq au hasard.

Le Président (M. Tanguay) : Il reste encore une quinzaine de secondes. On en fait don, merci beaucoup. Je cède maintenant la parole pour un bloc de 19 minutes au collègue de Maskinongé. La parole est à vous.

M. Plante : C'est une surprise. Merci beaucoup, M. le Président. Donc...

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : 19 minutes.

M. Plante : Oui, 19 minutes, M. le ministre. Donc, j'aimerais, M. le Président...

M. Barrette : M. le député.

M. Plante : Oui.

M. Barrette : Est-ce que vous auriez l'obligeance de me laisser donner un petit complément qui va prendre 30 secondes?

M. Plante : Ça va me faire plaisir.

M. Barrette : Nous avons demandé au P.D.G. du CIUSSS de faire l'analyse spécifique de sa capacité de livrer la marchandise dans son CIUSSS dans un rapport formel et détaillé qui sera produit d'ici le 31 mai, et c'est avec cette donnée-là que je pourrai engager des conversations si nécessaire et prendre la décision que vous souhaitez, Mme la députée, que je comprends.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. J'attendais votre accord, vous comprenez. Donc, M. le Président, on connaît tous et on sait tous qu'en 2011 le gouvernement avait créé l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux afin de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux est un organisme responsable de faire des recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'inscription des médicaments aux différentes listes de médicaments. Nous sommes tous conscients que, pour la population du Québec, les recommandations faites par l'INESSS sont très importantes et ont des conséquences directes sur leur quotidien.

Donc, j'aimerais, M. le Président, si le ministre, pour le bénéfice de la population, mon bénéfice personnel et celui des collègues, pourrait nous entretenir sur l'organisme, qui semble jouer un rôle majeur dans le système de santé québécois, mais qui demeure très méconnu au niveau des gens à la maison, même de certains collègues. Donc, j'aimerais, M. le Président, savoir si le ministre pourrait nous entretenir sur le rôle primordial que joue l'INESSS.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, c'est une question très pertinente, évidemment, parce qu'effectivement l'INESSS a une très grande importance dans notre organisation. Et peut-être qu'en guise, à la limite, d'introduction, mais aussi de réponse plus détaillée, s'il y avait consentement, M. le Président, je demanderais au P.D.G. de l'INESSS, Dr Luc Boileau, de venir prendre parole pour nous brosser un tableau de la mission de l'INESSS ainsi que des travaux que l'INESSS exécute annuellement et est en cours d'exécution, s'il y a consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Y a-t-il consentement?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, peut-être vous identifier, nous préciser vos fonctions, et la parole sera à vous.

M. Boileau (Luc) : Merci beaucoup. Mon nom est Luc Boileau, je suis le président-directeur général de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux.

Alors, vous me permettez, M. le ministre, d'élaborer sur les fonctions essentielles de l'INESSS. Comme ça a été souligné, l'INESSS existe depuis maintenant un peu plus de quatre années et a pour mission essentielle de faire la promotion de l'excellence clinique et de l'utilisation la plus efficace et la plus efficiente des ressources dans le système de santé. C'est une organisation qui fonctionne avec la complicité de plusieurs personnes, notamment les cliniciens dans le réseau de la santé et des services sociaux, des experts en clinique, bien sûr, tout comme de plusieurs personnes qui sont dans les milieux d'organisation de savoir, donc les organisations académiques, universitaires et autres. Et, pour l'essentiel, l'INESSS accomplit ses missions dans les domaines qui touchent les technologies, les médicaments et les modes d'intervention, donc les façons de faire sur le plan clinique et les façons de s'organiser.

Je pense que ce serait sans doute utile de donner quelques exemples. Alors, l'INESSS fait l'évaluation des médicaments qui sont homologués, normalement, par Santé Canada et des évaluations qui permettent de voir s'il y a une réelle valeur thérapeutique à des médicaments qui souhaitent être introduits dans le régime général d'assurance médicaments. Et on évalue par la suite si leur introduction fait de bons avantages sur le plan des bénéfices de la santé et des bénéfices également économiques dans le système de santé, et pour le bénéfice de l'ensemble de la société du Québec. Donc, ça, c'est un volet qui est très connu et qui est très visible puisque, de façon régulière, il y a sept évaluations au cours de l'année qui se passent sur soit des nouveaux médicaments ou des médicaments génériques, et ce sont des avis qui sont formulés auprès du ministre, qui prend la décision finale sur l'introduction ou la non-introduction des médicaments dans la liste au niveau du régime public.

Mais il y a beaucoup d'autres choses que l'INESSS fait, notamment au niveau de l'évaluation des technologies et même des pratiques, je le mentionnais. Je veux juste donner, encore là, quelques exemples. En matière de traumatologie, au Québec, on a baissé considérablement la mortalité comme la morbidité par traumatologie. Il y a de cela une vingtaine d'années, on avait à peu près une personne sur deux qui, malheureusement, décédait lorsqu'il y avait un score de traumatologie qui était élevé, de plus de 15 — là, c'est clinique — qui se présentait dans nos hôpitaux au Québec. On a réduit ça de plus de 80 % au fil des dernières années, et c'est l'INESSS qui, dans son allongement de mission, a pu reprendre ce mandat-là et qui contribue encore à faire des audits à l'intérieur du système de santé, notamment auprès des milieux hospitaliers, pour s'assurer qu'il y ait des gains substantiels et permanents au niveau de l'amélioration des pratiques en traumatologie. Donc, c'est un exemple de ce qui est fait.

En même temps, l'INESSS évalue des technologies, des technologies qui sont généralement dans l'espace clinique spécialisé, donc beaucoup de la médecine spécialisée, l'utilisation de nouvelles approches ou de nouvelles technologies qui touchent plusieurs domaines. Et, si j'en prends un, par exemple, au niveau des dispositifs qui sont utilisés pour les insuffisances cardiaques majeures, donc des dispositifs d'assistance ventriculaire, c'est l'INESSS qui va faire l'évaluation de ces technologies-là, mais également de leur mode d'implantation et de distribution à l'intérieur du système de santé du Québec et qui va accompagner le réseau et les cliniciens pour voir s'il y a des efficacités réelles, des avantages cliniques pour des patients en particulier, et donc pousser le développement de connaissances pour pouvoir formuler des avis auprès des cliniciens et les aider à accomplir leur mission première, qui est l'amélioration de la santé de la collectivité.

En même temps, l'INESSS va s'intéresser à développer des guides de pratique et même des algorithmes de pratique avec la complicité de plusieurs cliniciens, cela va de soi, et même avec la complicité du leadership ministériel dans le domaine. Par exemple, la cancérologie, il y a plusieurs néoplasies qui, malheureusement, affectent notre population, que ce soit cancer du sein, pancréas, côlon, poumon, etc., il y en a plusieurs, là, vous le savez bien. Alors, l'INESSS contribue activement à développer des algorithmes de prise de décision, que ce soit d'investigation ou de traitement, dans des domaines particuliers, encore là avec la complicité de la Direction de la cancérologie au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce sont d'autres exemples qui sont donnés.

• (18 h 30) •

Hier, M. le ministre — ou avant-hier, je ne me souviens pas exactement — parlait des projets qui touchent l'amélioration des pratiques et les gains de pertinence clinique. Alors, l'INESSS est au rendez-vous de ce côté-là avec l'impulsion donnée déjà depuis plusieurs mois... bien, en fait, depuis une année solidement sur le domaine de la pertinence clinique. L'INESSS est invité à travailler avec les collaborations de professionnels, des patients et de l'espace, je vous dirais, industriel également autour de la gestion optimale des médicaments en mettant à profit, bien sûr, l'opinion des cliniciens, des pharmaciens et les attentes signifiées de la part des patients, puisque, dans nos processus, pour une bonne partie, il y a une implication citoyenne, il y a une implication également des patients pour s'assurer que les valeurs normales

ou, en tout cas, attendues de l'INESSS soient le plus au rendez-vous, notamment de la transparence, de la probité, de l'équité, qui sont, entre autres, parmi nos grandes valeurs, en plus des valeurs d'indépendance et d'excellence scientifique ou de rigueur scientifique. Alors, ce sont là quelques exemples qui viennent, j'espère, contribuer à la compréhension de notre organisation.

L'INESSS travaille avec beaucoup, beaucoup de projets. Ces projets-là sont identifiés avec la complicité des acteurs cliniques dans le réseau, des institutions, des gestionnaires également dans le réseau, et la reconfiguration qui est maintenant en place dans le réseau de la santé et des services sociaux devient un atout pour faire en sorte que l'identification des priorités soit plus facilitée avec la complicité... je rajoute beaucoup ce mot-là, mais de d'autres acteurs à l'extérieur, que ce soient les ordres professionnels, Collège des médecins, Ordre des pharmaciens, Ordre des infirmières et infirmiers et tous les ordres qui touchent le secteur social également. Alors, ces groupes-là sont mis à contribution pour développer un plan d'activité qui est déposé de façon régulière auprès du ministre, puisqu'il a le devoir et l'influence également à nous donner pour nous permettre de retenir les meilleures priorités pour faire fonctionner cette équipe, qui n'est pas si nombreuse, qui compte à peu près 150 personnes, mais qui travaille avec beaucoup d'autres dans le monde professionnel.

Je rajoute que l'INESSS a des mandats qui lui sont octroyés également dans le secteur social. Je l'ai mentionné déjà, mais la progression de l'INESSS récemment est fulgurante dans ce domaine-là, puisque nous avons obtenu une impulsion forte d'une vingtaine de nouvelles personnes qui s'ajoutent chez nous au niveau du secteur social pour faire en sorte que l'excellence des pratiques se propulse également de façon encore plus visible dans le secteur social. Profitant d'une conjoncture de déploiement de la loi n° 10, on arrive aussi avec cette ligne de production qui est certainement maintenant bien implantée ou bien présente dans notre institution, qui va certainement donner beaucoup de bénéfices au niveau, encore là, des meilleures pratiques cliniques et des meilleurs choix à faire en termes de modes d'organisation sans négliger tout le côté plus, je dirais, médical ou de la santé, là, auquel nous nous adressons depuis maintenant les quatre années d'existence. Mais, bien avant, il y avait d'autres organisations qui se profilaient avec excellence dans ces domaines-là, que ce soient le Conseil du médicament ou l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé qui ont migré ensemble pour créer cette organisation qui existe maintenant depuis quatre années.

Alors donc, une organisation qui est bien installée, qui est bien en place, qui va chercher ses repères d'excellence dans les meilleures données, dans le meilleur réseautage non seulement canadien, mais international, puisque nous ne sommes pas la seule organisation qui milite en ce sens-là, il y a d'autres organisations qui ont des expériences. On est donc très bien réseautés sur les meilleures pratiques identifiées. Nonobstant le fait qu'on a souvent l'impression que les cliniciens devraient tous savoir quoi faire, il existe quand même des questionnements légitimes pour les variations des pratiques. Alors, on travaille activement de ce côté-là, et c'est une organisation qui se déploie dans le domaine de la santé et des services sociaux maintenant bien activement et très visiblement et, avec l'invitation du ministre, de façon encore plus visible dans le secteur de la pertinence clinique, dans laquelle nous nous investissons à grands pas. Alors...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Mais, écoutez, j'ai bien entendu votre présentation de l'INESSS. Par contre, j'aimerais savoir quel type de lien vous entretenez avec les autres organismes d'évaluation hors Québec tels que, bon, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies en santé, etc. Pendant que je vous écoutais... j'ai fait deux choses en même temps, ce qui n'est pas très gentil, mais j'ai regardé votre site Internet et je vois qu'il y a divers instituts dans divers... bon, dont au Canada et dans les autres provinces, mais il y en a à l'international aussi, en Europe, en Allemagne, en Argentine, en Australie, en Autriche, en Belgique, au Brésil. Bon. Et on sait que sûrement que leurs processus d'évaluation, et tout ça, sont, bon, soit similaires ou très différents, et est-ce que vous voyez une importance de maintenir des liens pour orienter... Parce que, bon, moi, je dis que la santé, bien, on est tous des êtres humains et qu'il y a tous un lien, à un moment donné, de lié. Donc, j'aimerais savoir si vous entretenez des liens différents avec les différents organismes internationaux hors Québec. Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, toujours sur le même consentement.

M. Lafleur (Pierre) : Nous entretenons des liens régulièrement avec les organisations qui sont bien campées sur la scène internationale et qui touchent des productions similaires à celles qui sont attendues par l'INESSS. L'origine même de l'INESSS vient d'une réflexion gouvernementale qui avait été propulsée à la fin des années 2000 pour essayer de voir comment on pourrait doter le Québec d'une organisation qui est apparentée à ce qu'on retrouve ailleurs, et notamment ce qu'on appelle le NICE, le National Institute for Clinical Excellence, qui est du côté du Royaume-Uni et qui a été comme une organisation repère, là, pour se dire : Est-ce qu'on pourrait avoir une business chez nous, là, qui est capable de faire ce que NICE fait dans son propre système?

Alors, il est certain que nous faisons partie d'un réseau international d'institutions qui s'occupent de l'évaluation des technologies. Peut-être moins des modes d'intervention, occasionnellement un peu plus ou un peu moins sur les médicaments, mais on est très réseautés dans ce cas-là pour éviter, justement, de refaire tout ce qui est fait ailleurs et de recommencer à développer l'espèce d'espace scientifique, là, utile pour faire des choix chez nous. Mais, en même temps, l'INESSS doit ramener cette information-là et la contextualiser dans notre propre système de santé et de services sociaux, qui n'a pas exactement les mêmes repères de ce qu'on retrouve ailleurs, et tout particulièrement en services sociaux, justement. Cette cohésion, cette cohabitation de la santé et des services sociaux au niveau du Québec, elle est relativement unique et elle nous permet, pour une même institution, de toucher ces deux reliefs-là dans des domaines, des fois, qui commandent le fait que ce soit touché ensemble, puisqu'il y a des impacts sur des pratiques de santé qui vont découler sur des impacts

dans les pratiques sociales, que ce soit sur des questions, justement, d'hébergement, que ce soit la maladie d'Alzheimer, des problèmes chez les enfants, etc. Donc, l'INESSS a cette caractéristique qui la distingue notamment.

Sur la scène canadienne, nous sommes une des rares provinces à tenir une organisation comme celle-ci, notamment avec les champs qui sont couverts et qui touchent et le médicament, et l'évaluation technologique, et la promotion d'une meilleure qualité de pratique avec le bénéfice beaucoup de transferts de connaissances et d'accompagnement dans les pratiques professionnelles. Alors, oui, on travaille avec des organisations canadiennes, il y en a quelques-unes, et on travaille aussi de façon plus rapprochée avec des organisations qui s'intéressent à l'évaluation des médicaments à des fins d'inscription. Ça, on a une très bonne harmonie de ce côté-là pour être certains que nous utilisons au mieux que nous pouvons — et je pense que nous le faisons — tout l'espace scientifique et les productions scientifiques les plus récentes, les plus solides, et qu'on met à jour également dans l'appréciation de nos pratiques les guides de pratique et les recommandations que nous faisons au ministre pour qu'il puisse avoir l'éclairage le plus solide possible.

Le Président (M. Tanguay) : Il reste encore 2 min 30 s. M. le député de Maskinongé.

Mme Soucy : Est-ce possible de demander le consentement de nos collègues pour continuer les travaux, de ne pas faire de pause, continuer les travaux puis finir plus tôt?

Le Président (M. Tanguay) : Si je vous comprends bien, donc... Pouvez-vous le reformuler? Je ne suis pas sûr de vous comprendre.

Mme Soucy : Bien, est-ce que c'est possible de continuer les travaux, de ne pas faire de pause comme c'est prévu dans l'horaire, et puis qu'on finisse plus tôt?

Le Président (M. Tanguay) : Dans le fond, ce que vous dites, c'est que l'heure prévue pour ce soir...

Mme Soucy : Bien, c'est supposé d'être 6 heures...

Le Président (M. Tanguay) : ...de la faire maintenant. C'est ça que...

Mme Soucy : Exactement, c'est ça.

Le Président (M. Tanguay) : Bon. Alors, c'est la demande qui est formulée officiellement. Y a-t-il consentement à cette demande?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Consentement. Alors, consentement. Alors, vous allez poursuivre, il reste 2 min 15 s à votre intervention.

M. Plante : C'était rendu à moi, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de Maskinongé.

• (18 h 40) •

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, écoutez, je vous remercie beaucoup de votre réponse. Et ce fut fort instructif autant pour les gens à la maison que pour les parlementaires, et c'est une intervention qui nous permet de mieux connaître votre travail et, j'en suis certain, de mieux l'apprécier aussi.

Si vous me permettez, maintenant, M. le Président, je passerais à une autre question sur un autre sujet qui est au niveau... Et on sait que le cancer touche de nombreuses personnes, et chacun d'entre nous connaît quelqu'un, connaît une personne dans notre entourage qui a été atteinte du cancer ou quelqu'un de très près de nous, et le Plan d'action en cancérologie 2013-2015 de la Direction québécoise de cancérologie est en cours de réalisation. Il a été annoncé au printemps 2013, et ce plan est le fruit d'une consultation avec les divers acteurs du milieu de la cancérologie tels que les associations professionnelles, les acteurs du milieu, les organismes communautaires, bien sûr, le Collège des médecins, la fédération médicale. Les mesures s'articulent autour de cinq grandes priorités, et, comme il s'agit d'un sujet très important, je crois, pour une majorité des Québécois, j'aimerais que le ministre puisse nous parler plus en détail de ce plan, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Il aura l'occasion, peut-être, de compléter la réponse, il reste une minute pour ce bloc. Nous aurons l'occasion, M. le ministre, de poursuivre un peu plus loin.

M. Barrette : Oui. Alors, juste en guise d'introduction — parce que je pense que nous devrions tous bénéficier de l'auteur de ce plan-là, qui est le Dr Latreille, qui m'accompagne — on sait que nous avons un plan au Québec qui est enfin très structuré, très organisé et, à mon avis, adéquatement déployé depuis maintenant un certain nombre d'années, qui arrive donc à maturité, et je pense qu'il serait judicieux, s'il y a consentement, de pouvoir passer la parole à la personne responsable, le directeur de ce programme, le Dr Latreille, qui m'accompagne. Et peut-être, M. le Président, que, s'il y a consentement, on pourrait reporter ça au prochain bloc.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Il ne reste que quelques secondes, à toutes fins pratiques. Alors, effectivement, sans consentement, vous pourrez poursuivre cet aspect du débat dans le prochain bloc.

Maintenant je me dois de céder la parole au collègue de Mercier pour un bloc de 15 minutes. La parole est à vous.

M. Khadir : M. le Président, je porte l'odieux d'interrompre ce si bel élan expert qui nous était offert par la présence du Dr Latreille. Je ne sais pas quelle proposition formuler pour... Est-ce qu'il y a possibilité de réaménagement de nos temps de parole pour qu'on poursuive sur la même lancée? Moi, j'attends...

Le Président (M. Tanguay) : Bien, on est sur votre bloc...

M. Khadir : O.K. C'est beau.

Le Président (M. Tanguay) : Qu'on me garde de vous priver du temps de parole.

M. Khadir : Très bien. Alors, je garde avec intérêt dans ma tête aussi l'idée qu'on va parler du plan de lutte au cancer. J'aurais une question que je réserve peut-être à la fin, si le ministre veut bien, au Dr Boileau...

M. Barrette : Bien, si vous voulez, on peut le demander tout de suite.

M. Khadir : Oui, si c'est possible pour le Dr Boileau s'il n'est pas très loin.

M. Barrette : S'il y a consentement, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, nous sommes toujours sur votre temps, collègue de Mercier. Il reste 14 minutes.

M. Khadir : 14 minutes.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, la parole est à vous.

M. Khadir : J'attire l'attention du ministre et du Dr Boileau sur le fait que, quand on parle de meilleures pratiques qui visent à la fois à donner les meilleurs services dans un rapport coût-bénéfice le plus avantageux pour l'ensemble de la société... Parce qu'une utilisation rationnelle des ressources, ça veut dire aussi de meilleurs services à tout le monde. Parce que, si on dépense trop en gaspillant nos fonds pour certains équipements, pour certaines utilisations de nos ressources limitées, les médicaments en fait, on ampute la capacité du système à rendre plus de services à plus de citoyens.

Alors, tous les pays qui ont fait ce travail-là avant nous — je pense à la France, je pense à la Nouvelle-Zélande, je pense à l'Australie, je pense actuellement en Grande-Bretagne, et c'est encore en cours — à chaque fois, pour ce qui est de l'utilisation du médicament, ils sont tous arrivés à une conclusion centrale : la liste des médicaments remboursables par les régimes publics est un élément central dans le contrôle de la surconsommation de médicaments. Là où il y a surconsommation, différents pays sont arrivés en réduisant le nombre de médicaments remboursables par les régimes publics, en les limitant aux meilleures molécules qui offrent les meilleurs rapports qualité, efficacité et coûts, ont réussi à juguler les prix exorbitants et surtout à juguler la pression croissante qui vient des marchés pour une surconsommation. Et je pense que la surconsommation au Québec n'échappe à personne, ça a été maintes fois reconnu et dénoncé.

Or, par exemple, en Nouvelle-Zélande, on a réduit la liste des médicaments remboursables de 5 000 à 2 500 simplement en faisant le ménage parce qu'il y a beaucoup de molécules qui sont similaires. On a regardé les meilleurs rapports efficacité-prix. Colombie-Britannique, c'est pareil. L'Ontario, c'est pareil. La Grande-Bretagne, c'est pareil. Au moment où, en Colombie-Britannique, on a 3 000 médicaments qui sont remboursables par le régime public, en Ontario c'est à peu près pareil, 2 700 ou à 3 000 — je peux me tromper de quelques centaines — en Nouvelle-Zélande c'est 2 500, en Grande-Bretagne c'est en bas de 4 000, comment ça se fait qu'au Québec on en a 7 000, produits et médicaments dans ça?

Le Président (M. Tanguay) : À qui vous posez la question, collègue de Mercier?

M. Khadir : Bien, au ministre ou à... Parce qu'il y a un rôle là-dedans à l'INESSS, hein? C'est l'organisme qui est supposé regarder pour l'inscription au registre des médicaments remboursables par la RAMQ, il y a un effort à faire là. Tous les pays qui l'ont fait l'ont fait aussi. Il y a différents mécanismes pour jouer. Il y a des campagnes d'information, mais il y a aussi le contrôle via le régime d'assurance public qui couvre une partie de la population.

M. Barrette : Peut-être, M. le Président...

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. le ministre, oui.

M. Barrette : ...que je pourrais commencer la réponse et passer la parole, relayer la parole à Dr Boileau parce qu'évidemment, dans cette question-là, il y a une réponse qui a un volet politique, volet auquel, techniquement, l'INESSS ne peut s'adresser parce que l'INESSS, il a été créé par notre actuel premier ministre à l'époque, et, comme l'a bien expliqué

Dr Boileau tantôt, c'est un institut national d'excellence en santé et services sociaux, ce n'est pas une organisation politique. Au contraire, c'est une organisation que l'on veut neutre, on fait appel à l'INESSS pour son expertise. Et, en tout cas, moi, je fais tout pour laisser l'INESSS faire son travail indépendamment, et je suis convaincu que le député de Mercier est d'accord fondamentalement avec ça. Nous avons besoin, dans différents secteurs, mais particulièrement dans le médicament, d'avoir quelqu'un qui a la capacité et la liberté d'exercer son arbitre, et c'est ce que l'INESSS fait.

Alors, quand le député de Mercier pose sa question, qui est tout à fait légitime et qui est un angle tout aussi légitime, mais il faut quand même mettre la question et l'angle dans le contexte des références que le député de Mercier utilise. Et je m'explique. La liste, le fond de la question, telle qu'exprimée par le député de Mercier, c'est : Pourquoi nous, on a un montant, un chiffre, un nombre de médicaments listés différent d'ailleurs? Bien là, la réponse, elle est politique. Et c'est la raison pour laquelle je veux commencer la réponse, elle est, d'abord et avant tout, politique. Et le député de Mercier sait très bien, par exemple, que, si on prend la Colombie-Britannique, il a été choisi en Colombie-Britannique de ne pas avoir la même portée de la couverture médicamenteuse offerte à la population. On a une portée beaucoup plus étendue en oncologie, par exemple, que dans le non-oncologie. En Nouvelle-Zélande, la portée décidée par la Nouvelle-Zélande est politiquement sélectionnée, ce n'est pas la même que la nôtre. C'est vrai que, politiquement, nous avons choisi, nous et nos prédécesseurs, d'avoir une portée qui était plus grande, c'est vrai. Maintenant, pour ne pas mettre l'INESSS en porte-à-faux, je pense qu'il faut faire cette remarque-là. Ceci dit, je pense que ça permet de mettre en place le contexte qui permettra à Dr Boileau de donner une réponse mieux relativisée.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Juste avant, M. le député de Mercier.

M. Khadir : ...la surconsommation de médicaments entraîne de nombreux problèmes : des problèmes cliniques, des problèmes de résistance, des problèmes d'effets secondaires et des... en fait, des effets délétères. Lorsqu'un médicament est consommé, et ce n'est pas nécessaire, c'est toxique. Donc, c'est un obstacle à l'exercice d'une pratique de hauts standards et d'excellence.

Une fois posé ça, ce que je vous dis, c'est que toutes les pratiques dans les pays développés qui reconnaissent le problème de la surconsommation savent qu'un des leviers pour contrôler la surconsommation, c'est via le régime des médicaments remboursables par les assureurs publics parce que les assureurs privés, par la suite, s'ajustent un peu à ça. Donc, dans ce contexte, pourquoi le Québec se prive, voyant les tendances internationales... D'ailleurs, ça a été reconnu par un rapport au gouvernement Sarkozy, un rapport indépendant, non politique en 2011 par Pr Debré et un de ses collègues dont j'oublie le nom, c'est un des éléments forts de ce rapport, il y a surconsommation, et un moyen de l'éviter, c'est que les gouvernements et les politiques de remboursement tiennent compte de ça pour exercer une pression vers l'utilisation des médicaments qui ont le meilleur rapport coût-efficacité. C'est une question technique, pourquoi ne pas utiliser ce levier-là au Québec?

• (18 h 50) •

M. Barrette : Et, avant de passer la parole à Dr Boileau, je conviens avec le député de Mercier qu'on doit s'adresser à la surconsommation. On est d'accord, on souscrit à cet argumentaire-là, mais le lien de causalité entre la grandeur, l'étendue de la liste et la surconsommation n'est pas nécessairement un lien directement proportionnel, puisque, si les guides de pratique étaient suffisamment construits et observés, bien, on arriverait au même résultat. Et là je pense que, dans ce contexte-là, dans cette relativité-là, l'opinion indépendante du Dr Boileau, là, de l'INESSS serait très pertinente.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, Dr Boileau.

M. Boileau (Luc) : Merci beaucoup. C'est difficile de répondre après le ministre parce qu'il a donné l'essentiel ou, en fait, le contour complet, je dirais, de la réponse, puisque, dans les faits, l'INESSS et le régime d'assurance générale médicaments... l'INESSS fait des recommandations au ministre, mais ce qu'il y a d'inscrit dans le régime général d'assurance médicaments, ce sont tous les médicaments qui peuvent être prescrits dans le cadre de ce régime-là. Mais un clinicien, normalement, ne va pas prescrire deux antibiotiques en même temps, il va en prescrire un. Ou il ne donnera pas deux inhibiteurs de la pompe à protons en même temps, il va en prescrire un. Alors, quand même qu'on en aurait cinq, six ou 10, 15 d'inscrits, la pratique clinique fait en sorte qu'on y va, normalement, un à la fois.

L'enjeu qu'on retrouve dans les autres juridictions, les autres juridictions qui ont été nommées à cette commission, c'est qu'il y a un désir de restreindre le nombre de médicaments qu'on inscrit, mais ce n'est pas nécessairement à travers ce levier-là qu'on va réduire de façon substantielle les coûts d'un tel régime ou les coûts d'un médicament, c'est plutôt dans les meilleures pratiques, dans l'excellence clinique qu'on y retrouve.

Alors, les guides de pratique qui sont élaborés par l'INESSS tout comme par les autres organisations viennent soutenir des meilleures pratiques, et il peut arriver à l'occasion — et c'est ce que nous voyons à partir de la plateforme de décision du gouvernement — que certains médicaments sont choisis comme étant sans doute utilisables par le régime, mais avec un plafond de compensation financière. Donc, si on juge, comme ça a été le cas dans les recommandations pour l'INESSS, que les inhibiteurs de la pompe à protons ont des effets équivalents et que certains coûtent plus cher que d'autres, il peut être recommandé de dire : Voici un plafond qu'on devrait fixer pour le bénéfice d'un régime moins coûteux parce que les effets sont les mêmes. Maintenant, si les médecins insistent avec leurs patients, dire : Non, moi, je préfère celui-là, c'est à eux autres de faire ce choix. Mais ça ne commande pas automatiquement une réduction de la liste de médicaments inscrits.

Mais c'est un levier sur lequel nous travaillons déjà activement au niveau de l'INESSS, puisqu'on est invités à le faire. Il y a des invitations qui nous sont formulées pour faire en sorte que nous utilisions beaucoup mieux cette

technologie des médicaments au Québec, et l'INESSS n'est pas absent de cette réflexion-là. Au contraire, elle est invitée à être beaucoup plus active, à regarder les classes de médicaments, que ce soit sur une composante ou une autre, et de travailler pour faire en sorte que nous puissions le mieux possible utiliser nos argents et ceux du public à des fins de thérapie. Alors, on est en voiture là-dessus. Autrement dit, on s'adresse à cela, on est actifs de ce côté-là, et ça va bien.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Pour 2 min 40 s, collègue de Mercier.

M. Khadir : 2 min 40 s, très bien. Le salaire des cadres du réseau public. Il y a les CISSS, il y a une augmentation moyenne qui a été annoncée de 10 %. Pour certains cas, ça va aller jusqu'à 34 %. On sait que, pour ce qui est des employés du secteur de la santé, ce qui les attend, c'est 3 % sur cinq ans. Alors, il y a une disproportion assez importante entre les travailleurs et les cadres du réseau. En Abitibi-Témiscamingue, c'est une augmentation de 34 000 \$ pour atteindre 205 000 \$; Capitale-Nationale, 45 000 \$ pour atteindre 270 000 \$; et même jusqu'à 293 000 \$ pour l'Estrie avec une augmentation de 46 000 \$ par année. Donc, le ministère a décidé d'autoriser les bonus alors qu'on les avait bannis, hein, sous l'ex-ministre Raymond Bachand. Alors, ce que je voudrais savoir, c'est comment le ministre peut-il justifier les compressions de 800 millions d'un côté, puis ensuite, à des patrons, on accorde des augmentations aussi faramineuses.

Le Président (M. Tanguay) : Pour 1 min 20 s.

M. Barrette : Écoutez, M. le Président, c'est vraiment... On arrive bientôt à la fin de notre temps alloué, complet, là, pour l'étude des crédits, puis je suis obligé de constater que, souvent, j'aurai dû répondre en rectifiant les faits et je vais encore le faire. Alors, le député de Mercier nous dit qu'il y a une augmentation du salaire des cadres, c'est faux. Les cadres, là, c'est une catégorie d'emploi, M. le Président, là... et les P.D.G., c'est une catégorie particulière. Alors...

M. Khadir : ...je voulais dire.

M. Barrette : Bien oui, mais c'est parce que ce n'est pas la même chose.

M. Khadir : Excusez-moi. C'est un lapsus, c'est ça.

M. Barrette : Merci d'acquiescer.

Le Président (M. Tanguay) : On s'adresse à la présidence, s'il vous plaît.

M. Barrette : Alors donc, M. le Président, les P.D.G. augmentent. Je rappellerai au député de Mercier que, dans la société dans laquelle on vit, on paie les gens en fonction de leurs responsabilités et de leurs tâches. Et on est passés de 182 établissements à 33. Et, en passant de 182 à 33, on a augmenté les responsabilités de ces officiers-là. Des officiers qui avaient la responsabilité d'une seule institution avant avec 3 000 employés se retrouvent du jour au lendemain avec 12 institutions et 15 000 employés, par exemple, d'un budget de 200 millions à un budget de 1 milliard. Alors, il est normal dans notre société de faire en sorte qu'on ajuste la rémunération en fonction du nouvel état de situation...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup.

M. Barrette : ...et peut-être que je pourrais...

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Donc, on tombe maintenant sur le temps du gouvernement. Le collègue de Maskinongé, oui, vous permet de poursuivre, M. le ministre, pour 15 minutes.

M. Plante : Avec grand plaisir.

M. Barrette : Alors, M. le Président, je continue ma réponse parce que c'est important pour les gens qui nous écoutent. Dans la réalité, là, en passant, de 182 P.D.G. et P.D.G. adjoints à 33, on se retrouve avec une structure qui coûte moins cher que précédemment, mais oui, évidemment, individuellement, il y a une augmentation parce que la rémunération dépend de la tâche à laquelle est assujéti l'individu en question. En réalité, c'est 130 millions d'économies, grosso modo, qu'on va faire par rapport à avant. Alors, c'est difficile, là, de penser qu'il serait injustifié de donner ces augmentations-là qui... Si on les compare, ces salaires-là, à des comparables ailleurs au Canada, on est très loin, très, très loin de la mise, là, il y a encore des différentiels de 30 %, 40 % avec ailleurs au Canada.

Maintenant, M. le Président, toujours dans l'esprit de rectifier la situation pour le bénéfice du député de Mercier, il n'y a pas de bonus, tout comme il n'y a pas de prime de départ pour ces employés-là, pour ces cadres-là... ce ne sont pas des cadres, pour ces P.D.G.-là. Ces individus-là ne bénéficient pas de bonus, ni de boni, ni de prime de départ, et, en fait, ils sont imputables. Et, comme ils sont imputables — et c'est écrit dans leur contrat et dans la loi — ils peuvent être congédiés sans prime de séparation ou sans modulation de ce côté-là qu'on offre, par exemple, aux cadres, qui, eux, ont des ententes contractuelles qui sont connues. Alors, c'est important de remettre les choses en perspective, et, forcément, on doit conclure qu'il est tout à fait justifié d'ajuster la rémunération de ces gens-là à la hauteur de leurs tâches.

La Présidente (Mme Montpetit) : M. le député de Maskinongé.

M. Plante : Merci beaucoup. Bien, merci, M. le ministre, pour votre réponse, ça a ajouté à la question du collègue de Mercier. Donc, écoutez, je reviendrai à ma question précédente avant la fin du bloc, du premier bloc. Donc, on parlait, justement, au niveau du Plan d'action en cancérologie 2013-2015, et j'aurais aimé, pour le bénéfice des gens à la maison, le bénéfice des collègues, comme il s'agit d'une maladie très importante, comme ça touche beaucoup de gens, des familles, j'aurais aimé que vous puissiez nous faire l'état du plan d'action 2013-2015 et des mesures qui s'articulent autour de ce plan-là. Donc, Mme la Présidente, si M. le ministre veut bien poursuivre sur le plan d'action en cancérologie 2013-2015.

M. Barrette : S'il y a consentement, Mme la Présidente, je passerai la parole à notre directeur, Dr Latreille.

La Présidente (Mme Montpetit) : Est-ce qu'il y a le consentement?

Des voix : ...

La Présidente (Mme Montpetit) : Parfait. Donc, je vous demanderais de vous nommer ainsi que votre titre, s'il vous plaît.

• (19 heures) •

M. Latreille (Jean) : Oui. Jean Latreille, je suis directeur de la Direction québécoise de cancérologie. Alors, comme vous avez très bien dit, la première cause de décès au Québec, c'est malheureusement le cancer depuis déjà de nombreuses années. C'est en partie dû à l'augmentation de la population vieillissante et le nombre de nouveaux cas qui augmente d'année en année.

On a la chance, au Québec, d'être en train de vivre une expérience vraiment intéressante avec les gens du réseau. On est en train de mettre quelque chose qui motive les professionnels de la santé, et c'est le projet de mettre en place un réseau intégré et hiérarchisé en cancérologie. Ce réseau-là est composé d'équipes interdisciplinaires qui, certaines, ont un mandat de base, mais d'autres ont un mandat dédié à un siège tumoral. Ces équipes se retrouvent surtout dans les CHU, les CHA, les centres de référence.

Alors, plutôt que de vous répéter les grands principes du programme de cancérologie, je pense que le mieux, ce serait de vous dire qu'est-ce qui s'en vient au cours de l'année, qu'est-ce qu'on va faire qui va marquer beaucoup, nous pensons, le... et améliorer l'état de santé et aussi les soins et services offerts à la population.

Donc, en quelques mois, déjà, avec l'aide de l'Ordre des infirmières, on a mis en place un outil d'évaluation de tous les patients, ceci est disponible. En ce qui concerne nos interventions, on veut beaucoup encourager les interventions de dépistage, de prévention, promotion. Dans le dépistage du cancer du sein, les statistiques sont bonnes, on a des taux de détection du cancer du sein qui sont très élevés et on a pas loin de 68 % de la population qui participe au programme de dépistage. Et récemment, avec le Collège des médecins puis l'Association des radiologistes et l'appui du ministre et du ministère, on a augmenté le nombre de mammographies à être lues par un radiologiste de 500 à 750 pour qu'il puisse faire du dépistage. Et, au cours des prochaines années, on veut monter à 1 000 et à 1 250.

(Interruption)

La Présidente (Mme Montpetit) : Je vous remercie...

M. Latreille (Jean) : Il y a quelqu'un qui m'entend, là, mais ce n'est pas grave...

Une voix : ...

M. Latreille (Jean) : Déjà sur CNN, mais je ne sais pas c'est qui...

Alors, tout ça pour vous dire que l'autre grand chantier qui est vraiment important, c'est tout ce qui concerne le dépistage du cancer du côlon. Vous savez que le côlon, c'est malheureusement le deuxième tueur tant chez l'homme que chez la femme. Donc, pour éviter ces cancers-là, bien, on a parti, il n'y a pas longtemps, le test FIT, qui est un test immunologique pour déceler le sang dans les selles. Vous savez, il y a au-delà... Bien, peut-être, vous ne le savez pas, je vais vous dire qu'il y a au-delà de 9 000 tests qui sont faits par semaine. Et donc ce que ça veut dire, c'est que les médecins de famille ont confiance dans ce test et le demandent. Et il suffit de calculer le nombre de 9 000 par semaine fois 52, ça fait beaucoup de patients. Et on a calculé que, si tout évolue bien et si les gens continuent d'y aller, on n'est pas loin déjà de 32 % de la population qui a un dépistage, un test de sang dans les selles.

Avant de partir officiellement un programme de dépistage populationnel, il faut s'assurer que nos salles de coloscopie vont être en mesure de répondre à l'augmentation. Et, vous le savez, tout le monde le décrit, que certaines salles de coloscopie ont des problèmes d'accès, ont des délais pour prendre des rendez-vous. Et ce qu'on a commencé il y a déjà trois ans dans huit centres de démonstration s'est avéré très efficace, on a réussi, en faisant des mises à niveau, à réduire les délais de prise de rendez-vous à quelques mois, même quelques semaines. Il y a des normes qui ont été publiées, qui sont suivies. Et donc ceci a été un succès, cette phase de démonstration là, et on a l'intention... Grâce à l'aide de mes confrères au ministère, il y a un budget qui va être alloué, et on va pouvoir faire la mise à niveau de tous les établissements du Québec. On ne fera pas tout en même temps parce qu'on n'a pas les ressources, mais on va faire portion par portion dans le but de faire en sorte à ce qu'on puisse se dégager une manœuvre pour que, d'ici quelques années, on va être en mesure officiellement de démarrer le programme de dépistage du cancer du côlon.

Ce qui est important, c'est qu'il y a des normes de pratique de la coloscopie qui ont été faites avec les spécialistes du milieu. Si vous faites *Google*, vous faites «normes de coloscopie», vous allez voir, c'est les normes du Québec qui

sortent. C'est les normes de 2012 parce que celles de 2015, vous ne les avez pas encore, mais elles sont en train de sortir. Et ça, ça a été fait grâce à l'aide des internistes, des chirurgiens et des gastroentérologues.

L'autre chose qui est importante, M. Boileau en a parlé tantôt, c'est toute l'initiative... On peut dire que, pour le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer du côlon, le cancer de la prostate et les lymphomes, on a des algorithmes d'investigation, de traitement et, j'ajouterais même, de suivi. Et on a l'intention de faire en sorte à ce que, comme dans d'autres provinces, ces algorithmes-là vont devenir ce qui doit être fait, et on a l'intention de suggérer au ministre qu'il y ait des conséquences si les gens ne suivent pas les algorithmes dans le but... En Ontario, si vous prescrivez un traitement qui est en dehors de l'algorithme, bien, vous n'êtes pas payé, et donc je pense que c'est des choses comme ça... Dans le but d'arriver à la pertinence, c'est ce vers quoi on voudrait s'en aller, et l'initiative des algorithmes est là.

L'autre chose que je veux terminer là-dessus, c'est vous informer qu'avec le Collège des médecins on a... il y a un document qui va sortir du Collège des médecins sur les comités de thérapie, de diagnostic et des thérapies du cancer. Il s'agit de réunions multidisciplinaires, et le collège a l'intention de recommander à ce que ces réunions-là qui discutent des plans de traitement des patients complexes, que ces réunions-là deviennent un comité obligatoire des CMDP dans le but d'assurer et d'augmenter la qualité des soins et des services qui pourraient être offerts en oncologie.

Donc, je vous ai donné un bref aperçu de ce qui s'en vient. Grâce à la loi n° 10, il va être plus facile de... enfin, le p.l. n° 10, ça va être plus facile d'intégrer le réseau de cancérologie et de faire en sorte à ce que les équipes dans chaque CISSS, CIUSSS soient en mesure de travailler ensemble.

La Présidente (Mme Montpetit) : Je vous remercie. M. le député de Maskinongé, ça répond à votre question?

M. Plante : Tout à fait, Mme la Présidente. Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Montpetit) : Je vous remercie. Alors, la parole est au député de Sainte-Rose pour une durée d'un petit peu plus que 4 min 30 s.

M. Habel : Merci beaucoup, Mme la Présidente. J'aimerais qu'on aborde le sujet de la RAMQ. On sait que la régie administre les régimes publics d'assurance maladie et médicaments. Elle informe la population, gère l'admissibilité des personnes, rémunère les professionnels de la santé et assure aussi une circulation sécuritaire de l'information. La régie a aussi le mandat d'administrer plus d'une quarantaine de programmes touchant, par exemple, les aides techniques pour les personnes ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive ou encore l'exonération financière pour les services d'aide domestique et la contribution financière des adultes hébergés dans un établissement de santé. Donc, on le sait, la régie rend des services à la population et, comme les autres ministères et organismes, dans le contexte des finances publiques actuel, elle est soumise à des efforts budgétaires, notamment le non-renouvellement des départs à la retraite. Alors, j'aimerais savoir du ministre, dans ce contexte, comment la régie s'assure-t-elle de maintenir la qualité des services.

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, s'il y a consentement, je passerai la parole au directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec, M. Jacques Cotton, qui pourra donner des informations très précises à la question.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, y a-t-il consentement pour entendre M. Cotton? Alors, peut-être préciser...

M. Barrette : Le P.D.G., je m'excuse, président-directeur général. Je m'excuse, M. Cotton, de vous avoir...

Le Président (M. Tanguay) : Il pourra le préciser. Je vous demanderais d'ailleurs de préciser, justement, votre nom et votre titre, et la parole est à vous.

• (19 h 10) •

M. Cotton (Jacques) : Merci, M. le Président. Jacques Cotton, président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Effectivement, pour faire face à la diminution des effectifs avec les départs à la retraite, il y a différents moyens que la Régie de l'assurance maladie met en place. Au cours des dernières années, on a amorcé un virage pour revoir la façon dont on rend les services aux citoyens. Donc, ça devrait nous donner... ça nous apporte certaines marges de manœuvre, puis je vais vous donner quelques exemples.

Vous le savez, la régie renouvelle à chaque année environ 2 millions de cartes d'assurance maladie, puis on en remplace également environ 140 000 pour les citoyens qui perdent ou qui se font voler leur carte. Ça fait que, un tel volume de transactions, on a amorcé une réflexion pour essayer de simplifier l'expérience client au niveau du remplacement de ces cartes puis les délais pour le remplacement des cartes. La fréquence de renouvellement des cartes, c'est le premier élément qui a été revu. Conjointement avec la société d'assurance auto du Québec, la régie a d'abord effectué une étude d'opportunité afin de cerner les impacts d'une prolongation de la durée du permis de conduire et de la durée de la carte d'assurance maladie pour la porter de quatre à huit ans et avoir automatiquement un impact sur les services à la clientèle puis la gestion du régime.

Cette étude s'est avérée concluante, puis ça permet actuellement à la régie... Parce qu'on a modifié le règlement en 2014 pour porter l'expiration de la carte de quatre à huit ans, ainsi que le permis de conduire, à l'heure actuelle on a environ 400 000 personnes assurées qui ont déjà en main une carte de huit ans. Concrètement, ce changement simplifie pour les citoyens les démarches de renouvellement de leur carte d'assurance maladie en réduisant notamment de moitié

les déplacements qu'ils devraient effectuer tous les quatre ans vers les points de service. Cette façon de faire s'inscrit dans un contexte également de développement durable et de réduction des coûts en diminuant la fréquence d'expédition des documents et d'émission des cartes d'assurance maladie. À terme, en 2018, lorsque tout le monde aura une carte qui pourra avoir une échéance de huit ans, on estime les économies à 1,9 million dans le budget de la Régie de l'assurance maladie. Et automatiquement ça a un impact aussi sur nos effectifs, ça nous permet d'absorber les impacts des départs à la retraite.

En plus de cette mesure significative pour l'ensemble des citoyens en ce qui a trait au renouvellement de leur carte, on est à mettre en place un allègement pour certaines clientèles. Je parle des clientèles en hébergement de longue durée, les gens sous tutelle et sous curatelle, où on regarde actuellement la possibilité de procéder à un remplacement de leur carte par la poste, un peu comme les passeports canadiens. Donc, cet allègement-là au niveau des processus va permettre aussi de simplifier le travail au niveau de la Régie de l'assurance maladie puis de simplifier le remplacement pour ces clientèles-là. En facilitant ce mécanisme de renouvellement pour les citoyens, on va simplifier automatiquement nos processus puis on va absorber avec ça certains impacts de la diminution de nos effectifs.

Un deuxième service que la régie a également simplifié, c'est celui du remplacement de la carte volée. Comme je vous disais tantôt, on en a environ 140 000 par année. Pour faciliter le processus, on a obtenu la permission de la Commission d'accès à l'information...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Parlant de la Commission d'accès à l'information, je me dois de mettre fin à votre temps de parole. Et ce n'était pas choisi, mais ceci met fin au bloc, et vous aurez peut-être l'occasion avec le dialogue qui s'inscrit maintenant avec la collègue de Taillon pour 21 minutes, de l'opposition officielle... La parole est à vous.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, c'est le dernier bloc. Alors, je vais aller de façon précise, là, dans des questions. Une question concerne les ententes de partenariat, les ententes d'inscription avec les fabricants. Alors, il y a deux catégories de médicaments. Il y a les génériques. Quand je regarde l'entente de partenariat avec l'alliance pancanadienne, pour les génériques on a une dizaine de produits seulement qui font partie de l'entente. Et la façon dont ça fonctionne, c'est que les compagnies donnent 16 % au lieu de 25 %, mettent le médicament à 16 % du coût au lieu de 25 %. Maintenant, ça, ça agit pour 10 médicaments, et le choix qu'on fait, bien, c'est de choisir 10 molécules qui, effectivement, temporairement, sont assez importantes comme coût, mais on se prive de la possibilité d'aller chercher le meilleur prix possible sur l'ensemble des médicaments génériques. Alors, pourquoi on est capable de faire ces médicaments-là à 16 %, et pourquoi pas l'ensemble des médicaments? Il y a une façon claire de le faire, c'est de faire un vrai appel d'offres avec des enveloppes fermées, et de demander, et de choisir deux ou trois fournisseurs, les meilleurs, les plus performants, et là on réussit à obtenir des économies beaucoup plus substantielles. Ce n'est pas le choix que l'alliance semble avoir fait, puis je vous demanderai ensuite de préciser.

Pour les novateurs, j'ai une autre préoccupation. Actuellement, il y a 63 médicaments qui font partie de l'entente. Donc, ce sont des médicaments qui, normalement, peut-être, selon l'INESSS, ne seraient pas retenus sur notre liste de médicaments. On a vanté tantôt la crédibilité de l'INESSS, le travail rigoureux que cet organisme-là fait au niveau du Québec et de la liste des médicaments, et donc on est en train de trouver une façon de reconnaître des médicaments. Ces médicaments-là vont s'inscrire sur la liste des médicaments en particulier dans les hôpitaux parce que ce sont des médicaments très chers, et on va les retrouver dans un contexte où, actuellement, peut-être ils ne seraient pas là à cause de la justesse de prix ou à cause de d'autres raisons qui font qu'on a des alternatives qui sont comparables, qui donnent de bons résultats. Alors, ce qu'on fait, ça va avoir un impact majeur sur le budget des départements de pharmacie, et les économies vont être attribuées au gouvernement, et non pas aux départements de pharmacie.

Alors, je voudrais voir un peu ce qui est possible. Puis donc des questions assez précises. Quand il y aura une décision que le produit n'est pas recommandé par l'INESSS, est-ce qu'on va donner encore la priorité à l'INESSS, en fait, par rapport aux choix de l'institution, là, du regroupement pancanadien? Et on va s'arrêter à cette question-là seulement pour...

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

M. Barrette : M. le Président, c'est le dernier bloc, mais je dois avouer que c'est malheureusement peut-être un des blocs qu'on aurait dû faire plus tôt parce que c'est un sujet extrêmement intéressant, mais qui a une complexité que la députée de Taillon connaît bien parce que c'est son domaine d'expertise originel.

Le fait de participer à l'alliance pharmaceutique pancanadienne vient avec certaines contraintes dans l'entente en question qui fait en sorte qu'on ne peut pas nécessairement aller rapidement là où la députée de Taillon voudrait aller. Et je comprends très bien ce à quoi elle fait référence, et on y travaille actuellement, mais il y a un certain nombre... je ne dirais pas d'obstacles administratifs, ce n'est pas le bon mot, là, mais de contraintes administratives qui fait qu'on doit avoir à poser des gestes et prendre certaines décisions avant. Mais l'alliance pharmaceutique pancanadienne, c'est quelque chose qui finit par être en opposition, à certains égards — pas nécessairement totalement, mais à certains égards — avec des achats fermés, tel que la députée de Taillon, M. le Président, l'a mentionné, qui est une avenue que l'on envisage là aussi. Mais là aussi il y a des obstacles d'un autre ordre, qui ne sont pas en lien avec l'alliance pharmaceutique pancanadienne. Et, pour ce qui est de l'INESSS, bien l'INESSS, là, je l'ai dit tantôt et je le réitère, l'INESSS est là pour rester. Et l'INESSS est un levier qui a la grande pertinence d'être indépendant et de dépolitiser certaines décisions, et je maintiens... j'ai dit à plusieurs reprises qu'on doit, dans ce secteur-là, prendre des décisions basées sur la raison plutôt que la politique.

Maintenant, pour ce qui est des problématiques réglementaires, des obstacles, et ainsi de suite, la mécanique qui nous permet d'aller dans telle ou telle direction, s'il y a consentement, M. le Président, je passerais la parole à mon collègue de la Direction des services pharmaceutiques, s'il y a consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, y a-t-il consentement?

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Ah! consentement pour une réponse courte. Alors, peut-être mentionner votre...

M. Barrette : ...on fera pour le mieux.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, peut-être préciser votre nom, vos fonctions, et la parole sera à vous.

M. Bélanger (Dominic) : Oui, bonjour. Dominic Bélanger. Je suis directeur par intérim des affaires pharmaceutiques et du médicament au ministère de la Santé.

Le Président (M. Tanguay) : Parfait. La parole est à vous.

M. Bélanger (Dominic) : Donc, dans le fonctionnement de l'Alliance pancanadienne, les provinces s'entendent sur l'opportunité de négocier ou non un produit. De notre côté, l'avis de l'INESSS va constituer un élément très important dans la décision d'aller de l'avant ou non dans une négociation. Donc, à ce moment-là, le Québec décidera ou non de se joindre aux autres provinces pour négocier une entente. Si le Québec décide de négocier une entente, donc il maximise son rapport de force à l'échelle canadienne en joignant l'alliance. Et, à ce moment-là, il y a une négociation qui a lieu sous l'égide d'une province qui assure le leadership de la négociation. Et, en bout de ligne, on arrive ou pas à une entente-cadre, et chaque province a le loisir ou non de conclure, là, l'entente, là, selon si elle est satisfaisante ou non.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Bélanger. Collègue de Taillon.

Mme Lamarre : Est-ce que je comprends que, donc, l'INESSS va être en collaboration avec le NICE, et, si le NICE corrobore que l'entente est pertinente, là le Québec se joindra à l'alliance pour ce médicament-là, un médicament donné, par exemple?

M. Bélanger (Dominic) : Le rôle de l'INESSS demeure au niveau du Québec dans la prise de décision.

Mme Lamarre : Mais vous avez faire référence au NICE.

M. Bélanger (Dominic) : Non, je n'ai pas fait référence au NICE.

Mme Lamarre : Non? J'ai peut-être mal entendu.

M. Barrette : C'est l'accent.

M. Bélanger (Dominic) : L'INESSS, excusez, on parlait de l'INESSS.

Mme Lamarre : O.K. C'est bon, d'accord. Écoutez, la dernière remarque... C'est vrai qu'on manque vraiment de temps, mais la dernière préoccupation que j'ai, je l'ai exprimée lorsque j'ai eu à m'exprimer sur le projet de loi n° 28, c'est la note que la Commission d'accès à l'information du Québec, le commissaire, a transmise en lien avec le projet de loi n° 28. Il y a normalement une obligation de transparence, et je sais que c'est ce qu'on souhaite tous, mais, dans le projet de loi n° 28 et dans la loi n° 28 maintenant, qui a été imposée sous bâillon, on a restreint de l'information qui, normalement, aurait dû être publique, c'est-à-dire le nom du fabricant, le nom du médicament, mais la somme globale annuelle reçue doit être diluée par au moins trois ententes avec trois compagnies pharmaceutiques. Et le commissaire se questionne sur la raison pour laquelle on doit faire ça, et j'aurais aimé l'entendre parce que le gouvernement s'est engagé, s'est imputé, maintenant il est imputable si ça s'avère être quelque chose qui est contestable.

• (19 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, M. Bélanger.

M. Bélanger (Dominic) : ...la confidentialité des ententes, c'est une condition sine qua non qui doit être respectée par l'alliance pour conclure des ententes. C'est une condition que les fabricants ont, c'est une question de dynamique de marché au niveau des prix à l'international. Donc, à ce moment-là, la confidentialité des ententes fait partie de ce qui doit être respecté pour arriver à conclure des ententes.

M. Barrette : Si je peux me permettre, M. le Président, si je peux me permettre...

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

M. Barrette : ...comme M. Bélanger vient de le dire, en entrant dans l'alliance on entre avec des contraintes qui sont, évidemment, en opposition avec la philosophie qui était celle du précédent gouvernement, qui voulait aller avec la

transparence absolue en tout temps. Le problème, c'est qu'on vit dans un monde commercial, et là ça devient une question de confiance. La transparence peut devenir un obstacle au meilleur prix. Et c'est ça qu'il faut considérer, là, ça devient un obstacle au meilleur prix.

Moi, j'ai vécu ce genre de situation là dans ma vie à plusieurs reprises, et, bien que j'allais chercher des prix extraordinairement plus bas en négociation, la condition était d'avoir une entente non divulguée pour que, dans une autre juridiction — et, quand on dit juridiction, on parle souvent d'un autre pays et même d'un autre continent — le prix ne soit pas affiché tel quel. Alors, à un moment donné, il y a un échange de procédure qui fait que la transparence peut devenir un obstacle. Alors là, si c'est la transparence absolue en tout temps, dans un monde commercial, bien, il faut vivre avec les conséquences, la conséquence étant un moins bon prix.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Collègue de Taillon.

Mme Lamarre : Bien, en fait, il faudrait reparler du prix de référence international, auquel les compagnies pharmaceutiques sont liées. Et, le fait d'avoir passé une loi, eh bien, effectivement, la responsabilité des écarts que l'industrie a faits pourrait faire... dans le fond, se traduisent et ont été pris maintenant sous la responsabilité du gouvernement. C'est le gouvernement qui sera, dans le fond, collaborateur ou complice à ces écarts-là si on jugeait que ces ententes-là n'ont pas respecté les accords internationaux.

Maintenant, la commission, le commissaire...

M. Barrette : Attention, là, les prix de référence internationaux ne sont pas nécessairement les prix réels, effectifs dans la transaction. C'est ça, le problème, c'est... Le prix de référence international, c'est la vertu, hein? C'est comme un prix de liste en automobile, ce n'est pas nécessairement... Le prix de liste, ce n'est pas nécessairement le prix de vente réellement exercé lorsqu'on vend... un concessionnaire vend une auto à un individu. Et là on tombe dans le commerce. Alors, si on veut y aller avec les prix, entre guillemets, de liste, là — je fais une analogie — et avec le prix de référence international, bien, c'est sûr, là, qu'il y a des économies qu'on ne fera pas.

Et là, là, ça devient... Là, moi, il ne faut pas utiliser des mots comme «complicité», là, on fait implicitement... on fait référence à des crimes. «Complicité», c'est des crimes. Là, ici, on est dans une dynamique d'aller chercher le meilleur prix possible dans une mécanique commerciale qui a des contingences. Et, comme M. Bélanger l'a dit, rentrer dans la mécanique ou la dynamique de l'alliance pharmaceutique pancanadienne vient avec des contraintes contractuelles qui sont celles qui ont été décrites.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Collègue de Taillon.

Mme Lamarre : Le médicament n'est pas un bien de consommation comme les autres produits commerciaux, c'est un produit qui a une perspective de santé, d'accessibilité à la santé. Alors, moi, la question, c'est : Le commissaire d'accès à l'information dit qu'il n'y avait pas matière à retenir l'information comme ça a été fait, qu'il y avait suffisamment de restrictions dans ce qui est prévu aux commissions d'accès à l'information du Québec. Et ce que je comprends, c'est que le ministre a décidé d'outrepasser ces contraintes-là qui sont, normalement, suffisantes au niveau de l'accès à l'information, mais, pour ce dossier-là, le ministre... Alors, l'histoire nous dira si c'était pertinent ou non, mais, pour l'instant, le commissaire à l'accès à l'information dit que ce n'était pas nécessaire de faire ça.

Dans un autre ordre d'idées, la santé mentale, écoutez, c'est un autre dossier où on aurait voulu passer beaucoup de temps. Est-ce que le ministre peut nous confirmer qu'il va présenter un nouveau plan d'action en santé mentale?

M. Barrette : Oui, mais je vais revenir, faire un complément, M. le Président, sur la dernière réponse, là. Je n'ai pas choisi de passer outre à la recommandation — la suggestion ou la recommandation, c'est selon — du commissaire à l'accès à l'information. Je n'ai pas entendu le Parti québécois nous recommander de ne pas participer à l'Alliance pancanadienne pharmaceutique. Je ne l'ai pas entendu jamais et je n'ai jamais entendu dans le passé, dans ses fonctions précédentes, la députée de Taillon s'opposer à la participation à l'alliance pharmaceutique pancanadienne.

Mais, par contre, M. le Président, je n'ai pas le choix. Si notre gouvernement participe à l'alliance, il y a des contraintes qui font en sorte que ce sont les contraintes de l'alliance qui exigent de passer par-dessus la recommandation du commissaire à l'accès à l'information. Pas le ministre, comme dit la députée, mais l'alliance. Alors, encore une fois, M. le Président, jusqu'à la dernière seconde, on m'imputera des intentions non fondées.

Maintenant, à la question précise de la députée de Taillon, est-ce que j'ai l'intention de déposer un plan d'action en santé mentale?, la réponse est oui.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Collègue de Taillon.

Mme Lamarre : Je cite les crédits de l'année dernière, et on avait : «Alors, M. le Président, évidemment, le Plan d'action en santé mentale est intitulé le plan d'action 2014-2020, et, par définition, le plan, le nouveau plan sera déposé en 2014. Alors, je peux au moins assurer la députée de cet élément-là.»

Est-ce que le ministre peut, aujourd'hui, m'assurer que ce sera un plan qui sera déposé en 2015?

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

M. Barrette : Absolument.

Mme Lamarre : Est-ce que ce sera avant la fin de cette session?

M. Barrette : Absolument, en 2015.

Mme Lamarre : Donc, on comprend que ce ne sera pas à cette session-ci.

M. Barrette : Non, on ne comprend pas du tout rien, M. le Président, c'est une insinuation encore une fois. La députée voudrait pouvoir avoir une information qu'elle utilisera à d'autres endroits et en d'autres lieux, ce que je ne lui donnerai pas. Mais je m'engage à déposer un nouveau plan d'action en santé mentale en 2015. J'irai aussi loin que de dire : Plus tôt que tard, mais je ne lui donnerai pas d'information plus précise pour des raisons qui, évidemment, les gens l'auront compris, débordent largement du contexte de l'étude des crédits.

Le Président (M. Tanguay) : Collègue de Taillon.

Mme Lamarre : Bien, c'est sûr que... Écoutez, ce n'est pas juste avoir un plan pour un plan, c'est quelque part, à travers ça, donner un message clair à la population, aux intervenants, aux malades, aux proches aidants qu'il y a vraiment une priorité sur l'enjeu de la santé mentale, qui est une situation qui perturbe vraiment la vie de beaucoup de gens actuellement et où on a besoin d'avoir un réseau, une approche et une action structurées. Donc, ce plan d'action, il est très attendu, et 2014, c'était un engagement du ministre. Alors là, c'est 2015.

Dans la mise en oeuvre du projet de loi n° 10, il semblerait — puis là je veux juste le vérifier — que les directions de santé mentale et dépendance aient été fusionnées. Est-ce que c'est aussi une fusion d'enveloppes budgétaires?

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

M. Barrette : Bien, c'est-à-dire, M. le Président, qu'actuellement ce sont des enveloppes qui se retrouvent dans les CISSS et les CIUSSS. On ne fonctionne plus de cette façon-là spécifiquement.

Et, pour ce qui est... Et je reviendrai, je profiterai du moment, puisqu'on traite de la santé mentale, pour réitérer, M. le Président, que la confection d'un nouveau plan demande énormément de consultation, et le délai qu'il y a eu par rapport à mon engagement précédent vient du fait que les consultations, elles ont été faites, et elles ont été faites très sérieusement, et les consultations ont été extensives sur tout le territoire et avec tous les partenaires qui ont des liens avec la santé mentale, et ce, à l'échelle nationale. Alors, M. le Président, c'est clair que cette réflexion-là nous aura permis de construire et, bientôt, de présenter en 2015 le plan d'action en santé mentale, et j'ose espérer que le réseau sera certainement satisfait des orientations que l'on mettra de l'avant, puisqu'elles sont la réponse à ces consultations-là.

Maintenant, pour ce qui est des deux programmes en question, selon la loi, évidemment, ce sont deux budgets qui sont séparés. Qui peuvent être sous une seule direction, mais les budgets demeurent séparés dans un grand ensemble, évidemment, qui est celui des budgets des CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés.

Le Président (M. Tanguay) : ...de Taillon.

Mme Lamarre : Donc, je comprends du ministre que les deux budgets ne seront pas interchangeable, ils restent deux budgets indépendants. Merci.

• (19 h 30) •

M. Barrette : ...M. le Président, qu'il faut être catégorique là-dessus, les budgets sont séparés, protégés, c'est dans la loi, il n'y aura pas d'interchangeabilité. Et ça, on l'a dit à plusieurs reprises, là, dans l'étude et l'adoption de la loi n° 10, ce sera le cas.

Mme Lamarre : Une autre question. Dans le cadre de la rémunération pour les présidents-directeurs généraux des CISSS et des CIUSSS, on peut comprendre que, dans des situations où il y a eu des fusions, il y a pu avoir une augmentation de la charge de travail, une augmentation du nombre d'établissements à superviser, mais comment le ministre justifie-t-il la hausse du salaire des présidents-directeurs généraux quand ce sont des établissements qui n'ont pas été fusionnés?

C'est-à-dire je prends, par exemple, là, le Centre universitaire de santé McGill, dont le P.D.G. a eu une augmentation de 10 %, l'Institut de cardiologie, 4,5 %, l'Institut Philippe-Pinel, 10 %, le CHU de Sainte-Justine, 2,7 %, un peu moins, mais Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 10 %. Alors, ces centres-là avaient déjà été fusionnés, ils n'ont pas fait l'objet de réaménagement dans le cadre de la réforme du projet de loi n° 10. Sur la base de quoi est-ce qu'on a une augmentation de la rémunération des présidents-directeurs généraux de l'ordre de 10 %?

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

M. Barrette : Sur la base, M. le Président, de la raison, évidemment. Et je rappellerai à la députée de Taillon tous les débats qui ont été faits par tous les gouvernements, incluant le gouvernement précédent, sur la hauteur de la rémunération de ces P.D.G. On se rappellera, M. le Président, tous les débats médiatiques, là, qui ont eu lieu sur la rémunération, entre autres, du précédent directeur général du CHUM qui recevait des rémunérations supplémentaires, complémentaires venant de l'université et même de la fondation, hein? Parce que tout le monde acquiesçait au fait que les rémunérations n'avaient pas été ajustées dans le temps adéquatement, et ce qu'on a voulu faire aujourd'hui, c'est, évidemment, faire les ajustements

d'échelle appropriés pour faire en sorte qu'on évite d'avoir à recourir encore une fois dans le futur à des artifices administratifs pour ajuster la rémunération à la hauteur appropriée. Alors, ça, ça a été reçu, débattu par même les observateurs extérieurs, les journalistes et les chroniqueurs, qui ont clairement, à multiples reprises, dit : Bien là, à un moment donné, si la hauteur n'est pas appropriée, faites des ajustements. Et c'est ce qui a été fait, tout simplement. Alors, c'est la raison qui justifie ces ajustements-là. Et, par-dessus cette raison-là, il y a évidemment les comparatifs avec des institutions comparables au Canada.

Le Président (M. Tanguay) : Pour un dernier 25 secondes.

Mme Lamarre : Écoutez, ça va clore l'intervention, simplement rappeler au ministre que nous demeurons très préoccupés par la très faible hausse qui a été prévue au niveau du budget en santé. Il y a des coupures, et j'invite le ministre à être attentif à ce qui se passe sur le terrain avec les vraies personnes, des personnes qui n'ont pas toujours la même organisation, la même proximité avec le ministre...

Le Président (M. Tanguay) : Merci...

Mme Lamarre : ...mais des personnes qui, au quotidien... les proches aidants, les organismes communautaires, les gens qui travaillent en santé mentale, les gens qui travaillent avec la déficience chronique...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup...

Mme Lamarre : ...eh bien, ces gens-là, ils ont besoin d'être entendus parce qu'il y a des coupures qui vont vraiment diminuer les services pour eux.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Maintenant, pour le dernier bloc de cette soirée, pour cinq minutes, je cède la parole au collègue de Sainte-Rose.

M. Habel : Merci, M. le Président. Étant donné que nous arrivons à la fin de ces crédits 2015, j'inviterais peut-être le ministre à conclure ces crédits 2015 sur le volet Santé.

M. Barrette : M. le Président, je veux remercier le député de Sainte-Rose de me donner cette opportunité-là. Jusqu'à la dernière intervention de l'opposition officielle, M. le Président, la dernière phrase aura été une phrase qui est, encore une fois, inexacte. Il n'y en a pas, de coupures dans les services, M. le Président, et nous entendons la population. Et c'est parce que nous l'entendons, la population, M. le Président, que nous n'avons pas de coupures, contrairement à ce que le Parti québécois avait fait dans une période similaire dans la fin des années 90, où, sur une période de trois ans, le Parti québécois avait baissé de 3,3 % le financement des soins et services donnés à la population. Je répète, baissé, diminué, coupé, il y avait eu des coupures, M. le Président.

Tout à l'heure, dans une intervention que j'ai faite sur la question de la transparence, M. le Président, ça m'a rappelé — et d'ailleurs je l'avais évoqué moi-même — qu'aujourd'hui, en termes de transparence, nous présentons les documents budgétaires, les crédits budgétaires sous une forme qui est inédite. Jamais le gouvernement n'a été aussi transparent dans sa présentation des crédits. J'ai ici, M. le Président, la page la plus importante. Ce sont les crédits détaillés par programmes qui sont offerts à la population en date d'aujourd'hui, et je vais les passer en revue, M. le Président, pour terminer l'étude des crédits et démontrer à la population que nous ne coupons pas dans les services.

Alors, je les passe, M. le Président. Cette feuille-là, dans les crédits précédents, incluant le gouvernement précédent, il y avait un chiffre, une ligne, 22,8 milliards de dollars. C'est le montant d'aujourd'hui, mais on va passer en revue, M. le Président, chacun des éléments. Alors, voici les éléments où il y a des augmentations : les Services généraux d'activités cliniques et d'aide — c'est des services médicaux, M. le Président — 589 millions de dollars, qui augmentent de 2,2 millions de dollars; Soutien à l'autonomie des personnes âgées, 3 milliards de dollars, qui augmente de 45,8 millions de dollars; Déficience physique, M. le Président, 536 millions de dollars, qui augmente de 5 millions de dollars; Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, augmentation de 7 millions de dollars; Jeunes en difficulté, augmentation de 9,7 millions de dollars; Dépendances, augmentation de 1 million de dollars sur 94 millions; Santé mentale, augmentation de 11 millions de dollars; Gestion des bâtiments et équipements, augmentation de 30 millions de dollars; Organismes communautaires, augmentation — augmentation, M. le Président — de 5 millions de dollars; Activités connexes, augmentation de 54 millions de dollars; Service de la dette, augmentation de 68 millions de dollars.

Oui, il y a des diminutions, M. le Président, et on les a annoncées. Tous les items administratifs baissent. Dans les items qui correspondent au communautaire, aux services, aux services cliniques, aux services aux personnes âgées, ça monte, M. le Président. On ne peut pas affirmer qu'il y a des coupures.

Je terminerai, M. le Président, en remerciant les équipes qui m'accompagnent, qui ont construit ces crédits-là et qui font en sorte que la population qui nous écoute verra le financement de ses activités augmenter, et il n'y aura pas de coupures. Alors, j'en profite pour remercier toutes les équipes de sous-ministres adjoints et leurs équipes, ainsi que toutes les équipes de directions qui... Je ne le sais pas si c'est possible de balayer les gens qui sont derrière moi à la caméra, mais ce sont des gens qui sont de grande compétence. Je pense que les gens qui sont venus témoigner, répondre aux questions au micro en m'accompagnant ont démontré la grande compétence, et le grand intérêt, et les grands efforts que l'on met à faire en sorte qu'on puisse produire des crédits, M. le Président, qui protègent les services de santé et de services sociaux

que l'on offre à la population dans un contexte de rétablissement de l'équilibre budgétaire pour en arriver à l'année prochaine, à la prochaine étude des crédits, où on pourra présenter des crédits qui augmentent de façon adéquate en fonction des besoins de la population.

Je remercie également tous les collègues qui ont participé à cette étude de crédits, et à tous les gens qui ont présidé cette séance, et particulièrement à mes collègues du groupe gouvernemental, mais, évidemment, ceux des oppositions pour cet exercice qui est clairement un exercice de grande valeur démocratique et certainement de grande transparence. Merci à tout le monde.

Adoption des crédits

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, chers collègues, le temps alloué à l'étude des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux étant presque écoulé, nous allons maintenant procéder à la mise aux voix des crédits et nous allons y aller en cinq étapes. Alors, le programme 1, Fonctions de coordination, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Mme Lamarre : Sur division.

Le Président (M. Tanguay) : Adopté sur division. Le programme 2, Services dispensés à la population, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Mme Lamarre : Sur division.

Le Président (M. Tanguay) : Adopté sur division. Le programme 3, Office des personnes handicapées du Québec, est-il adopté?

Mme Lamarre : Sur division.

Des voix : Adopté.

Le Président (M. Tanguay) : Adopté sur division. Le programme 4, Régie de l'assurance maladie du Québec, est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Mme Lamarre : Sur division.

Le Président (M. Tanguay) : Adopté sur division. Et finalement l'ensemble des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2015-2016 est-il adopté?

Des voix : Adopté.

Mme Lamarre : Sur division.

Le Président (M. Tanguay) : Adopté sur division.

Documents déposés

En terminant, je dépose les réponses aux demandes de renseignements de l'opposition. M. le secrétaire, je vous en remets donc copie.

Je lève la séance, et la commission, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux sine die. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 19 h 39)