



ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 1er mai 2019 — Vol. 45 N° 8

Étude des crédits du ministère de la Santé et des
Services sociaux (3) : volet Santé, Accessibilité
aux soins et Santé publique

**Président de l'Assemblée nationale :
M. François Paradis**

2019

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 mercredi 1er mai 2019 — Vol. 45 N° 8

Table des matières

Santé, Accessibilité aux soins et Santé publique	1
Remarques préliminaires	1
Mme Danielle McCann	1
Discussion générale	3
Document déposé	22

Autres intervenants

M. Luc Provençal, président

M. André Fortin
M. Sol Zanetti
M. Sylvain Gaudreault
Mme Marilyne Picard
Mme Hélène David
Mme Nancy Guillemette
M. Mathieu Lévesque
Mme Isabelle Lecours
Mme Catherine Fournier

- * M. Pierre-Albert Coubat, ministère de la Santé et des Services sociaux
- * Mme Lucie Opatrny, idem
- * M. Jean Latreille, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Note de l'éditeur : Les crédits du volet Aînés et Proches aidants du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été étudiés à la Commission des relations avec les citoyens le 29 avril 2019.

Le mercredi 1er mai 2019 — Vol. 45 N° 8

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (3) : volet
Santé, Accessibilité aux soins et Santé publique**

(Quinze heures trois minutes)

Le Président (M. Provençal) : 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 de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Santé, Accessibilité aux soins et Santé publique des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2019-2020. Une enveloppe de 12 heures a été allouée pour l'étude de ces crédits.

Nous allons débiter cet après-midi par un premier bloc de trois heures, puis nous poursuivrons l'étude de ces crédits ce soir et demain. Les crédits de ce volet et de ce portefeuille seront mis aux voix demain soir.

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

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Gaudreault (Jonquière) remplace M. Arseneau (Îles-de-la-Madeleine).

Santé, Accessibilité aux soins et Santé publique

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup. Nous allons débiter par les remarques préliminaires, puis nous allons procéder à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et les réponses.

Remarques préliminaires

Nous débutons avec les remarques préliminaires. Mme la ministre, vous disposez de 17 minutes. À vous la parole.

Mme Danielle McCann

Mme McCann : Merci, M. le Président. Alors, je vais profiter de l'occasion pour saluer mes collègues députés de l'opposition, également les membres de la Commission santé et services sociaux et également l'ensemble des équipes du ministère de la Santé et des Services sociaux et du cabinet qui sont ici aujourd'hui. Il y en a beaucoup, comme vous le voyez. Alors, je les remercie.

Alors, c'est un plaisir pour moi de me trouver parmi vous tous à l'occasion de cet exercice essentiel, hein, c'est un exercice essentiel, l'étude des crédits budgétaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, et pour moi c'est la première fois, évidemment.

Alors, avant d'aller plus loin, je veux mentionner que c'est un trio, hein, que nous avons, en santé, et mes collègues le ministre délégué de la Santé et Services sociaux et la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants ont eu cet exercice dans les derniers jours.

Alors, nous avons, comme gouvernement, reçu un mandat très fort de la population, et on a la responsabilité d'y répondre avec les acteurs et les partenaires du réseau. Le budget présenté plus tôt cette année par mon collègue le ministre des Finances du Québec démontre sans équivoque que notre gouvernement a entendu la population et a écouté ce que les Québécois et les Québécoises avaient à nous dire.

Avec raison, la santé et les services sociaux figurent au sommet des priorités. Nous voulons faire plus et on veut faire mieux aussi par le budget 2019-2020, qui prévoit un important réinvestissement, soit une hausse de 5,4 % des dépenses consolidées par rapport à 2018-2019. Ainsi, ce sont des investissements additionnels de près de 5 milliards de dollars en santé et en services sociaux qui sont prévus d'ici cinq ans et qui vont nous permettre d'agir sur plusieurs fronts.

Avec mes deux collègues le ministre délégué à la Santé et Services sociaux et la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, nous formons une équipe dévouée, déterminée à prendre soin de tout le monde, de la petite enfance au troisième âge. Évidemment, pour ma part, je vais dresser, au cours des prochaines minutes, notre plan global en santé et services sociaux, mais également je vais vous partager l'approche que nous privilégions afin d'établir des changements durables.

Les usagers s'attendent à davantage du système de santé et de services sociaux. Nous allons le réparer, ce système, et lui insuffler une bonne dose d'humanisme, d'empathie et de bienveillance. Depuis l'automne, avec les 34 établissements qui constituent le réseau de la santé et des services sociaux, on a amorcé une nouvelle ère sous le signe de la collaboration et de la décentralisation des prises de décision. Nous voulons miser sur les forces de chacun et travailler en collaboration avec les associations, les organismes, les ordres professionnels, les comités et tous nos partenaires.

Je me suis engagée à exercer mes fonctions dans un climat de coopération, de solidarité, d'engagement social et je prends la responsabilité qui m'a été confiée très au sérieux. C'est donc avec l'ensemble des acteurs du réseau qu'on va s'employer à mettre en place un plan d'action basé sur quatre grands objectifs, soit, d'abord, offrir un accès plus rapide à des soins et services sociaux de qualité, adopter une approche populationnelle et axée sur la décentralisation, prendre soin du personnel et assurer la pertinence des soins et services dans une optique de responsabilité sociale fondée notamment

sur la prévention. Ces quatre objectifs visent à répondre aux grands enjeux actuels auxquels nous sommes confrontés, et nous voulons agir par des mesures concrètes qui changeront réellement les choses pour les années à venir.

Tout d'abord, notre objectif-phare est bien sûr celui de l'amélioration de l'accès à des soins et des services de qualité, je ne vous apprends rien, c'est un défi qui a été abordé à plusieurs reprises dans les dernières années, mais, pour y parvenir une fois pour toutes, nous avons besoin de tout le monde. Plus que jamais nous devons prendre le virage de l'interdisciplinarité. Une offre de soins et de services accessibles, de qualité, incluant des services sociaux généraux de santé mentale pour nos usagers passe par une collaboration continue entre tous les intervenants concernés, et assurer la pertinence des soins et des services dans une optique de responsabilité sociale fondée sur la prévention demande également la collaboration de tous.

• (15 h 10) •

Depuis mon arrivée en poste, je me suis fait un devoir de rencontrer les différents acteurs et partenaires et je perçois vraiment une volonté de tous de travailler ensemble. Je crois fermement que le décloisonnement de la pratique médicale actuelle est la pierre angulaire qui va nous permettre de relever la plupart des défis auxquels nous faisons face. Nous souhaitons donner plus de marge de manoeuvre aux différents professionnels engagés dans le parcours de services et qu'ils puissent mettre à profit leurs compétences. Je pense notamment, bien sûr, spécialement aujourd'hui, aux infirmières praticiennes spécialisées, nos IPS.

D'ailleurs, ce matin, aux côtés du Dr Mauril Gaudreault, président du Collège des médecins, et de M. Luc Mathieu, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, j'ai annoncé une révolution dans l'accès aux soins de santé pour les Québécoises et les Québécois. Désormais, les IPS pourront déployer pleinement leurs compétences dans toutes les spécialités pour lesquelles elles ont été formées. C'est une très bonne nouvelle, qui démontre une ouverture majeure et qui témoigne de l'importance d'un dialogue positif et constructif avec les différentes instances. Nous prévoyons aussi de permettre la prise en charge des problèmes de santé psychologique par des travailleurs sociaux, des psychologues et intégrer davantage des infirmières auxiliaires dans les GMF et les CHSLD. Je pense également au rôle des pharmaciens qui est appelé à s'élargir. Le pharmacien, il représente une figure familière et rassurante, un professionnel dont l'expertise et la proximité avec les usagers et la population lui permettent d'offrir des conseils et des soins de qualité à dimension humaine. Un large consensus se dessine aussi pour élargir le champ de pratique des techniciens ambulanciers paramédicaux.

Également, comme promis, nous nous sommes engagés activement, avec les médecins de famille, à la recherche de solutions à mettre en place afin de favoriser la réelle prise en charge d'un plus grand nombre de patients et une meilleure accessibilité aux soins et aux services. À cet égard, plusieurs pistes sont actuellement en exploration pour revoir le mode de rémunération des médecins de famille, actuellement payés dans une forte proportion selon un mode de rémunération à l'acte, et ainsi mettre en place un mode de rémunération favorisant une meilleure prise en charge de la population. Je parle ici du mode de rémunération mixte qui inclut une forte proportion de la capitation. Des actes peuvent être délégués à d'autres professionnels de l'équipe clinique. Le fer de lance encore ici, c'est l'interdisciplinarité. La pratique collaborative et l'interdisciplinarité entre le médecin de famille et les différents professionnels de la santé vont certes contribuer à accroître l'accès aux soins de première ligne et améliorer la prise en charge et le suivi des patients. Des services de première ligne, c'est un fer de lance pour un réseau de la santé et des services sociaux.

Afin de réduire aussi les listes d'attente en chirurgie et pour voir certains médecins spécialistes, nous allons aussi continuer de revoir l'organisation de services en collaboration avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Notre deuxième grand objectif est celui de développer une approche populationnelle. La diversité régionale du Québec nécessite que l'offre de services soit mieux adaptée aux besoins des personnes concernées dans chaque réseau local de services de chaque région. Nous devons consolider, dans certains cas, remettre certains services de proximité dans les territoires où les services ont été fragilisés dans les dernières années.

De la même manière, nous reconnaissons l'importance de l'action des organismes communautaires en santé et en services sociaux. Ce sont des organismes d'intérêt public dans lesquels s'investissent des milliers de personnes pour participer à l'amélioration de l'état de santé et du sentiment de bien-être des Québécoises et des Québécois. Nous estimons que la société est plus riche grâce à toutes ces organisations qui contribuent au développement social des communautés de même qu'au lien d'entraide et de bienveillance entre les personnes dans leur milieu. C'est pourquoi le budget 2019-2020 prévoit un investissement additionnel de 30 millions de dollars par année pour les cinq prochaines années, soit un total de 150 millions de dollars, pour bonifier le Programme de soutien aux organismes communautaires.

On le sait, il y a eu beaucoup de bouleversements dans le réseau au cours des dernières années. Notre troisième objectif s'attarde donc à ceux et à celles qui sont aux premières loges de ces changements, les hommes et les femmes qui chaque jour oeuvrent auprès des usagers et de leurs proches et qui sont essentiels au fonctionnement du réseau. Les réformes de structure qui se sont succédé ont épuisé le personnel. Je suis très préoccupée par l'augmentation du nombre de congés de maladie, par la détresse exprimée dans le réseau. Nous avons entendu le cri du coeur du personnel et nous voulons valoriser leur important travail. Des mesures efficaces seront mises en oeuvre pour améliorer les conditions pratiques de tous les professionnels, incluant les infirmières et les préposés aux bénéficiaires. Les projets pilotes sur les ratios des professionnels en soins patients, en collaboration avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, la FIQ, et la Fédération de la santé du Québec sont d'ailleurs en cours. Nous allons les analyser et nous ferons aussi le nécessaire par la suite afin de veiller à garantir une prestation de soins humains, sécuritaires et de qualité.

Vous savez comme moi que la diminution du temps supplémentaire dans le but de mettre fin au temps supplémentaire obligatoire est un important changement qui est attendu depuis très longtemps par tous les acteurs impliqués. Ça demeure ma priorité pour ce mandat. De plus, nous travaillons actuellement avec les établissements afin qu'ils puissent afficher des postes à temps complet, permanents, stables, attrayants et qui tiennent compte de la conciliation travail-famille.

Comme vous le savez, avant cette occasion qui s'est présentée à moi de venir travailler du côté gouvernemental et qui me permet de voir notre système de santé et de services sociaux sous un angle tout à fait différent, j'ai travaillé du

côté des établissements de notre réseau. Je sais à quel point nous avons des ressources compétentes et dévouées partout au Québec. Nous voulons mieux prendre soin des Québécoises et des Québécois mais également de nos équipes qui sont engagées auprès d'eux au quotidien.

Le dernier objectif de notre plan que je souhaite vous partager aujourd'hui est celui de la pertinence et de la responsabilité sociale. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le coût des médicaments de même que la mise au point des nouveaux traitements, l'arrivée de nouvelles technologies nous forcent à nous pencher sur la question de la pertinence des soins. Il faut poursuivre notre réflexion, les décisions qui en émergeront garantiront la pérennité de notre système de santé et l'adaptation de notre offre de soins et de services. J'ai d'ailleurs annoncé récemment le retour du Commissaire à la santé et au bien-être, qui est actuellement inactif. Nous croyons qu'il est essentiel, au Québec, de pouvoir compter sur un organisme indépendant qui peut analyser la performance du réseau de la santé et des services sociaux, formuler des critiques constructives et proposer des recommandations pour améliorer l'accès aux soins.

Nous allons tenir compte des déterminants de la santé et les intégrer dans les grandes orientations ministérielles de même que dans la planification de notre offre de soins et de services. Pour y arriver, nous allons collaborer avec les partenaires concernés, tels que ceux issus du milieu de l'éducation, de l'emploi, de l'alimentation, du logement, du transport et de l'environnement. Nous miserons également sur le développement de partenariats structurants avec les municipalités et les autres instances gouvernementales. Nous voulons aussi investir dans la recherche clinique effectuée au Québec et accélérer l'approbation de nouveaux médicaments. Nous avons à cœur de fournir à tous les Québécois les soins et les services les mieux adaptés à leurs besoins, et cela inclut bien sûr l'accès aux médicaments éprouvés pour les aider à vivre en meilleure santé. Pour cela, il faut revoir certaines règles administratives et les processus afin que ces médicaments se retrouvent plus rapidement sur la liste des médicaments du Québec. Nous travaillons donc, mes collègues et moi, sur plusieurs fronts à la fois, au bénéfice de tous, et ces actions s'intensifieront.

• (15 h 20) •

La santé mentale est aussi un enjeu qui me préoccupe au plus haut point. Un forum de consultation sur la santé mentale des jeunes aura d'ailleurs lieu dans quelques jours. Nous allons aussi prendre soin de nos aînés de façon exemplaire et mettre en oeuvre une vision à long terme afin qu'ils puissent recevoir les soins et services qu'ils méritent. Les aînés mais également des personnes en situation de handicap ou vivant avec une maladie chronique ont le souhait de rester chez eux le plus longtemps possible. Nous allons nous assurer que le soutien à domicile leur est facilité et réponde à leurs besoins. Nous allons aussi améliorer la qualité de vie des proches aidants qui se consacrent au bien-être d'un être cher. Nous investirons aussi massivement pour la construction ou l'amélioration d'infrastructures dans le réseau, soit 20,2 milliards de dollars pour les 10 prochaines années.

J'espère avoir réussi, en respectant le temps qui m'est alloué, à vous dresser un portrait de notre plan pour les prochaines années. Je suis confiante que notre approche de collaboration et le changement de ton que nous privilégions seront garants de succès. Chose certaine, les actions, les priorités et les orientations que j'ai évoquées au cours des dernières minutes reflètent un fait indéniable. Nous allons répondre encore davantage aux préoccupations et aux attentes des usagers et de leurs proches. Nous allons également offrir au personnel les meilleures conditions d'exercice possible. Et, si nos ambitions sont d'une telle envergure, c'est tout simplement parce qu'elles sont à la hauteur des engagements qu'on a pris auprès de la population du Québec. Alors moi, ça va me faire plaisir d'en discuter plus longuement avec vous et vous tous, chers collègues. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. J'invite maintenant le député de Pontiac, porte-parole de l'opposition officielle, à faire ses remarques préliminaires, pour un maximum de 11 min 20 s.

M. Fortin : Merci, M. le Président. Très rapidement. Bonjour, Mme la ministre. Bonjour à vous, M. le Président. Bonjour à votre équipe, Mme la ministre, puis aux gens du ministère qui, comme toujours, sont avec nous pour ces travaux-là. Je salue les députés de la partie gouvernementale et des autres partis de l'opposition. Et, pour le reste du temps, M. le Président, on le gardera pour les questions.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Je cède la parole au porte-parole du deuxième groupe d'opposition pour ses remarques préliminaires, pour un maximum de 2 min 50 s. Alors, au député de Jean-Lesage, à vous la parole.

M. Zanetti : Merci, M. le Président. Alors, je vais, moi aussi, saluer la ministre, son équipe et toutes les personnes qui se sont déplacées et garder le reste de mon temps pour les questions.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Je cède la parole au troisième groupe d'opposition pour ses remarques préliminaires, pour un maximum de 2 min 50 s. Donc, au député de Jonquière, à vous la parole.

M. Gaudreault : Je ne serai pas très original, M. le Président. Alors, je veux saluer aussi tous les collègues, la ministre, les équipes qui l'entourent, les gens du grand secteur de la santé qui sont ici. Et moi aussi, je vais garder mon temps pour la période d'échange.

Discussion générale

Le Président (M. Provençal) : Très bien. Je vous remercie. Je suis maintenant prêt à reconnaître une première intervention de l'opposition officielle pour un premier bloc d'échange. M. le député de Pontiac, la parole est à vous.

M. Fortin : Merci, M. le Président. Comment ça va?

Mme McCann : Ça va très bien.

M. Fortin : Excellent.

Mme McCann : Et vous-même?

M. Fortin : Ça va très bien, ça va très bien. On va peut-être commencer, si vous le permettez, avec une question d'actualité. Là, évidemment, ce matin, je vous ai vue... bien, je ne vous ai pas vue, je vous ai entendue, en point de presse, Mme la ministre, parler des infirmières praticiennes spécialisées. Très bien. Je vous en félicite, d'ailleurs. Il y a un point, cependant, où j'aimerais peut-être avoir des clarifications de la part de la ministre, M. le Président. Je vais tenter, comme hier, là, de faire de mon mieux pour m'adresser à vous, mais...

Le Président (M. Provençal) : ...merci.

M. Fortin : Ça me fait plaisir. Mais il y a une partie de l'annonce de la ministre de ce matin pour laquelle je pense qu'il y a des précisions qui sont nécessaires, entre autres par rapport à la prime accordée aux médecins pour la supervision des infirmières praticiennes spécialisées. J'ai peut-être d'abord des données à vous demander et ensuite des précisions à savoir ce qui s'en vient. En cabinet privé, là, un médecin, ça touche combien pour superviser une IPS en ce moment, aujourd'hui?

Mme McCann : Actuellement, un médecin de famille va toucher 30 000 \$ — mais ça peut être partagé aussi à travers plusieurs médecins, hein — pour superviser une infirmière praticienne spécialisée et va toucher également... le GMF va toucher 30 000 \$, environ 30 000 \$ pour vraiment l'accueillir dans les locaux, le support administratif. Alors donc, il y a un 30 000 \$ pour la supervision et il y a un 30 000 \$ également pour le local et le soutien administratif.

M. Fortin : ...deux fois 30 000 \$, 60 000 \$ par année par infirmière praticienne spécialisée. On s'entend, un GMF qui en a deux recevrait deux fois ce montant-là. Très bien. Là, évidemment, là, suite au projet de loi que vous allez présenter, suite aux ententes que vous avez conclues ou que vous allez conclure, évidemment, les médecins ou les infirmières praticiennes spécialisées vont pouvoir diagnostiquer davantage de conditions médicales. Est-ce que vous avez l'intention de réduire ces primes à la supervision là qui sont offertes aux médecins en ce moment?

Mme McCann : ...encore une fois, je vous remercie de la question parce que ça me permet de repréciser ce que j'ai dit ce matin, qu'il va y avoir un déploiement progressif, hein, de cette annonce, hein, de cette nouvelle façon de faire parce qu'il y a des règlements, hein, à réviser puis il y a aussi un projet de loi à déposer. Donc, jusqu'au moment où il y aura ces changements, il n'y a rien qui change, là, pour le moment. Alors, on travaille dans le même cadre, là, qu'on a actuellement. Alors, ça, c'est important de le clarifier. Mais, évidemment, quand on va être rendus à ce que les changements vont être faits, il va falloir, évidemment, qu'on ait des discussions là-dessus.

C'est sûr que, moi, ce que je veux dire d'entrée de jeu, là, c'est que, nous, ce que nous recherchons, là, c'est vraiment que nos médecins de famille, d'abord, soient supportés, et on veut avoir des discussions avec eux à ce niveau-là aussi, celui que vous invoquez. Il est évident pour nous que l'objectif que nous avons, c'est que le médecin de famille prenne en charge davantage de patients, hein, c'est ça qu'on a comme objectif. Et c'est sûr que, la rémunération du médecin de famille, autant qu'il prend le... il prend beaucoup de... plus il prend de patients en charge, plus sa rémunération va augmenter aussi.

Alors, pour répondre à votre question, c'est sûr que cette prime-là a été mise en place, là, par un gouvernement précédent, hein, mais, nous, ce qu'on veut faire, c'est éventuellement, quand ce sera le bon moment, d'entamer des discussions avec la FMOQ dans les règles de l'art là-dessus, dans le cadre, là, des modifications qui vont avoir été faites à la pratique des infirmières praticiennes spécialisées.

M. Fortin : ...matin, M. le Président, ce matin, là, il y avait des maladies chroniques très précises que les IPS pourraient diagnostiquer. Donc, on sait un peu ce qu'on veut donner comme pouvoirs supplémentaires aux infirmières praticiennes spécialisées, ça, c'est très bien, et donc on sait un peu ce qu'on veut libérer comme charge de travail de la part du médecin de famille également. Ça, ce sont deux cibles très précises, là. Est-ce que vous avez une cible précise par rapport la rémunération offerte aux médecins de famille pour la supervision d'IPS? Est-ce que vous aimeriez qu'il reste juste le 30 000 \$ pour le local administratif, etc., ou est-ce que vous croyez encore qu'il y ait une nécessité d'avoir une prime à la supervision, si je peux appeler ça ainsi?

Mme McCann : Mais je vais vous dire, et ça, c'est important, hein, il y a pour nous un objectif encore plus global au niveau du mode de rémunération des médecins de famille, c'est ce qui se situe, pour nous... C'est un objectif fondamental pour la réforme de l'accès que nous voulons faire. Donc, c'est au-delà même de votre question, ce qu'on veut faire au niveau des médecins de famille. Nous, ce que nous voulons, c'est revoir le mode de rémunération des médecins de famille. Donc, ce qu'on souhaite, c'est que les médecins de famille soient rémunérés pour la prise en charge des patients, ce qu'on appelle la capitation : plus on prend en charge de patients, plus on est rémunéré. Si vous me permettez de continuer, juste pour l'expliquer que plus on prend en charge de patients, mais on délègue aussi beaucoup d'actes à d'autres professionnels, dont les IPS, et aussi on utilise l'Internet, le téléphone, là, davantage, ce qui libère du temps.

Mais je tiens à faire ce point-là parce qu'au moment où on arrive à un mode de rémunération par capitation, qui est le mode de rémunération qui va prendre la majeure, là, de la rémunération des médecins de famille — il y aura toujours une partie, là, qui va être à l'acte, là, c'est normal — ces questions-là vont devenir secondaires parce qu'en quelque part la rémunération du médecin de famille va être faite par capitation, par prise en charge du patient.

Et je termine en disant que notre objectif, ce n'est pas de réduire la rémunération des médecins de famille. Ce n'est pas là notre objectif. Notre objectif, c'est de soutenir nos médecins de famille et de changer le mode de rémunération pour qu'ils puissent faire une pratique beaucoup plus moderne de la médecine de famille en collaboration avec les autres professionnels.

• (15 h 30) •

M. Fortin : Parce que vous avez amené le sujet, là, vous-même, là, vous en avez parlé dans vos remarques d'ouverture, si j'ai bien compris, vous avez dit et vous l'avez répété il y a quelques instants : Ce qu'on veut, c'est un mode de rémunération mixte avec une plus grande proportion de capitation, et vous avez... dans les remarques d'ouverture, Mme la ministre a mentionné plusieurs pistes à explorer ou à mettre sur la table. Est-ce que vous avez un objectif précis dans le terme, dans... Ce que je veux dire, dans le fond, c'est, vous voulez un plus grand pourcentage de capitation dans le mode de rémunération des médecins, en avez-vous un en tête, un pourcentage? Avez-vous quelque chose de précis en tête, là, en commençant, là, puisque vous dites : On veut un tel pourcentage, capitation, un tel pourcentage pour le reste? Qu'est-ce que vous avez en tête, d'entrée de jeu?

Mme McCann : Bien, écoutez, à ce moment-ci, on est en train, justement, de l'analyser parce que nous, là, on a vraiment l'opportunité de voir d'autres expériences dans d'autres provinces du Canada et on voit qu'il faut faire attention, là, au niveau de capitation. Mais on sait qu'il y a eu une réforme en Ontario il y a plusieurs années où, justement, c'est une rémunération mixte avec un taux de capitation plus élevé. 95 % de la population est inscrite à un médecin de famille, ou à une IPS, ou à une équipe de soins, alors c'est quand même des résultats fort intéressants. Mais nous, nous devons vraiment bien examiner le taux de capitation dans une rémunération mixte pour atteindre nos objectifs, mais on sait que ce mode de rémunération va vraiment nous amener à des impacts importants au niveau de l'offre de services et pour les 500 000 personnes, là, qui attendent sur le guichet d'accès.

M. Fortin : ...sur la rémunération, après ça je n'en parle plus. Pour revenir à mon point initial, vous voyez ça dans une grande optique, là, ou dans une grande vision de rémunération des médecins et non uniquement par rapport... le 30 000 \$ que les médecins ont pour superviser des IPS. Donc, le jour où les IPS ont des pouvoirs supplémentaires — vous vous êtes donné un échéancier d'un an ce matin, là — le jour où elles ont des pouvoirs supplémentaires, le médecin va encore avoir sa prime jusqu'à tant que vous ayez un cadre plus global sur la table.

Mme McCann : Dans la séquence, là, on va avoir des discussions, c'est certain, avec la FMOQ là-dessus. Alors, c'est sûr qu'il y a un ajustement qui va devoir être fait. Alors, moi, ce que je vous dis, c'est que, parallèlement, nous allons faire des travaux quant à changer le mode de rémunération des médecins de famille. Dans la séquence, qu'est-ce qui va arriver en premier, qu'est-ce qui va arriver en deuxième? Je ne peux pas vous le dire aujourd'hui, ça va dépendre du rythme des discussions et des décisions que nous prendrons avec la FMOQ.

M. Fortin : Dernier point sur la rémunération, adjacent à la rémunération, disons, là. Le porte-parole de votre formation politique en matière de santé, lorsqu'il a présenté les engagements de la Coalition avenir Québec en matière de santé, avait indiqué qu'il pensait pouvoir récupérer des millions en resserrant les règles d'incorporation des médecins. Est-ce que c'est quelque chose que vous avez encore en tête?

Mme McCann : La question de l'incorporation des médecins, c'est quelque chose, probablement, sur lequel on va devoir se pencher. Comme vous voyez, on a beaucoup de travaux devant nous, M. le Président, là. Je reviens à la formule, excusez-moi...

Le Président (M. Provençal) : ...délinquant aussi de l'autre côté.

Mme McCann : On est deux, on est deux.

Le Président (M. Provençal) : Excusez-moi...

Mme McCann : Mais c'est effectivement quelque chose, M. le Président, sur lequel on va devoir se pencher parce que ça fait longtemps, hein, que les médecins sont incorporés et ça fait depuis 2007 que l'autorisation a été donnée, et la situation a beaucoup changé, la rémunération a beaucoup changé, le niveau de rémunération a beaucoup changé. Alors, il faut mettre ça aussi dans le cadre de l'ensemble des travailleurs du Québec, hein, qui ont ce privilège-là d'être incorporés. Alors, les médecins qui ont l'incorporation actuellement, là, il va falloir revoir tout ça éventuellement, et ça va être un exercice.

M. Fortin : M. le Président, c'est un peu flou, là, comparativement à l'engagement du député de Lévis qui, lui, était très ferme. Il disait : On peut récupérer des millions, on va resserrer les règles d'incorporation. Il nous parlait de conditions très précises qu'il n'a jamais dévoilées, là. Là, aujourd'hui, la ministre utilise des termes comme «probablement»,

«éventuellement». J'aimerais savoir : Est-ce que c'est quelque chose qu'elle veut faire à court terme, disons, dans sa négociation future, là, avec la FMOQ, oui ou non? Qu'est-ce qu'elle pense pouvoir récupérer en termes de millions? Et quelles sont les conditions très précises auxquelles faisait référence le député de Lévis, sur lesquelles elle va, j'imagine, travailler parce que c'était dans leurs engagements électoraux?

Mme McCann : ...aussi se poser la question, là, pourquoi le gouvernement libéral, là, a mis ça en place en 2007, là, hein? Parce que c'est le gouvernement libéral, là, qui a donné le pouvoir de s'incorporer à des médecins qui n'ont pas de cabinet, hein, des médecins qui travaillent dans le secteur public, qui n'ont pas de frais de cabinet, qui n'ont pas de frais de secrétaire, qui n'ont pas de frais d'infirmière, etc. Alors, il faut se poser la question : Pourquoi? Pourquoi le gouvernement libéral a donné cette autorisation d'incorporation quand ça n'existe pas pour d'autres travailleurs au Québec? Parce que les autres travailleurs qui ont une incorporation, là, c'est des gens qui ont des entreprises, qui ont des locaux à payer, des secrétaires à payer. Ils ont plein de frais, alors c'est pour ça qu'on s'incorpore, mais ce n'est pas le cas des médecins. Puis on peut parler des médecins spécialistes, on peut parler des médecins de famille, mais il y en a, là, qui n'ont pas de frais de bureau et qui ont l'incorporation. C'est ça qu'il faut regarder, là. Je pense que...

M. Fortin : En 2007, moi, je n'étais pas là, elle n'était pas là. Aujourd'hui, moi, je suis là, puis elle est là, donc peut-être qu'on peut regarder ce qui s'en vient dans l'avenir, là. Est-ce qu'elle a une idée combien de millions elle veut récupérer en resserrant les règles d'incorporation? Puis c'est quoi, ces conditions précises là qu'elle veut étudier?

Mme McCann : Bien, moi, je n'ai pas idée, à ce moment-ci, mais Revenu Québec, probablement, aurait une bonne idée. Alors, il faudrait leur poser la question.

M. Fortin : ...échancier pour cet objectif-là?

Mme McCann : Dans les meilleurs délais, mais certainement pas un échancier prévu, parce que...

M. Fortin : C'est quoi, pour vous, un meilleur délai?

Mme McCann : Bien, je vais vous dire, pour moi, là, l'important à ce moment-ci, je vais vous le dire, c'est quoi, c'est de donner des services à la population. Alors, pour moi, là, c'est de prendre les mesures, M. le Président, pour augmenter l'offre de services à la population, dont 500 000 attendent sur un guichet d'accès. C'est ça, la priorité pour moi, actuellement.

M. Fortin : O.K. Parlons-en, parlons-en, des services à la population. Moi, je suis un député en milieu rural. Il y a beaucoup des collègues en face qui sont députés en milieu rural aussi. Vous le savez, on s'en est parlé en période de questions souvent, là, les découvertures, les découvertures en région, les citoyens en région, là, qui se retrouvent sans service de chirurgie, et sans service d'anesthésie, et sans service dans d'autres spécialités également pendant une certaine période de temps, et je pourrais vous en faire la liste. La liste est longue, et on aura la chance d'en parler un certain temps, là, mais je veux juste avoir quelques réponses précises avant la fin du bloc de questions présent.

Maniwaki, Pontiac, Sainte-Anne-des-Monts, La Pocatière, Gaspé, Val-d'Or, La Sarre, il y en a beaucoup, des endroits qui ont vécu des découvertures en chirurgie générale, disons, juste en chirurgie générale, là, au cours des derniers mois. Et il y en a d'autres, j'en oublie très certainement. Ceux que je viens de vous nommer, est-ce que vous allez les inclure dans l'entente négociée que vous êtes en train de travailler avec la FMSQ pour s'assurer que chacun de ces centres-là pourra avoir un chirurgien sur place en tout temps et un service de chirurgie disponible à ces citoyens en tout temps?

• (15 h 40) •

Mme McCann : M. le Président, moi, je suis toujours étonnée de la question de mon collègue député de Pontiac parce qu'il faut que je lui rappelle encore comment... C'est le gouvernement libéral, l'ancien ministre de la Santé et son collègue qui est chef de l'opposition officielle qui ont suspendu les articles 11 et 48 de la loi, du projet de loi n° 130 et qui ont suspendu les pouvoirs du ministre de la Santé et des Services sociaux, de la ministre, de facto, maintenant. Ces pouvoirs-là donnaient la possibilité de s'assurer, avec la FMSQ, de la couverture de chirurgie à travers le Québec. C'est incroyable quand même, là, que ces pouvoirs-là ont été suspendus par le négociateur de l'époque, le chef de l'opposition officielle actuel. Le gouvernement libéral a suspendu des pouvoirs de la ministre qui aurait pu, de facto, s'assurer directement avec la FMSQ de la couverture des services de chirurgie et de l'ensemble de la médecine spécialisée à travers le Québec. C'est quand même étonnant.

M. Fortin : ...devoir expliquer à la ministre de la Santé du Québec le fonctionnement du système parlementaire, mais un président du Conseil du trésor ne peut pas unilatéralement suspendre une loi votée par les députés de l'Assemblée nationale. N'empêche, je mets ça de côté un instant, M. le Président. Je veux savoir... Aujourd'hui, c'est elle, la ministre de la Santé, aujourd'hui, est-ce qu'elle va exiger que Pontiac, que Maniwaki, que La Pocatière, que Sainte-Anne-des-Monts, que Gaspé, que Val-d'Or, que La Sarre soient inclus dans l'entente entre l'association des chirurgiens du Québec et le gouvernement du Québec?

Mme McCann : ...M. le Président, la précision que j'apporterais, là, c'est que ce qui s'est passé, là, en 2018, là, c'est lors d'une négociation qu'il y a eu avec la FMSQ. C'est une négociation où est-ce qu'on a suspendu ces pouvoirs qui étaient conférés dans la loi au ministre de la Santé et Services sociaux. Il faut se rappeler de ça.

Nous, là, comme gouvernement, on travaille très fort actuellement, justement, à voir à ces couvertures de services, mais c'est sûr que ces pouvoirs auraient facilité le travail qu'on fait actuellement. C'est sûr qu'on a de la collaboration de la FMSQ, mais cette entente-là, là, il faut le rappeler, elle devait être signée en septembre passé.

L'entente pour l'anesthésie, là, combien de temps ça a pris au gouvernement libéral, à l'ancien ministre pour la faire avec la FMSQ? Est-ce que le député de Pontiac le sait, combien de temps ça a pris pour l'anesthésie? Bien, moi, je le sais, ça a pris un an. Nous, on est au pouvoir depuis six mois, hein? Alors, ça a pris un an pour faire l'entente en anesthésie par l'ancien gouvernement, et l'ancien gouvernement a même suspendu les pouvoirs du ministre à l'époque. Alors, M. le Président...

M. Fortin : ...elle peut continuer de parler, la ministre, de l'ancien gouvernement, elle peut le faire pendant 12 heures de temps, mais je vais lui poser la même question si c'est le cas : Est-ce qu'elle va exiger que La Pocatière, que Maniwaki, que Pontiac et que les autres hôpitaux soient inclus dans cette entente-là? Parce qu'elle nous a dit en période de questions : Dans quelques jours, ça va être signé. Ça fait beaucoup de quelques jours, là. Mais elle nous a dit : Dans quelques jours, ça va être signé. Est-ce qu'une fois signé ces centres de services là vont être inclus dans cette entente-là, oui ou non?

Mme McCann : M. le Président, quand on fait une entente, hein, FMSQ et l'Association des chirurgiens, c'est pour toutes les régions du Québec, c'est bien sûr, alors toutes les régions du Québec vont être couvertes. Et on travaille déjà très fort pour couvrir les régions qui ont été évoquées par mon collègue député de Pontiac. Elles nous préoccupent beaucoup, ces régions-là. Et on va faire plus que ça, M. le Président...

Le Président (M. Provençal) : ...interrompre, Mme la ministre. Vous pourrez revenir un petit peu plus tard, assurément que le député Pontiac reviendra à la charge. Alors, je vais céder la parole au gouvernement pour un premier bloc. Alors, c'est la députée de Soulanges qui va prendre le relais.

Mme Picard : Merci, M. le Président. Je voulais dire un gros merci à tous d'être ici. J'en reconnais plusieurs dans la salle, Mme Hébert, de l'OPHQ, bienvenue à tous.

Ma première question concerne l'accès à la première ligne. En mars 2014, l'accès à un médecin de famille et à la première ligne était une priorité bien identifiée par tout le monde, autant par la population que par les experts. À plusieurs reprises, le gouvernement précédent a rappelé la nécessité d'améliorer cet accès en supposant de revoir à la fois le rôle des médecins de famille dans le réseau, l'organisation de la pratique médicale et le travail d'équipe effectué avec d'autres professionnels. Malgré les mesures mises en place, force est de constater, quatre ans plus tard, que la population a encore beaucoup de difficultés à voir rapidement un médecin ou une infirmière lorsqu'ils sont malades, et plusieurs n'ont d'autre choix que d'aller à l'urgence.

Selon l'engagement pris par la FMOQ avec l'ancien gouvernement libéral, le Guichet d'accès à un médecin, GAMF, devait être pratiquement vide en décembre 2017, et ce, sous peine de sanctions financières. Les médecins de famille devaient inscrire 85 % de la population au 31 décembre 2017. Mais il y a encore près de 1 560 000 patients orphelins, c'est 19 % de la population. L'ancien gouvernement libéral a même repoussé au 31 décembre 2018 la date pour que les médecins atteignent la cible de 85 %, ce qui n'a pas été respecté. Ainsi, de nombreux Québécois sont encore incapables de voir un médecin de famille ou une infirmière le jour même ou le lendemain lorsqu'ils en avaient besoin.

Rappelons-le, chaque année, la période qui débute avec le temps des fêtes est achalandée. La situation dans les urgences, au Québec, est préoccupante, voire critique à certains endroits. Le taux d'occupation dépasse largement les 100 %. Il s'agit souvent de problématiques mineures qui peuvent être vues en première ligne dans les cliniques médicales. Faute d'accès à un médecin de famille, les Québécois se retournent toujours vers les urgences.

À cet effet, la CAQ s'est engagée à donner un médecin de famille à tout le monde d'ici quatre ans et à ce que les patients malades puissent voir en moins de 36 heures, d'ici quatre ans, le jour même ou le lendemain au plus tard... Notre gouvernement s'est engagé à ce que la population puisse voir un médecin de famille ou une infirmière le jour même ou le lendemain, à offrir un médecin de famille à tous les Québécois d'ici 2022, à améliorer l'accès aux soins le soir et la fin de semaine en première ligne et à redonner l'accès aux consultations sans rendez-vous aux patients orphelins.

Un des grands défis du gouvernement est d'assurer l'accès de façon rapide et efficiente aux soins de première ligne au moment où les urgences sont surutilisées et débordent. En décembre 2018, afin de rehausser l'offre de services durant la période critique de l'hiver, vous avez lancé nos cliniques d'hiver pour répondre à un besoin accru de services. Pouvez-vous nous en dresser le bilan?

Mme McCann : Merci pour la question, merci beaucoup. Je pense que ce dossier-là, ce sujet-là, c'est un des dossiers les plus prioritaires que nous avons, comme gouvernement, en santé et services sociaux. Le deuxième ou d'égal importance, c'est celui, évidemment, du personnel, dont on veut mieux prendre soin.

Mais on le voit, là, et ça a été beaucoup discuté en campagne électorale, la population a beaucoup d'attentes parce que ce n'est pas normal qu'en 2019 on n'ait pas de médecin de famille. Ce n'est pas normal que 1,5 million de Québécois n'aient pas accès à un médecin de famille où est-ce qu'ils sont inscrits, là, ou à une équipe de soins. Ce n'est pas normal de se retrouver à l'urgence quand on a une problématique mineure. Ce n'est pas normal, quand on a un médecin de famille, de ne pas être capable de le voir en 36 heures quand on est malade. 60 % des gens qui ont un médecin de famille ne sont pas capables de le voir, quand ils sont malades, en 36 heures. Ce n'est pas normal. Ce n'est pas normal non plus qu'un médecin de famille ne puisse pas librement utiliser l'Internet, utiliser le téléphone pour faire sa pratique, comme c'est fait ailleurs au Canada, notamment au Nouveau-Brunswick, notamment en Ontario et dans d'autres provinces canadiennes.

Et c'est pour ça qu'il y a des mesures qu'on veut se donner, comme le changement de mode de rémunération des médecins de famille à capitation, où est-ce qu'on est payé pour prendre en charge des patients et qu'on peut choisir les modalités qu'on va prendre pour intervenir cliniquement auprès de nos patients. Et ça, la population, là, est prête à ça. Puis d'ailleurs beaucoup de médecins sont prêts à ça, de toutes les générations. On nous le dit, d'ailleurs.

Alors, nous, là, on veut travailler avec la FMOQ. On travaille déjà avec la Fédération des médecins omnipraticiens pour ouvrir ce champ-là, pour modifier le mode de rémunération, pour que les médecins prennent plus en charge des patients et voient davantage de patients, donc pour les 500 000 personnes, là, qui sont sur le Guichet d'accès parce qu'ils vont pouvoir, à ce moment-là, déléguer davantage à d'autres professionnels et utiliser d'autres modalités pour intervenir. Parce qu'actuellement le mode de rémunération à l'acte, c'est un incitatif, on va le dire comme ça, à ce que le médecin de famille, il voie le patient obligatoirement à son bureau, quand on sait qu'il y a des choses qui peuvent se régler à distance par d'autres modalités. Alors, ça, c'est majeur.

• (15 h 50) •

Puis ce qu'on a annoncé ce matin, là, c'est un pas important dans la bonne direction, c'est vraiment de donner la possibilité à des professionnelles très bien formées de déployer complètement leurs compétences, les infirmières praticiennes spécialisées, qui vont pouvoir vraiment offrir davantage de services à la population. Il n'y a pas meilleur objectif que ça. On en a 600, 600 infirmières praticiennes spécialisées, dont la majeure partie sont en première ligne, là. Elles vont pouvoir vraiment mieux répondre. Puis Dieu sait que la population aime leurs infirmières praticiennes spécialisées, comme elles aiment... La population aime les médecins de famille aussi, mais, je vais vous dire, il y a une affection pour les infirmières praticiennes spécialisées. Alors, c'est vraiment quelque chose qui donne beaucoup d'espoir, qui va nous donner des résultats. Puis on va en avoir 2 000 en 2024, et même il y en a 60 et même jusqu'à 200, cette année, qui vont graduer. Alors, ces infirmières praticiennes spécialisées, elles vont épauler les médecins de famille. En fait, ils vont s'épauler les uns et les autres et vont donner davantage de services à la population. Donc, les gens qui attendent, là, les 500 000 qui attendent, là, bien, on leur dit aujourd'hui, là : Vous allez en avoir, des services, vous allez être inscrits à une équipe, ça s'en vient, il y a de l'espoir. Alors, pour nous, c'est très important, cette réforme de l'accès. C'est notre priorité pour la santé et les services sociaux avec, évidemment, s'occuper du personnel.

Puis je veux parler deux minutes des cliniques d'hiver, parce que les cliniques d'hiver... C'est intéressant parce que les équipes, les équipes médicales mais les équipes en général se sont déployées très rapidement, l'hiver passé, et ça a été une opération qu'on a mise rapidement sur pied, et on a vu vraiment beaucoup de personnes qui ne sont pas allées à l'urgence, qui ont évité l'urgence, et tant mieux. Puis on va les remettre encore sur pied, les cliniques d'hiver, en décembre, cette fois-ci, jusqu'en mars, parce qu'il y a une demande plus forte, l'hiver, ça fait du sens. Mais nous, on pense qu'à terme, là, dans notre mandat, on va être capables de faire en sorte que tous les Québécois et Québécoises qui le souhaitent aient un médecin de famille ou une équipe de soins et de services et que les cliniques d'hiver ne seront plus requises parce qu'on va être capables de donner les services, même l'hiver, parce que tout le monde va avoir accès et tout le monde va être capable de prendre rendez-vous par Internet avec Rendez-vous santé Québec. Parce qu'on va déployer Rendez-vous santé Québec dans l'ensemble des cliniques du Québec et on va déployer ce qu'on appelle l'accès adapté, ce qui veut dire que les médecins de famille vont mettre leurs plages horaires sur Internet. On va y accéder ou bien on va appeler par téléphone parce qu'il y a des gens qui peuvent avoir un peu de difficultés avec l'Internet. Il y en a encore un petit peu, au Québec, là, une minorité peut-être de Québécois, mais il faut être très accessible. Mais toutes ces modalités-là vont faire en sorte qu'on va avoir une offre de services en première ligne moderne au Québec, et c'est ce que les Québécois nous ont demandé, et c'est ce qu'on va faire.

Mme Picard : Le défi de l'accès semble de taille, et le gouvernement de la CAQ a affirmé sa volonté ferme d'en faire une importante réforme afin de développer un modèle québécois qui fera l'envie de nos voisins.

Vous avez mentionné l'octroi d'un budget supplémentaire de 10 millions pour l'ajout de personnel dans les CLSC. Que doit-on comprendre de ce financement additionnel pour la bonification des lieux et de services de proximité comme les CLSC?

Mme McCann : Bien, je pense que ce qu'il faut dire au départ, là, c'est que, malheureusement, dans l'ancien cycle, là, hein, dans l'ancien gouvernement, on a fragilisé les services de proximité, dont les CLSC, et on a diminué les services. Il y a eu une période de compressions budgétaires, là, dans l'ancien cycle, et on a diminué les services en CLSC, malheureusement.

Nous, on va les remettre, ces services, à plusieurs endroits parce qu'on va avoir une approche populationnelle où les CLSC et les GMF qui travaillent déjà ensemble... Bien, on va renforcer leurs services parce qu'on veut vraiment faire en sorte qu'on ait une offre de services en première ligne qui soit très forte au Québec. Et ça, c'est vraiment un gage de succès, de bons services en santé, dans un pays, dans une nation comme la nôtre, d'avoir des services de première ligne très forts. C'est ce qui est le plus important dans un système de santé pour soutenir le reste aussi. Alors, les CLSC font partie de notre vision, de toute évidence.

On a même... Dernièrement, je suis allée en Outaouais et j'ai annoncé l'ajout de services en CLSC, dans l'Outaouais, notamment au CLSC Val-des-Bois et dans deux autres CLSC, où... Justement, à Val-des-Bois, on a ajouté, même, une IPS et une infirmière, une adjointe administrative. Il y avait là des gens, de la population, des personnes qui étaient là en grand nombre, d'ailleurs. Il y avait eu un comité, là, qui avait vraiment défendu la cause, là, parce que ces gens-là devaient faire au-delà de 100 kilomètres pour aller chercher des soins courants, des soins de base, là, peut-être après une hospitalisation, changer un pansement, par exemple, ou des problèmes de santé mineurs, là. Ils devaient faire 100 kilomètres. Bien, voyons.

Non, nous, on va être un gouvernement de proximité. On va remettre des services, là où c'est nécessaire, de proximité, dans les CLSC aussi. Et ces CLSC travaillent, vont travailler, vont continuer de travailler en partenariat avec

les GMF. Et c'est des acteurs qui travaillent autant en santé qu'en services sociaux et qui ont un rôle très important à jouer. Moi, j'ai géré des CLSC dans ma carrière, là, et les CLSC, c'est des acteurs, là... il y a des intervenants, des équipes qui travaillent beaucoup avec les organismes communautaires, notamment, et ça, c'est un filet de sécurité pour la population.

Je vous donne un exemple, les inondations qu'on vit aujourd'hui. Et là je veux dire à la population : Nous sommes prêts, nous sommes avec vous. Les personnes qui viennent du réseau de la santé et des services sociaux pour vous aider viennent beaucoup des CLSC, et, ces personnes-là, vous les reconnaissez avec leurs dossards blancs. Savez-vous comment on les appelle, M. le Président, les gens qui viennent des CLSC, des CISSS, des CIUSSS et qui aident les personnes qui vivent des difficultés avec... on sympathise beaucoup avec eux? On les appelle les anges blancs. Ce n'est pas moi qui le dis, là, c'est des citoyens qui me l'ont dit : Ce sont nos anges blancs. Bien, les anges blancs viennent des CLSC et les anges blancs vont être là tout le long, dans la phase de rétablissement aussi. C'est ça, une approche proche des citoyens, une approche qui tient compte vraiment des besoins. Parce que, là, il y en a, des besoins, notamment dans plusieurs régions, au moins huit régions du Québec. Parlons de Sainte-Marthe-sur-le-Lac, particulièrement, mais toutes les autres régions qui ont été touchées, l'Outaouais... je pourrais les nommer, les huit.

Alors, ce sont ces intervenants-là qui sont en avant. C'est des intervenants qui sont formés à l'intervention de crise et qui vont être là aussi pour le rétablissement. Ce sont des gens qui ont été là à la première heure, qui ont été là à faire du porte-à-porte, à repérer les gens qui ont des vulnérabilités, particulièrement des gens qui sont au maintien à domicile, par exemple. Et ça va être vraiment un effort de tous et de l'ensemble des gens qui travaillent en santé et services sociaux parce qu'on va en recevoir, là, des gens qui vont avoir besoin d'attention particulière.

Et, encore une fois, moi, ce que je veux vous dire, c'est que l'offre de services en première ligne, c'est pour ça que c'est fondamental parce que, quand il arrive des événements comme ça, on est prêts, mais tout le long de l'année pour la population. Encore une fois, ça n'a pas de bon sens que 500 000 personnes attendent sur un guichet d'accès. Et nous, on va résoudre le problème puis on va faire en sorte que ces personnes-là aient accès à un médecin de famille et à une équipe de soins et services, dont l'IPS va être aussi un membre très important. Et, encore une fois, ce que je disais tout à l'heure, c'est que, dans les pays où le système de santé fonctionne très bien, à titre d'exemple les pays scandinaves, bien, c'est parce qu'il y a une première ligne très forte, et tout le monde a son médecin de famille, tout le monde qui le veut a accès à une équipe de services et de soins.

• (16 heures) •

Et ça touche aussi la santé mentale. Parce qu'on le sait, que 30 % des gens qui vont voir un médecin de famille ont des problèmes de santé mentale. Bien, nous, on va faire un effort particulier pour ces gens-là. On sait qu'on a un forum qui s'en vient, mais, parallèlement, on va poser des gestes pour que les gens aient accès à des services de santé mentale. C'est aussi des services de première ligne, il ne faut pas l'oublier. Il y a les services de santé physique qui sont très importants, mais il y a aussi les services de santé mentale. Puis on est là pour appuyer, épauler nos médecins de famille. Et c'est l'équipe multidisciplinaire qui va le faire, hein, les travailleurs sociaux, les psychologues, les infirmières, les infirmières auxiliaires, dont il faut parler aussi, très appréciées... les médecins de famille et les infirmières auxiliaires, les infirmières et les infirmières praticiennes spécialisées. Puis ici on parle de toutes les régions du Québec. On est attachés à notre médecin de famille, on est attachés à nos intervenants, dont les infirmières praticiennes spécialisées. Et moi, j'entendais des commentaires, là... Prenez Havre-Saint-Pierre, il y a une infirmière praticienne spécialisée à Havre-Saint-Pierre, bien, je vais vous dire, les citoyens de Havre-Saint-Pierre, ils l'adorent, leur infirmière praticienne spécialisée. Donc, on va continuer dans ce sens-là.

Puis j'ajoute, là, parce que, je pense, mon temps s'écoule... mais un élément important, au niveau des médecins de famille... on est très contents. On sait que, malheureusement, dans les dernières années, il y a des médecins de famille qui ont quitté le réseau public, hein, puis aussi l'inscription au niveau des résidents en médecine de famille avait diminué. Bien, cette année, elle a augmenté, elle a augmenté et de plusieurs... On est rendus probablement à 40 résidents de plus, hein, qui se sont inscrits en médecine de famille, on est rendus à 95 % de postes comblés. Bon, bien, on vient de remonter la pente cette année. Et moi, je pense, pour avoir rencontré les médecins résidents en médecine de famille, que c'est le changement de ton, parce que moi, là, et nous, comme gouvernement, on valorise la médecine de famille. On sait que c'est un pilier, un fer de lance de notre système de santé et qu'on doit s'appuyer sur nos médecins de famille et les appuyer aussi. Alors, on est très heureux que l'inscription à la médecine de famille ait remonté cette année, et c'est un bon signal, et c'est pour ça qu'on va continuer dans le même sens qu'on a commencé, par la collaboration. Et j'étais vraiment très heureuse d'être avec le président du Collège des médecins, ce matin, puis le président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour annoncer la bonne nouvelle au niveau des IPS.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Mme la ministre. L'opposition officielle reprend les échanges pour un bloc de 20 minutes. Alors, je cède la parole à la députée de Marguerite-Bourgeoys. Bienvenue.

Mme David : Merci beaucoup, M. le Président. Vous voulez qu'on vous regarde, mais là c'est vraiment difficile, là, de regarder les deux en même temps. Mais prenez pour acquis que je m'adresse à vous même si je regarde la ministre. Ça va?

Le Président (M. Provençal) : Oui, madame.

Mme David : Je pense toujours à vous. Inquiétez-vous pas, je ne vous oublierai pas.

Mais, Mme la ministre, je suis bien contente de participer, avec mon collègue le député de Pontiac... parce qu'il y a une petite partie qui, vous savez, m'intéresse beaucoup dans l'immense portefeuille qui est le vôtre. Mais avant j'ai entendu vos remarques introductives, et il y a des choses que j'ai beaucoup aimées. Il y a des immenses défis que vous

vous donnez, et puis on offrira toute notre collaboration pour ces défis-là. Mais, quand, évidemment, vous parlez d'une bonne dose d'humanisme — vous avez commencé comme ça — c'est quelque chose de très, très, pour moi, primordial. Qui dit soins, soins de santé en particulier, dit obligatoirement humanisme, puis je pense que l'humanisme s'est beaucoup perdu à travers les décennies.

L'accès plus rapide aux soins, prendre soin du personnel — et là je vais arriver à ma première question — la prévention, virage d'interdisciplinarité, décloisonner la pratique médicale, IPS beaucoup plus autonomes, bravo! Vous avez dit : La santé psychologique par des psychologues, des travailleurs sociaux. Je viens de la psychologie, vous venez du travail social, ça fait longtemps qu'on demande d'être au moins reconnus pour la formation que nous avons. Et ils vont sûrement être très contents de vous entendre, les pharmaciens, aussi. Puis, la rémunération, la capitation, bon, je vais laisser ça à mon collègue.

Mais je voulais commencer en parlant du drame terrible du décès de la jeune fille de sept ans, une fillette, qui bouleverse vraiment tout le Québec en ce moment. Je suis sûre que vous faites partie de ceux et celles qui sont particulièrement interpellés et bouleversés. J'ai évidemment écouté aussi le point de presse de votre collègue, qui annonce plusieurs actions. Mais je m'adresse à la ministre qui, aussi, détient un peu le portefeuille parce qu'il y a des enjeux là-dedans qui sont aussi très financiers. Écoutez, je pense qu'on doit saluer, évidemment, l'analyse demandée, l'analyse du CIUSSS qui parle d'un rapport dans les plus brefs délais, et l'enquête demandée à la commission des droits de la personne et de la jeunesse. Mais, d'une part, j'ai demandé officiellement, tout à l'heure, que les conclusions de l'analyse du CIUSSS soient rendues publiques. Je pense que les gens se posent beaucoup plus de questions qu'ils ont de réponses pour l'instant. Il y a quelque chose de normal dans le fait de ne pas avoir de réponses sur le cas particulier, et je ne vous demande pas et je n'irai pas dans le cas particulier, mais ça montre quand même une brèche énorme dans notre filet social. Et, quand ça finit avec un décès d'un enfant aussi jeune, on a vraiment des questions à se poser.

Il y a eu beaucoup d'articles, beaucoup d'événements, beaucoup de réflexions dans les derniers mois. L'Ordre des travailleurs sociaux, auquel vous avez probablement appartenu à un certain moment, demande une réforme majeure de la direction de la protection de la jeunesse, une réforme, donc, importante de tous les modes de fonctionnement. Je pense que c'est normal, à travers les décennies, que nous puissions améliorer les... Les temps changent, les conditions changent. Il n'y a jamais eu autant de signalements, 100 000 signalements, on a atteint... dépassé le seuil du 100 000, mais encore faut-il pouvoir intervenir aussi.

Donc, oui, 18 millions, bravo, pour engager des gens qu'on ne pourra pas engager parce qu'il y a une pénurie de personnel, mais... Alors, je vous soumetts la question qui est un peu la quadrature du cercle : Comment allez-vous faire pour réellement intervenir pour que des drames comme ça n'arrivent plus ou, évidemment, arrivent le plus rarement possible, pour pouvoir suivre les enfants à risque, pour pouvoir avoir le plus grand nombre de professionnels possible pour ne pas qu'ils soient épuisés, pour qu'ils se sentent appuyés puis que des suivis se fassent de façon très serrée quand c'est nécessaire? Je pense qu'avec 18 millions c'est un début, mais c'est loin, loin, loin d'être suffisant. Alors, je pense qu'il était normal, essentiel, aujourd'hui en particulier, de commencer en parlant de cette situation-là.

• (16 h 10) •

Mme McCann : Oui. Je remercie ma collègue, là, d'amener ce sujet-là parce qu'on ne peut pas le passer sous silence, hein? Ça nous ébranle tous, hein, quand on voit une situation comme ça. Et j'ai eu un échange avec mon collègue ministre délégué de la Santé et des Services sociaux, qui a effectivement pris la parole, là, sur la situation. Et j'ai moi-même travaillé en protection de la jeunesse, alors je suis très sensible à ces questions-là.

Je pense qu'il faut souligner, d'abord, d'entrée de jeu, que c'est un événement extrêmement triste pour la famille, pour la communauté et pour les intervenants aussi. Et c'est sûr que, là, il est important qu'il y ait des enquêtes au criminel. Bien, il va y en avoir une au criminel, une enquête interne à la DPJ aussi et une enquête du président de la Commission des droits de la personne. Alors, je pense que toutes ces enquêtes ont leur place, sont importantes, et nous allons attendre, là, les résultats de ces enquêtes.

Mais, parallèlement, ce que ma collègue évoque est tout à fait vrai. On assiste, malheureusement, à une dégradation de ce qui se passe au niveau, là, de la protection de la jeunesse. Quand on parle de l'augmentation du nombre de signalements qu'il y a eu, il y a quelque chose, là, comme un signal. Et mon collègue ministre délégué de la Santé et des Services sociaux a eu une bonne lecture quand il est arrivé en poste, et c'est pour ça qu'il a demandé davantage de moyens. C'est vrai que 18 millions, c'est un début, mais c'est un bon début parce qu'il y a des actions à prendre pour revoir comment ça se passe, actuellement, au niveau de la protection de la jeunesse, quelle est la raison de l'augmentation tellement importante, là, des signalements. Alors, je pense qu'il y a un gros travail devant nous. Et évidemment moi, je suis en grand support de mon collègue ministre délégué. Et nous allons le faire, ce travail-là parce que, vous le savez, M. le Président, la jeunesse, pour nous, c'est prioritaire. Le premier ministre l'a dit plusieurs fois, il y a différentes mesures... Et il faut aussi agir en amont, il faut aussi agir en amont. Il faut agir avec les plus petits, tout le programme Agir tôt de dépistage et d'intervention en bas âge. Il faut agir sur tous les fronts, en santé mentale aussi, hein? La santé mentale, c'est lié à tout ça, la détresse.

Donc, le forum que nous allons organiser, les actions que nous allons prendre en santé mentale, tout ça est lié. Et je pense que notre population est en droit de s'attendre que nous fassions des actions importantes pour vraiment améliorer, hein, tout le volet protection de la jeunesse, mais aussi les services aux jeunes et aussi les déterminants au niveau de la santé mentale de nos jeunes.

Mme David : Je vais continuer là-dessus, si vous le permettez, M. le Président. Parlons de santé mentale et, probablement, de la toute première question ou de la toute première réalité à laquelle j'ai été sensibilisée dès le mois de... je pense, ça remonte à novembre ou... J'ai devant moi le cher organigramme de votre ministère, et vous vous appellerez que j'étais très inquiète de la disparition du poste de sous-ministre associé à la santé mentale, qui était au niveau de vos

sous-ministres associés, que vous appelez ici, là, sous-ministres adjoints. Et donc ça a été ramené sous Mme Jobin, dont j'ai vanté les mérites, et elle le mérite, je le redis encore aujourd'hui. Je ne sais pas où est Mme Jobin, mais je le redis encore aujourd'hui. Elle a un très gros portefeuille. Ils ont tous, d'ailleurs, des très gros portefeuilles. Mais donc c'est sous elle qu'est allée cette direction de santé mentale. Et ce qu'on observe, là, là, actuellement, en temps réel, c'est que la Direction générale adjointe des services en santé mentale et en psychiatrie légale est vacante et la Direction des services en santé mentale et en psychiatrie légale est vacante aussi. Qui s'occupe de la santé mentale chez vous, à part vous-même, qui avez une grande préoccupation? Probablement Mme Jobin, mais qui en a bien d'autres aussi. Ça ne me rassure pas plus. Ça a disparu d'en haut, puis en bas il ne reste plus personne.

Mme McCann : Oui, M. le Président, oui, bien, ça me permet de clarifier... Puis je comprends, là, la question de ma collègue. Le poste de Direction générale adjointe des services en santé mentale et en psychiatrie légale est occupé actuellement par M. Daniel Corbeil, qui a une longue expérience en santé mentale. Il oeuvre en santé mentale depuis de nombreuses années. Alors, ça ne figure pas sur l'organigramme actuel. Ça n'a pas été mis à jour, probablement, mais il occupe ces fonctions-là maintenant.

Et ce que j'aimerais ajouter au niveau de la santé mentale, là, qu'en fait l'intégration de la santé mentale dans le grand volet des services sociaux, c'est porteur. Nous avons conservé une direction nationale en santé mentale parce qu'il faut la distinguer, c'est clair, mais les problèmes de santé mentale, ce n'est pas dissocié des problèmes sociaux. Ce n'est pas dissocié, à l'occasion, même dans plusieurs occasions, d'autres problèmes comme la dépendance, même l'itinérance. On me faisait remarquer que souvent les personnes ne s'y retrouvent pas parce qu'on est en silo, hein, et les personnes vivent de multiples problématiques.

Alors, nous, ce qu'on souhaite, c'est développer une approche plus globale, une approche populationnelle, mais plus globale, de la personne. La personne peut avoir plusieurs problèmes, mais elle peut avoir un problème d'anxiété, mais elle peut avoir aussi un problème... elle a perdu un logement, elle a perdu son conjoint. Donc, il y a vraiment à intervenir de façon plus globale dans notre approche auprès des personnes qui vivent des situations difficiles, et c'est dans ce sens-là qu'on a voulu intégrer... parce qu'on trouvait qu'au paravant on travaillait beaucoup trop en silo. La santé mentale, ça fait partie d'un grand tout. Il faut quand même bien l'identifier, et elle est bien identifiée. On a toujours une direction nationale de santé mentale, mais on travaille, et Mme Jobin y voit, vraiment de façon intégrée avec les autres volets dans le grand chapitre des volets sociaux, là, de la santé et des services sociaux.

Mme David : Je vous remercie beaucoup. Je dirais que je suis, évidemment, tout à fait d'accord avec vous qu'il y ait une intégration, mais il faut qu'elle se traduise dans les faits. Je ne suis pas sûre d'avoir compris s'il y avait vraiment quelqu'un dans l'organigramme qui occupait le poste. Vous avez parlé d'un M. Corbeil, mais il y avait deux postes, une direction générale puis une direction. Alors là, je n'ai pas compris à quel niveau... puis quelles sont ses responsabilités, puis, s'il est vraiment en poste, depuis quand, et si c'est juste parce que l'organigramme n'a pas été mis à jour.

Mme McCann : Oui, M. le Président, des précisions, donc, là-dessus. M. Corbeil occupe les fonctions depuis trois mois. Bon, on va mettre à jour l'organigramme, là, pour bien l'identifier.

Mme David : ...ou direction...

Mme McCann : Direction générale adjointe. Le directeur médical, on est en recrutement, actuellement, ça va bon train. On va avoir quelqu'un, c'est nécessaire. Alors, ce poste-là va être comblé, certainement. Donc, on n'est pas dans un exercice d'enlever, hein, cette direction-là, au contraire, elle est très importante, et on va sûrement doter le poste dans les meilleurs délais possible.

Mme David : Est-ce que vous êtes pressée? Puis je vous comprends de vouloir changer beaucoup, beaucoup le système de santé et puis de vous préoccuper de santé mentale, mais en cette année où on réécrit le Plan d'action en santé mentale, les jours passent, les mois passent, vous allez vraiment avoir besoin d'aide, là. Alors, on est rendus au mois de mai aujourd'hui. Donc, on va surveiller ça de près pour être sûrs que Mme Jobin ait tout ce qu'il faut pour pouvoir faire le meilleur Plan d'action en santé mentale.

Continuons sur la santé mentale. Je sais que vous êtes bien intéressée, vous aussi, par le programme. Moi, j'étais au lancement, d'ailleurs, d'Aire ouverte à Lachine il y a quelques mois. C'est un programme où on dit qu'il y a 20 millions, c'est intéressant. Il y a d'ailleurs un très généreux donateur canadien qui chapeaute tout ça, la fondation Boeckh, là, qui a mis de l'argent là-dedans. Donc, ce n'est pas seulement une initiative québécoise, c'est une initiative parce qu'il y a eu un grand philanthrope aussi qui y croit beaucoup.

Ce 20 millions là, est-ce qu'il est inclus dans le programme de santé mentale? Il sort d'où? Puis est-ce qu'il fait partie de tout le reste des programmes en santé mentale? Parce que, si c'est le cas, on pourra dire que l'augmentation des budgets en santé mentale n'est que de 1,3 %, ce qui est famélique pour un programme en santé mentale, surtout quand on dit que c'est une grande priorité. Alors, je m'inquiète un petit peu du 20 millions qui est ou pas... mais ça donne une augmentation de 1,32 %, ce qui est très, très peu pour tous les défis qu'on a devant nous.

Mme McCann : Oui, je suis contente de pouvoir expliquer... parce qu'on dit souvent, hein, et on le sait, que la santé mentale, on l'entend souvent, ça a été le parent pauvre, là, du réseau. Puis on veut, nous autres, évidemment, nous, comme gouvernement, changer cette vision, mais aussi agir.

Et le programme Aire ouverte, il est... on a ajouté, cette année, 20 millions, oui, effectivement, dans le programme santé mentale, et c'est pour les jeunes, spécifiquement pour les jeunes. Mais on le sait, là, on fait une démarche costaud, là, en santé mentale cette année en réponse aux préoccupations de la population, on agit rapidement.

On a le forum, le 13 mai, au niveau des jeunes, des jeunes adultes en santé mentale, où nous allons tous, vous-même aussi, participer, et avec les proches aidants, les jeunes touchés, également les experts. Et c'est là qu'au-delà... Oui, la direction est très importante, la direction en santé mentale, et on va la doter, mais on a beaucoup d'experts sur le terrain, des experts au niveau des organismes communautaires, des experts au niveau des différents volets professionnels. Alors, on compte sur ces gens-là, d'ailleurs, qui sont déjà à pied d'oeuvre, qui travaillent avec nous dans un comité qui prépare le forum. On va avoir des consultations satellites à travers toutes les régions du Québec, on va avoir... 10 régions du Québec, je devrais dire, et avec la participation, d'ailleurs, des collègues. Ça va être une démarche d'envergure.

Et, oui, il y a le plan d'action qui se termine en 2020. Mais je vais être claire là-dessus, moi, je suis un peu comme le premier ministre, j'aime agir, et il faut agir en connaissance de cause, par exemple. C'est pour ça que les forums sont importants, les consultations, mais parallèlement je pense qu'on a une obligation de poser des gestes, surtout dans le contexte actuel.

• (16 h 20) •

Mme David : Je dirais qu'on en pose ou, en tout cas, on va participer. Je vous ai assurée de ma collaboration. Vous connaissez mon intérêt pour ce dossier-là. Je parle beaucoup, beaucoup aux intervenants en santé mentale, psychiatres, organismes, psychologues, Ordre des psychologues, tout ce que vous voulez. Les attentes sont très élevées parce que vous avez, forcément, ou on a, collectivement ou mutuellement, élevé les attentes sur une préoccupation, enfin, pour la santé mentale au Québec, et donc les attentes sont là.

Je sais très bien, je suis passée un peu par là, que le lendemain d'un budget, on est déjà au travail pour le prochain budget. Et c'est évident, en santé, vous accaparez beaucoup du budget de l'ensemble du gouvernement, mais pas tant que ça au niveau de la santé mentale par rapport au budget de la santé. Alors, en cette année que j'espère mémorable pour la santé mentale, je l'appelle de tous mes voeux, il va falloir que ce soit aussi mémorable au niveau des budgets attribués. Alors, 1,32 %, on ne peut pas dire que c'est mémorable. J'aimerais ça qu'il y ait au moins un 10 % de plus, qu'on soit à 11,32 %. Alors, ce serait extrêmement intéressant parce que... Je vous dis, les gens, avec les consultations satellites, c'est très bien, les forums, participation des porte-parole, etc., les attentes sont très, très, très élevées, ça me réjouit beaucoup, mais vous allez être pris avec un beau problème dans quelques mois, c'est-à-dire de pouvoir livrer tout ce qui est espéré par les milieux, les patients, les familles, les jeunes, les moins jeunes, les aînés. Donc, je vous sais pragmatique, vous voulez avoir des résultats, mais ça va être un beau défi pour vous.

Mme McCann : Bien, M. le Président, nous avons des moyens de le faire, peut-être pas de tout faire, mais de faire des gestes, des étapes importantes. Et notamment nous avons le budget Aire ouverte, mais nous avons aussi un budget d'environ 30 millions que nous allons pouvoir investir en santé mentale cette année. Et nous allons investir des ressources pour voir aux besoins des gens, notamment, qui attendent sur le guichet d'accès en santé mentale, là, actuellement. Et ça, c'est important de le dire, parce que les forums, c'est aussi une étape majeure. On va avoir beaucoup d'inputs des personnes qui vont y participer pour nous aider à mieux aiguiller nos approches et comment on va organiser des services, comment on va ajuster les services, mais il faut avoir les moyens de le faire, et le 30 millions que nous avons actuellement, en plus du 20 millions d'Aire ouverte, va nous aider à mettre des ressources en place pour mieux répondre aux besoins des personnes.

Alors, je pense qu'on a des conditions qui vont nous aider à faire une différence dans le dossier de la santé mentale, surtout si on le fait comme on a décidé de le faire, de façon transpartisane, avec beaucoup de personnes qui vont participer de tous les horizons, parce que c'est effectivement un enjeu de société. La santé mentale, c'est un enjeu de société.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. On poursuit avec le deuxième bloc du gouvernement pour 19 minutes. Alors, je cède la parole à la députée de Roberval.

Mme Guillemette : M. le Président, donc, merci de me permettre d'être ici aujourd'hui et de pouvoir partager avec vous cet exercice des crédits budgétaires. Salutations aux collègues, à la ministre et ainsi qu'aux membres du cabinet et aux membres du ministère.

Donc, j'ai eu la chance, Mme la ministre, cette semaine, avant de m'en venir ici, à Québec, de rencontrer la présidente-directrice générale de mon CIUSSS, Mme Julie Labbé, que je salue, d'ailleurs. Donc, même si les nouvelles sont très bonnes et que la confiance est revenue, qu'on est, comme elle le dit et vous le dites si bien, en mode collaboration et que le ton a changé, la santé de la main-d'oeuvre et du personnel du réseau m'interpelle beaucoup. Donc, l'organisation est faite dans une optique de dispenser des soins de qualité. La sécurité des patients mais également la sécurité psychologique de notre personnel est très préoccupante. Le 8 avril dernier, il y a eu une journée organisée par la FIQ, donc, en lien avec le temps supplémentaire obligatoire. Cette journée-là a été un électrochoc, je dirais, dans notre réseau. Ça a montré aussi, dans notre réseau, qu'on était capables d'élaborer des horaires de travail complets et prévoir du personnel en nombre suffisant.

Les infirmières ont besoin également d'avoir une vie sociale active, de pouvoir prévoir leurs activités. Je dis «les infirmières», mais il y a des infirmiers également. On parle beaucoup d'infirmières, mais il y a des infirmiers. Nos préposés, notre personnel a besoin qu'on prenne soin de leur santé mentale. Et je vous dirais que c'est une des raisons pour lesquelles j'ai décidé d'embarquer dans l'aventure politique, c'est pour prendre soin de notre monde. On avait déjà un beau programme, au niveau du ministère de la Santé, qui s'appelait Prendre soin de notre monde, mais c'était un peu loin de nos gens.

Donc, aujourd'hui, je suis particulièrement intéressée par le sujet et j'aimerais... Il faut trouver des moyens de déployer les ratios. Je sais qu'il y a des projets pilotes, présentement, en collaboration avec la FIQ. Et j'aime toujours utiliser le mot «collaboration», parce que, dans les dernières années, on n'en a pas vu beaucoup, et c'est ce que la P.D.G. du CIUSSS m'a dit, elle dit : Des fois, on a peine à croire que ce qu'on entend, c'est vrai.

Donc, je sais qu'il y a des projets pilotes, présentement, sur des études de faisabilité pour vérifier le ratio avec les infirmières-patients. Vous savez, le gouvernement de la CAQ, on s'est engagé à ouvrir des postes d'infirmières à temps complet et d'abolir les heures supplémentaires, le TSO, autant que faire se peut, là, que dans des conditions très exceptionnelles, poursuivre les projets pilotes ratios patients-infirmière, de valoriser le travail des infirmières, infirmiers, des préposés aux bénéficiaires pour améliorer leurs conditions de vie, pour améliorer la valorisation de ces titres d'emploi là, donc développer les programmes continus de travail-études pour attirer et retenir les préposés et de réduire les congés de maladie, assurance salaire, dans le réseau, qui sont faramineux.

Donc, on a des grands défis. Mme la ministre, j'aimerais vous entendre sur la problématique qui représente les taux anormalement élevés de congés de maladie et des montants d'assurance salaire très inquiétants. Et, dans un deuxième temps, j'aimerais savoir comment ces sommes-là qu'on pourrait épargner pourraient être réinvesties dans les soins et les services de santé pour le bien-être de nos travailleurs, mais aussi de notre population et de nos citoyens.

• (16 h 30) •

Mme McCann : Oui, bien, merci beaucoup, M. le Président, à ma collègue pour sa question parce que, comme je l'ai dit tout à l'heure, ce volet-là de notre travail est fondamental, hein? Il faut qu'on ait une équipe soignante en santé pour pouvoir prendre soin des Québécois et des Québécoises qui en ont besoin. Et c'est un défi de taille, il faut le dire, là, parce que je vais donner quelques informations, là, qui sont quand même impressionnantes, là. Pour les postes budgétaires de l'assurance salaire, de la main-d'oeuvre indépendante et du temps supplémentaire, nous sommes passés de 800 millions de dollars en 2013-2014 à 1,3 milliard de dollars en 2018-2019. C'est inquiétant. Les coûts des congés de maladie pour les infirmières sont passés de 150 millions à 200 millions en quatre ans, et on est rendus à 575 millions d'assurance salaire pour l'ensemble du personnel dans le réseau. Alors, ça aussi, ce sont des signaux, là.

Il faut vraiment y voir. Et la première chose que nous faisons, nous changeons le ton, nous changeons le ton. Nous avons un ton de bienveillance, de support à notre personnel, en même temps que notre personnel, nos établissements sont au clair avec nos orientations. Nous sommes fermes sur les orientations, mais nous comprenons qu'il faut apporter du support à notre personnel. Il faut s'occuper des conditions de travail, des conditions d'exercice de notre personnel, et c'est un dossier pressant, donc on agit rapidement là-dessus.

Ce qu'il faut comprendre aussi, c'est qu'on a été mises en place des grandes structures, des structures tellement grandes qu'il faut vraiment s'assurer que les équipes terrain, là, elles soient vraiment... qu'on en prenne soin. C'est le contact, là, avec la haute direction. Puis la haute direction, les P.D.G., moi, je les connais à peu près tous, c'est des gens de très bonne volonté qui veulent que ça avance, qui veulent prendre soin de leur personnel. Mais, étant dans une grande structure... et à ce moment-ci les directives sont claires, c'est un objectif prioritaire, il faut prendre soin du personnel, mais il va falloir donner des moyens qu'ils prennent soin du personnel. Alors, on est à pied d'oeuvre, actuellement, et le mot d'ordre est donné. Il va falloir remettre certains gestionnaires d'équipe sur le terrain parce que, quand on est dans une équipe de soins, il faut qu'on ait un chef d'équipe, puis il y en a qui l'ont perdu. En plus, on a réduit les effectifs dans certains services, il va falloir les rehausser.

Mais une des premières choses qu'on fait, et ça, on a eu beaucoup de discussions avec, notamment, la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, parce qu'on travaille en collaboration avec eux aussi, c'est de rehausser les postes, rehausser les postes à travers tous les établissements du Québec, les postes d'infirmières, infirmiers, mais aussi de préposés aux bénéficiaires, les postes d'infirmières, infirmiers auxiliaires aussi parce qu'on était rendus à beaucoup de temps-partiels. Puis des gens qui avaient des postes, là, où est-ce qu'ils allaient dans différents centres d'activités, dans différents sites, c'est épuisant. Alors, on a demandé de stabiliser les équipes, de rehausser les postes, d'avoir des postes permanents. Il y a un pourcentage trop élevé de personnes qui avaient des postes temporaires, alors on a demandé de stabiliser ça aussi. On investit, cette année, 200 millions de dollars, là, pour stabiliser les équipes, pour rehausser les postes et pour ajouter des effectifs. Alors, c'est à ça que va servir aussi l'investissement de ressources.

A titre d'exemple, 50 % des postes des infirmières, infirmiers puis infirmières auxiliaires sont à temps partiel. Mais, non, il faut beaucoup plus de temps-pleins pour éviter le temps supplémentaire et le temps supplémentaire obligatoire. Et, dans le plan de rehaussement de postes, on a demandé aux gens de faire de la surdotation. Ça veut dire que, quand tu prévois ton horaire, là, tu prévois un peu plus d'effectifs parce que tu as des chances qu'il y ait des gens qui ne se présentent pas au travail pour x raisons et tu ne veux pas de découverte, justement, pour éviter le temps supplémentaire obligatoire quand ça se passe, là, à la dernière minute. Il y a des gens qui ont même fait ça rapidement en collaboration avec la FIQ. On a vu le CISSS de Lanaudière qui a fait cette entente, parce que c'est par des ententes locales avec les syndicats que ça se fait, et on a vu que, pour un nombre très important de postes, on a ouvert au rehaussement à temps complet, en fait, pour l'ensemble des postes infirmières, infirmiers. En fait, c'étaient des postes à quatre jours, là, qui avaient été entendus, parce que, ça, il faut que ce soit entendu avec les syndicats, mais c'est une grande amélioration par rapport à des postes de deux jours, par exemple. Alors, on a fait ça pour l'ensemble des postes infirmières, infirmiers. Pour ce qui est des préposés aux bénéficiaires, on veut aussi valoriser la fonction de préposé aux bénéficiaires puis on veut aussi stabiliser les équipes de préposés aux bénéficiaires.

Alors, moi, ce que je veux dire aujourd'hui, c'est que notre objectif, c'est de diminuer considérablement, dans notre mandat, l'assurance salaire, c'est d'éliminer le temps supplémentaire obligatoire, et on veut le faire à l'intérieur de notre mandat parce que ce ne sont pas des conditions pour nos infirmières et infirmiers, certainement pas, ni pour nos préposés aux bénéficiaires et pour d'autres types d'emplois aussi. On investit 200 millions à travers les CHSLD, à travers les hôpitaux pour prendre ces mesures de rehaussement de postes, de surdotation.

Et on va également travailler sur les ratios cette année. On a 15 projets ratios qui sont en évaluation, actuellement, on en a quelques-uns qui se terminent en décembre. Mais on va les évaluer, et c'est clair qu'on va vouloir améliorer les ratios. C'est clair qu'on ne pourra pas tout faire cette année, c'est impossible. On ne peut aller vers les ratios idéaux, là, cette année. Puis je dis «idéaux» dans un sens factuel. Il y a des ratios, là, on s'entend, qui sont recommandés pour des secteurs, hein, secteurs en domaine hospitalier, pour les CHSLD. J'en ai discuté avec la présidente de la FIQ, on est d'accord, toutes les deux, qu'on ne peut pas tout faire cette année. Mais, si on prend le commentaire de l'ancienne présidente de la FIQ, Mme Laurent, ils n'ont jamais vu ça, là, 5,4 % d'investissements additionnels en santé, 200 millions pour ajouter du personnel. C'est quand même... Ça fait longtemps qu'on n'a pas vu ça. Alors, les gens sont...

Puis ma collègue a raison de dire que... Moi, c'est ce que j'ai vu en entrant en fonction, les gens n'avaient pas été habitués à ça. Et il y a eu beaucoup de scepticisme puis les réflexes ne sont pas encore là complètement dans les établissements parce qu'on était dans un autre mode, on était dans un mode d'organiser une grosse structure, on n'était pas dans un mode de s'occuper du personnel. Puis ce n'est pas par mauvaise volonté, c'est que, quand on est pris dans des réformes de structure, là, on n'a plus le temps de s'occuper du personnel, pratiquement. On s'en occupe quand même, mais il faut s'en occuper davantage.

Donc, actuellement, nous, on n'est pas dans des réformes de structure, on est dans une réforme de l'accès puis on est dans une réforme qui veut prendre soin du personnel. J'ai même fait des visites sur le terrain, dont à l'hôpital de Trois-Rivières, et j'ai rencontré, parce que moi, ça, c'est quelque chose que j'aime beaucoup, du personnel parce qu'on en apprend beaucoup du personnel, puis j'ai vu des préposés aux bénéficiaires, j'ai vu des infirmières, des infirmières auxiliaires qui adorent leur métier, qui adorent leur profession. Puis il y a une préposée qui m'a dit : Mme McCann, si vous avez besoin de quelqu'un comme porte-parole, moi, j'aimerais ça l'être, puis moi, je le dirais, que préposé aux bénéficiaires, c'est un magnifique métier, c'est merveilleux, d'être préposé aux bénéficiaires, on est tellement proches des gens, on fait la différence dans la vie des gens, mais donnez-nous un peu plus d'aide, diminuez notre charge de travail parce que, là, on n'a pas assez de temps pour s'occuper des gens. C'est des gens qui ont le feu sacré.

Les infirmières auxiliaires, la même chose, c'est la même chose qu'elles m'ont dite. Elles m'ont dit : Il faut nous aider au niveau de notre charge de travail; nous, on aime ce qu'on fait. Puis il y a même des infirmières que j'ai rencontrées qui ont convaincu des infirmières qui étaient parties à la retraite de revenir dans le réseau. C'est beau. Et il y a des infirmières qui sont revenues à ce moment-ci. Je les salue, d'ailleurs. On a une mesure que... En tout cas, on veut donner un coup de pouce, là, notre crédit d'impôt de 10 000 \$ et... Puis d'ailleurs, on peut le dire, là, 1 466 infirmières âgées de 55 ans et plus, là, qui ont quitté le réseau en 2017-2018, c'est beaucoup trop. Moi, je fais l'appel encore : Revenez, on va améliorer les conditions. Venez aider les collègues parce qu'on a besoin de vous, justement, pour ajouter du personnel pour faire en sorte qu'on n'en fait plus, de temps supplémentaire obligatoire ou du temps supplémentaire tout court, là. Alors, c'est un appel à tous.

• (16 h 40) •

Puis il y en a qui reviennent. On a vu, au CHU de Québec, là, il y a plusieurs personnes, il y a au-delà de 150 personnes qui sont revenues qui avaient pris leur retraite. D'ailleurs, vous avez un bel exemple devant vous, là, moi, je suis une bonne personne pour le dire. Quand on est en pleine forme, revenez, revenez pour un an ou deux, si vous voulez, pour plus longtemps. J'ai rencontré, dernièrement, une infirmière qui a pris sa retraite, mais elle l'a prise à 70 ans. Bien, elle travaillait à l'Info-Santé, mais l'Info-Santé, ça demande des infirmières expérimentées des différents secteurs du réseau. Les infirmières expérimentées vont pouvoir coacher les plus jeunes infirmières, c'est important.

D'autres mesures qu'on va prendre pour les préposés aux bénéficiaires, on va mettre des coachs pour les préposés aux bénéficiaires. On a investi cette année du budget pour aider, ça va être 28 millions pour des coachs, pour du personnel de soutien au niveau de la liste de rappel pour que ces listes de rappel soient plus proches des gens terrain. Donc, c'est un ensemble de mesures qu'on met sur pied, actuellement, puis qui vont faire la différence.

Alors, le message est clair et il est fort : On va prendre soin de vous, on a différentes mesures pour le faire. Ne quittez pas le réseau, restez avec nous. On a besoin de vous, on va s'occuper de vous. Puis, si vous l'avez quitté, là, revenez, revenez. Il y a des gens qui travaillent jusqu'à l'âge de 70 ans, on a un crédit d'impôt pour les travailleurs à partir de l'âge de 60 ans. Restez avec nous, on va travailler ensemble.

Et, moi, vraiment, une des philosophies que j'ai, c'est que les solutions pour le réseau de la santé et des services sociaux, la plupart des solutions se trouvent sur le terrain. Et c'est pour ça que, quand on fait des consultations... Puis on a même... Les gens nous le disent. Moi, j'ai rencontré tellement de gens, là, et les gens sur le terrain nous disent : J'ai des solutions, en autant qu'on les laisse parler, parce que, malheureusement, ce qui s'est passé dans les dernières années, les gens n'ont pas pu parler. Et, moi, ce que je dis maintenant, c'est : Parlez, on a besoin de vous entendre sur les solutions, c'est vous qui les avez. Et déjà on commence à les entendre, ces solutions, et c'est ce qu'on applique, et c'est ce qu'on implante dans le réseau. Il y en a plein, de solutions.

Dernièrement, je rencontrais quelqu'un de La Malbaie, justement, un maire de La Malbaie, justement, une des régions où est-ce qu'on veut s'assurer qu'il n'y a pas de découverte, et il me disait : Il y a des médecins dans mon hôpital qui ont des solutions, ils veulent les donner. Bien, c'est sûr qu'on va s'assurer qu'il va y avoir une oreille du P.D.G. de...

Le Président (M. Provençal) : Je vais vous inviter à parler d'un autre petit coin de notre province un peu plus tard, Mme la ministre.

Mme McCann : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Je vais céder la parole au représentant de la deuxième opposition. Député de Jean-Lesage, à vous la parole.

M. Zanetti : Je vous remercie, M. le Président. Tout d'abord, je vais souligner quelque chose de très positif. J'ai l'impression... bien, ce n'est pas une impression, en fait, c'est un jugement de fait actuel, puis que je pense très partagé, il y a, au ministère de la Santé, chez la ministre, un changement de ton très appréciable par rapport à ce qu'on a connu avant et puis il y a plein de bonnes idées aussi. Alors, voilà. Ça, c'étaient les fleurs.

Il y a une problématique au niveau des soins dentaires, au Québec, problématique importante. Une personne sur quatre, au Québec, ne va pas chez le dentiste alors qu'elle en aurait besoin parce que ça coûte trop cher. C'est pour ça qu'il faudrait avoir une assurance dentaire publique et universelle. On n'en est pas là encore, mais, même avant d'arriver à cet objectif-là, il y a des problématiques particulières qui sont apparues dans la région de Québec et dont je voudrais vous parler. Il y a quelque temps, là, on prévoyait déplacer, relocaliser les priorités opératoires en soins dentaires de l'Hôpital Saint-François d'Assise vers l'Hôpital Saint-Sacrement, c'était dans les plans du ministère. Et finalement ça a été transféré plutôt à une clinique privée, une clinique d'anesthésiologie privée appelée Opéra MD, qui est le seul bloc opératoire privé à Québec capable de faire ces opérations-là particulières, entre autres auprès d'enfants qui doivent se faire anesthésier pour être opérés. Et là pourquoi est-ce que c'est la seule clinique à Québec? Bien, probablement parce qu'il n'y a pas un immense marché pour ça. C'est des opérations qui coûtent des milliers de dollars, et c'est payé par le public. Donc, pourquoi est-ce qu'on irait au privé pour ça?

Mais là il est arrivé une clinique, bon, et c'est au fait qu'il est arrivé une clinique qui s'est équipée et capable de faire ça. Bien là, on a transféré, là, 80 priorités opératoires en chirurgie dentaire vers cette clinique-là, et j'aimerais savoir pourquoi est-ce qu'on a fait ce transfert. Pourquoi est-ce qu'on a décidé d'envoyer ces opérations-là au privé alors qu'il y a, dans le régime public, les infrastructures nécessaires et le personnel aussi pour pouvoir réaliser ces opérations?

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre.

Mme McCann : Merci, M. le Président. Je vais tout de suite répondre à mon collègue sur la clinique, mais j'aimerais parler du buccodentaire quand même quelques minutes, là, parce que c'est un volet très important pour la santé, hein, des personnes. La clinique privée à laquelle vous faites référence, en fait, les services sont donnés à cette clinique privée, mais sont couverts complètement par la RAMQ. Alors, en fait, comme vous le savez, M. le Président, le patient ne voit pas la différence, là, donc il ne paie rien, c'est gratuit, et ces services sont donnés par la clinique privée.

Mais j'en profite pour dire qu'on fait des avancées au niveau du buccodentaire qu'il faut souligner. La santé dentaire, là, c'est une mesure importante de prévention d'autres problèmes de santé, hein, on le sait, on pourrait les nommer tous, là, et on a fait des avancées. Ma collègue la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants met sur pied un...

M. Zanetti : ...c'est parce que j'ai une série de questions sur le même sujet puis j'ai un temps limité. Donc, je voudrais juste, avant qu'on parte sur quelque chose de plus général, qui est tout à fait intéressant, par ailleurs... Si je pouvais me permettre, je reviendrais au sujet.

Donc, je suis d'accord avec vous, ces services-là sont couverts par la RAMQ, et c'est une bonne chose, une chance. La question que je me pose, c'est : Faire ça, est-ce que c'est moins cher pour le public? Est-ce que c'est moins cher pour le ministère de la Santé de faire ça? Est-ce qu'il y a une raison bonne, peut-être qu'elle est autre que le coût, de faire ça pour l'intérêt public?

Mme McCann : M. le Président, à Québec, on est dans un grand centre, il y a quand même beaucoup de demandes, et il faut se donner les moyens de donner accès aux services à la population. Et un de ces moyens-là, quand on a une liste d'attente pour un bloc opératoire, c'est de tenter différentes alternatives, et une celles-là, c'est de faire une entente avec une clinique privée où est-ce que la RAMQ va couvrir les frais. Alors, il y avait une demande très forte au bloc opératoire pour différentes chirurgies, et on a fait cette entente avec la clinique privée pour donner accès plus rapidement à des patients qui avaient besoin de cette chirurgie.

M. Zanetti : Est-ce qu'on avait la preuve que c'était moins cher de faire ça que d'augmenter les moyens des hôpitaux pour répondre à cette demande-là?

Mme McCann : Pour avoir regardé, là, ce genre d'initiative, là, au Québec, quand on fait ça, là, on a l'information à l'effet que c'est le même coût ou moins cher. Et, dans ce cas-ci, c'est moins cher qu'au CHU de Québec de le faire de cette façon-là. Mais, comme je l'ai dit précédemment, la première raison, c'est qu'on voulait donner accès plus rapidement et qu'on avait une demande très forte au bloc opératoire du CHU de Québec.

• (16 h 50) •

M. Zanetti : Parfait. Je vous remercie. On a posé des questions écrites, justement, dans le cadre des crédits du budget par rapport à ça et puis on n'avait pas eu de réponse. Je suis content de savoir que ça coûte moins cher. J'aimerais beaucoup si on pouvait avoir les documents liés à cette étude de coûts qui a été faite pour montrer, d'une part, qu'au public ça aurait coûté tant puis qu'au privé ça coûtait moins cher. Si c'était possible de nous les faire parvenir, ce serait vraiment très apprécié.

Il y a une autre information un peu troublante par rapport à cette situation-là que je veux soumettre à votre attention, parce que... je ne le sais pas, si c'est troublant, parce que... mais ça pourrait être troublant. Mais je n'ai pas toute l'information et non plus les moyens d'aller chercher les informations pour évaluer le caractère troublant de la situation, alors je vais vous la soumettre, et puis vous pourrez me dire s'il y a lieu de s'inquiéter ou pas.

Je vous le disais tantôt, hein, il y a une seule clinique à Québec qui fait ça au privé. C'est bizarre qu'une clinique arrive de même dans un contexte où tout est payé par le public puis que les soins sont assurés. Du point de vue d'un investisseur,

on se dit : C'est un gros pari, d'acheter les infrastructures pour faire ça, dire : Ah! moi, j'ai l'impression qu'ils vont envoyer ça au privé, je me fais une clinique privée, j'achète les affaires. Il faut avoir de l'intuition. Ça se peut, mais c'est très intuitif.

Saviez-vous que le propriétaire de la clinique Opéra MD, c'est le beau-frère — là je ne veux pas me tromper — du directeur adjoint des services professionnels du CHU de Québec? Est-ce qu'il y a, selon vous, dans cette situation, une apparence de copinage? Parce qu'on peut s'imaginer qu'un transfert d'information au sujet de ce nouveau marché qu'on a créé en envoyant du monde au privé ait pu peut-être stimuler l'apparition de cette première clinique privée dentaire à Québec. Je pose la question, je n'affirme rien, je n'ai pas les informations nécessaires pour ça, mais j'aimerais que vous nous rassuriez ou que vous nous disiez si vous estimez, vous, qu'il y a peut-être une apparence de copinage dans cette situation.

Mme McCann : Oui, M. le Président. Dans ces situations-là, on fait toujours un appel d'offres, hein, selon l'entente 108, là, qu'on a avec les médecins. Alors, là-dessus, je pense qu'on peut s'appuyer sur un processus qui est demandé, qui est reconnu, qui doit être fait dans les règles de l'art. Alors, le processus d'appel d'offres doit être suivi, tel que défini dans le cadre de cette entente.

M. Zanetti : Bon, je veux juste être sûr de... j'ai peut-être été pas clair sur quelque chose, là : la clinique existait avant, mais elle n'offrait pas nécessairement ce service ou du moins pas dans la même ampleur. Mais, bien, je suis content de votre réponse. Donc, normalement, vous dites, c'est ce qui se passe. Pourrait-il y avoir des vérifications au ministère pour s'assurer que, dans ce cas-là, là, ça s'est bien passé? Est-ce que vous le jugez à propos?

Mme McCann : Écoutez, on peut toujours certainement vérifier l'information, mais moi, je tiens pour acquis que le processus a été fait. On a des règles strictes dans le réseau de la santé et des services sociaux, et je dois vous dire que, certainement, dans le réseau de la santé et des services sociaux, on doit suivre ces règles-là très strictes au niveau des appels d'offres.

M. Zanetti : Je vous remercie beaucoup, ça répond à ma question. Je veux vous amener sur un autre sujet important, la question des médicaments. C'est un domaine dans lequel le Québec — le Canada aussi, mais ça, ce n'est pas de nos affaires — perd de l'argent. On perd de l'argent parce qu'on paie trop cher. Et d'ailleurs il y avait aujourd'hui aussi... Aujourd'hui, c'est le 1er mai, c'est la fête des travailleurs et travailleuses... bien, pas la fête, la journée, là, et il y a la FTQ qui était ici pour nous dire... bien, faire le tour de plusieurs parlementaires pour amener une idée, qui, d'ailleurs, est une idée aussi avec laquelle est en accord, Québec solidaire, l'idée d'avoir un régime d'assurance médicaments universel au Québec. On sait qu'en ce moment on a un régime hybride, et ça fait que ça nous coûte cher. À partir du moment où une personne a accès à une assurance privée, elle est obligée d'y souscrire, et donc on crée un marché, artificiellement, pour des compagnies comme ça, bien, qui font de l'argent. C'est très, très rentable et c'est de l'argent qui pourrait être utilisé autrement.

Nous, on calculait, à la dernière élection, dans les calculs qu'on a faits, qu'en faisant non seulement cette assurance médicaments universelle, mais aussi des achats groupés et en mettant sur pied Pharma-Québec, une compagnie d'État qui gérerait les achats des médicaments, on serait capables d'aller chercher 2,5 milliards de dollars en économies dans le système de santé dans le but de réinjecter ça dans les endroits où on en a tellement besoin, puis on a tellement parlé déjà de ça aujourd'hui, à la DPJ, partout, dans les maisons d'hébergement, pour engager d'autres préposés aux bénéficiaires, infirmières, etc. Est-ce que seriez ouverts à la possibilité, là, à l'étude de cette idée-là d'avoir, au Québec, une assurance médicaments universelle pour aller chercher de l'argent qui, en ce moment, là, n'est pas utilisé à sa meilleure fin, et je pense que vous en conviendrez?

Mme McCann : Moi, je pense, M. le Président, que notre régime d'assurance médicaments est un excellent régime d'assurance médicaments. D'ailleurs, d'autres juridictions le regardent et voudraient même s'en inspirer. Je pense qu'il faut tout de suite dire que, grâce à ce régime d'assurance médicaments, les Québécois ont accès à davantage de médicaments que dans un régime universel totalement public. Il faut aussi dire qu'au niveau de notre régime d'assurance médicaments les employeurs, dans la partie où est-ce que ce n'est pas l'assurance maladie, là, qui paie, la partie, là, privée, plus privée, une grande partie de l'assurance médicaments est payée par les employeurs. Alors, là aussi, c'est un fardeau de moins pour le citoyen. Évidemment, il faut aussi dire qu'il y a un risque, hein, d'un régime totalement public, qu'il y ait une réduction des couvertures pour les assurés, là, qui ont le régime privé actuellement, puis il pourrait y avoir — puis, ça aussi, il faut le considérer — un impact assez négatif sur le secteur de l'assurance au Québec.

Tout ça étant dit, il faut quand même dire un mot sur qu'est-ce qui se passe au niveau du fédéral. Et le fédéral, avec le projet de Pharmacare... Moi, j'ai eu l'occasion d'écrire à Mme Petitpas Taylor là-dessus, j'ai rencontré le Dr Hoskins, qui est en tête, là, du comité qui revoit toute la question, là, de l'assurance médicaments, qui veulent faire une proposition fédérale. Mais, nous, notre position est très claire par rapport à la proposition éventuelle du gouvernement fédéral, c'est que nous voulons garder notre régime d'assurance médicaments québécois et nous allons demander ou faire appel au droit de retrait qu'on a avec une compensation pleine et entière de 5 milliards de dollars. Alors, ça, ça a été communiqué plusieurs fois.

Et j'ajouterais aussi qu'il faudrait aussi conserver l'entière contribution de notre Institut national d'excellence en santé et services sociaux, dont plusieurs s'inspirent, d'ailleurs, au Canada et ailleurs, et qui a un rôle majeur à jouer au niveau, là, du circuit du médicament. Et, grâce à l'INESSS, on est capables de faire des avancées dans l'offre de services qu'on a pour notre population, notamment au niveau des maladies rares, mais dans d'autres secteurs aussi.

Nous, on veut avoir plein contrôle. Au niveau des médicaments, il y a des possibilités, on a vraiment un potentiel au Québec. On a des discussions, une approche actuelle, notre gouvernement, notamment avec le ministère de l'Économie

et de l'Innovation, on veut vraiment faire en sorte qu'on puisse maximiser le potentiel qu'on a au Québec. On a développé beaucoup les génériques, on veut développer le biosimilaire, il y a beaucoup de potentiel. En Europe, là, le biosimilaire est très utilisé, et ça donne des économies qu'on peut réinvestir dans des médicaments novateurs. Donc, nous, là, toute cette question du médicament, incluant l'assurance médicaments, on a fait des avancées et on veut continuer d'être en contrôle de la situation.

• (17 heures) •

M. Zanetti : Parfait. Alors, je vais y aller avec une autre question. Il y a eu un choix qui a été fait dans la région de Québec de fermer des urgences psychiatriques. On sait, l'urgence psychiatrique de Saint-Sacrement est en voie de fermeture progressive, là, et vous avez affirmé qu'au moment où ce serait complètement fermé, bien, il y aurait, en fait, à ce moment-là, pour éviter la découverte, toutes les ressources dans la communauté établies pour pallier à ces besoins-là, pour répondre à ces besoins-là. Alors, j'aimerais savoir : Est-ce que ces moyens-là sont en place? Et est-ce qu'ils vont répondre vraiment, là... être capables de gérer l'équivalent des 2 700 admissions à l'urgence que traitait l'urgence de Saint-Sacrement?

Mme McCann : Le plan que nous avons, qui se dessine actuellement, là, mais qui est là quand même, en termes, là, d'avoir des services dans la communauté... En fait, c'est ça qu'on dit, hein, on dit : On veut s'éloigner, là, de toujours aller à l'urgence, à l'hôpital dans tous les domaines, incluant la santé mentale. Les gens qui ont des problèmes de santé mentale, ils ont le droit, comme les gens qui ont des problèmes de santé physique, de recevoir les services à proximité, puis c'est ça qu'on veut développer à Québec comme ailleurs au Québec. Et c'est pour ça qu'en s'assurant qu'il y a une réponse pour la crise, qu'il y a une réponse au niveau de l'hospitalisation, parce que, dans certaines situations, c'est nécessaire, bien, il faut qu'il y ait de plus en plus de services qui s'offrent dans la communauté pour, justement, prévenir ces crises-là puis voir à une approche globale au niveau de la communauté, au niveau des proches aidants, au niveau de la famille, des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Et c'est pour ça qu'on est en train de transformer des services.

On est partis de loin, au Québec, là. On était totalement dans l'hospitalocentrisme, au Québec, au niveau de la santé mentale. Et là on fait des pas, régulièrement, pour vraiment bonifier les services dans la communauté, des services plus proches, plus humains... en fait, à taille humaine, je devrais dire, parce que les services sont humains aussi à l'hôpital, mais des services à taille humaine et d'accompagner les gens dans la communauté. On ne veut plus que les gens sortent de l'urgence avec un pamphlet puis qu'il n'y a pas d'accompagnement, là, on ne veut plus ça. Puis c'est pour ça qu'on va travailler, dans les démarches qu'on va faire, là, à court terme, pour transformer ces services-là.

M. Zanetti : Merci.

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, le temps est terminé. Merci beaucoup. Alors, nous en sommes au troisième bloc du gouvernement. Je cède la parole au député de Chapleau.

M. Lévesque (Chapleau) : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, d'entrée de jeu, j'aimerais saluer la ministre, également l'ensemble de l'équipe qui l'accompagne, également les collègues de la banquette ministérielle, les collègues de l'opposition aussi.

J'aimerais entretenir la ministre, cet après-midi, au sujet des enjeux financiers et d'investissements, donc, en santé. Donc, nous entendons souvent la critique de la part du Parti libéral à l'effet que les augmentations budgétaires consenties cette année dans certains programmes ne couvrent pas les coûts de système. Dans les faits, le budget est augmenté, et de nombreux services directs sont ajoutés dans plusieurs programmes, on peut penser aux soins à domicile, en santé mentale, pour le personnel soignant. La croissance des investissements en santé et en services sociaux dans le dernier budget, c'est du jamais-vu depuis 10 ans.

Si on regarde les chiffres en 2015-2016, donc au début du régime d'austérité libérale qui a tant fait mal à notre réseau de la santé et particulièrement en Outaouais, il y avait une croissance de 1,5 %; ensuite, l'année suivante, 2016-2017, 3,3 %; en 2017-2018, 3,7 %; en 2018-2019, 5,1 %. On remarque une augmentation-surprise. Les libéraux nous avaient habitués à leurs bonbons électoraux, et les voici. Mais ça n'arrive pas à la cheville de ce que nous avons proposé, aucunement, à vrai dire : 5,7 % d'augmentation dans le budget actuel pour le réseau de la santé.

Et donc ma question : J'aimerais que la ministre nous explique ou, du moins, explique au Parti libéral qu'en toute cohérence ils devraient être gênés de commenter le dernier budget en santé après avoir sous-investi et coupé dans certains services. Merci.

Mme McCann : Merci. Je pense que c'est important de le souligner parce que c'est tellement fondamental d'avoir les moyens qu'il faut pour intervenir, pour modifier les choses dans le réseau. Et effectivement notre budget cette année a augmenté de 5,4 %. C'est quand même un grand, grand pas pour améliorer le réseau de la santé et des services sociaux. C'est du jamais-vu dans les 10 dernières années.

Alors, évidemment, on a entendu, là, les pourcentages dans les dernières années. Même la dernière année, ça a été une promesse de 4,2 % pendant la campagne électorale. Et, nous, c'est 5,4 % qu'on investit, c'est quand même 1,2 % de plus. Et, pour les services dispensés à la population, ils augmentent cette année de 6,67 %. 6,67 % par rapport à l'année dernière, c'est quand même énorme, ça représente 1,8 milliard de plus cette année. On a donné la priorité à résoudre des problèmes dans le réseau de la santé et des services sociaux, autant en santé physique qu'en santé mentale.

Si on compare, là, en 2015-2016, quand les libéraux étaient au pouvoir, l'augmentation du programme 2, là, des programmes à la population, nous, on les augmente de 6,67 %. En 2015-2016, ça a été augmenté de 0,06 %, ces programmes.

Ça a été très dur pour le réseau. Ça représentait 14 millions de plus cette année-là dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous, ça représente, cette année, 1,8 milliard de dollars versus 14 millions. C'est très différent, c'est beaucoup plus.

Donc, il faut qu'aussi je précise quelque chose, là. Par exemple, en 2015-2016, la réduction du budget de santé physique, une réduction de 2,82 % du budget en santé physique, 198 millions de dollars de coupures, ça fait très mal. Et un réseau ne se remet pas rapidement d'une coupure comme celle-là, ça prend des années. Et c'est pour ça qu'on a la situation actuelle, parce que ces coupures, en 2015-2016, ont fait très mal et n'ont pas été récupérées dans les années subséquentes. Et c'est l'héritage qu'on a cette année au niveau du réseau et dont on va s'occuper. Il y a eu aussi une réduction de 1,1 % du budget en santé publique en 2015-2016, 5 millions de coupures. Alors, là aussi, ça a fait très mal.

Nous, contrairement à 2015-2016, nous, nous investissons, dans notre première année au pouvoir, lors d'une élection, nous investissons massivement dans les services : 280 millions en soins à domicile, 200 millions pour le personnel soignant, 40 millions pour les infirmières praticiennes spécialisées, 10 millions pour ajouter du personnel dans les CLSC, 48 millions pour le dépistage précoce, 21 millions pour les proches aidants, 15 millions pour la formation des préposés aux bénéficiaires, 35 millions pour les organismes communautaires — c'est du jamais-vu depuis des années pour les organismes communautaires — 38 millions en santé mentale, 3 millions dans les cliniques d'hiver. Alors, des investissements très importants dans le programme du soutien à domicile pour mieux prendre en charge les personnes, pour mieux faire en sorte qu'elles demeurent à domicile parce que c'est sûr que c'est ce que tout le monde préfère, donc, pour les personnes vulnérables, les aînés, les personnes qui ont un handicap, déficience intellectuelle, déficience physique, pour toutes les personnes qui requièrent du maintien à domicile.

Et on va également, par ce fait-là, avoir un impact sur le programme en santé physique parce que nous, on veut que les services se donnent davantage au niveau de la première ligne aussi. Alors, c'est ce que nous recherchons par les investissements qu'on a faits cette année. Et ces investissements vont nous permettre de désengorger les urgences et aussi d'offrir un meilleur accès aux personnes qui sont, encore une fois, sur le Guichet d'accès et qui attendent d'avoir accès en première ligne. Ça va nous permettre également de mieux épauler nos organismes communautaires et aussi de prendre soin de notre personnel soignant.

Et je tiens à souligner qu'en 2019-2020, cette année, tous les coûts de système sont couverts dans tous les programmes en santé et en services sociaux. Et évidemment, si on a besoin d'explications additionnelles, et c'est ce qu'on va faire, je vais céder la parole à notre sous-ministre adjoint au financement, M. Pierre-Albert Coubat, qui va vous expliquer comment les coûts de système sont couverts dans tous les programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux en lien avec les crédits qu'on a présentés cette année, avec le consentement.

• (17 h 10) •

Le Président (M. Provençal) : Je vais avoir besoin du consentement pour pouvoir céder la parole. Ça va? Consentement? Oui? Allez-y.

M. Coubat (Pierre-Albert) : Merci beaucoup, Mme la ministre.

Le Président (M. Provençal) : Alors, vous identifier, s'il vous plaît.

M. Coubat (Pierre-Albert) : Oui, avec grand plaisir. Pierre-Albert Coubat, sous-ministre adjoint, Financement, allocation des ressources et budget.

M. le Président, Mmes et MM. les membres de la Commission de la santé et des services sociaux, chers collègues, usagers du réseau de la santé et des services sociaux, bonjour.

Tout d'abord, je vous propose de vous partager quelques informations complémentaires concernant le vocabulaire financier utilisé au niveau des explications concernant la croissance des dépenses de chaque programme et de chaque programme services dans le cahier explicatif des crédits 2019-2020.

D'abord, parlons d'indexation salariale. L'indexation salariale, ça désigne la revalorisation salariale annuelle effective au début de l'année financière, au 1er avril, pour tenir compte notamment de l'indexation du coût de la vie. Au 1er avril 2019, pour les employés syndiqués et non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux, en fonction des conventions collectives 2016-2020, il n'y a pas d'indexation salariale à proprement parler, mais un montant forfaitaire de 0,16 \$ par heure travaillée, et pour les cadres ça représente 0,5 % non récurrent du salaire. Donc, pour une employée ou un employé à temps complet, ça représente environ 300 \$ par an. Ce n'est pas élevé, ça représente environ 0,5 % du salaire moyen, donc c'est en dessous de l'indice des prix à la consommation, qui est environ 1,5 %, jusqu'à présent, en 2019. Ça explique pourquoi le taux de croissance lié à l'indexation salariale est si bas en 2019-2020 pour la plupart des programmes services.

Par contre, au début avril 2019, on a l'application de ce qu'on appelle la relativité salariale pour le personnel syndiqué et non syndiqué du réseau. La relativité salariale, qu'est-ce que c'est? À la suite des travaux sur l'équité salariale, la relativité salariale, ça représente une revalorisation des échelles de salaire dans plusieurs titres d'emploi. Elle a été convenue en 2016 entre les syndicats et les représentants de l'employeur, donc le comité patronal de négociation de la santé et des services sociaux et le Secrétariat du Conseil du trésor. Donc, ça a un impact significatif, à partir de 2019-2020, pour corriger certains écarts salariaux. Par exemple, la relativité salariale va venir bonifier l'échelle salariale des préposés aux bénéficiaires de 2,5 % à 3,5 %, selon les échelons, à partir du 2 avril 2019. Pour les infirmières auxiliaires, l'augmentation représente environ 2,5 % de bonification, même chose pour les infirmières techniciennes. Pour les infirmières bachelières, la bonification varie entre 2 % et 2,5 %, selon les échelons. Avec la relativité salariale, c'est plus de 365 millions qui sont investis pour bonifier les échelles salariales, pour un total d'ajustements salariaux, pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, de près de 500 millions dans le budget 2019-2020, contre 327 millions en 2018-2019. C'est très significatif.

Et la relativité salariale, son impact, on ne le voit pas encore, dans le budget que vous avez sous les mains, dans chacun des programmes services, puisque l'intégralité du montant de 365 millions de la relativité salariale a été mis dans le programme services 2, 14, Activités connexes. Donc, c'est un montant qui va être redistribué en cours d'exercice 2019-2020 dans les programmes où travaille le personnel qui va bénéficier de ces hausses salariales. Donc, ça va représenter, par exemple, 20 millions de plus du côté du programme Santé mentale quand on va faire le bilan des dépenses réelles, ça va représenter 20 millions de plus du côté du programme des jeunes en difficulté, ça va représenter pas loin de 150 millions de plus en santé physique. Donc, vous voyez que c'est très significatif.

Si je poursuis là-dessus, on a aussi, dans notre budget, le volet Part employeur. Donc, la part employeur, je vais y aller rapidement là-dessus, c'est le pourcentage de contribution des charges salariales assumées pour le régime de retraite, l'assurance-emploi, la CNESST au niveau des accidents de travail, la RAMQ, ça représente environ 12 % du salaire brut versé.

On a le coût de système salarial. Ça, je voudrais m'attarder là-dessus. Le coût de système salarial ou la progression salariale, ça représente l'évaluation du pourcentage d'augmentation ou de diminution moyen des échelons de l'ensemble des employés pour l'année financière à venir, en lien avec la progression, dans les échelles de salaire, liée à l'expérience accumulée. En gros, dans la plupart des échelles pour le personnel syndiqué et non syndiqué aussi, on prend un échelon salarial au bout d'une année d'expérience. Il y a des exceptions, là, pour certains titres d'emploi, les premiers échelons, c'est un échelon aux six mois, mais généralement, le principe, c'est : un an, un échelon.

Pour 2019-2020, le coût de système salarial, il est très faible, il est proche de 0 %, voire même très légèrement négatif pour certaines catégories de personnel. La raison, c'est que l'enjeu démographique auquel nous faisons face pour maintenir et renforcer l'accès aux soins et services, nous y faisons aussi face par rapport à la pyramide des âges du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. Nous sommes dans des années de vagues importantes de départs à la retraite. Fort heureusement, les équipes du réseau sont dédiées, déterminées pour attirer, accueillir et former la relève, et on recrute donc davantage de nouveaux employés qu'il y a de départs. Mais on a des employés qui quittent qui sont des piliers d'expérience au maximum des échelles de salaire et qui sont remplacés par une relève qui va être dans les premiers échelons. Donc, ça explique la différence qu'on peut observer au niveau, là, du coût de système salarial qui va être très faible en 2019-2020. C'est aussi la raison pour laquelle les stratégies déployées par l'équipe gouvernementale pour inciter les retraités à revenir travailler dans le réseau sont aussi essentielles, Mme la ministre nous en parlait, et ça fait une différence vraiment déterminante.

Dernier élément dont je voulais vous parler, là, l'indexation des dépenses autres que salariales. Donc, l'indexation des dépenses autres que salariales, c'est le taux utilisé pour évaluer la croissance des dépenses de fonctionnement autres que le salaire. Elle tient compte notamment de l'augmentation moyenne des coûts des fournitures médicales, par exemple, des coûts des logiciels, des outils informatiques qui sont utilisés dans le réseau, des médicaments. Donc, pour l'année 2019-2020, l'indexation des dépenses autres que salariales, elle est de 1,8 %. Et là il est important de répéter que dans chacun, et j'insiste bien, dans chacun des programmes services, la croissance octroyée dans le budget 2019-2020 couvre non seulement le coût de système salarial, l'indexation salariale, la part employeur, les avantages sociaux, mais aussi l'indexation des dépenses autres que salariales.

Si on prend l'exemple d'un programme services dont la croissance est inférieure à la croissance moyenne de 6,67 % dont parlait Mme la ministre pour le programme 2 au niveau des services octroyés à la population, par exemple, le programme 2, élément 6, pour les jeunes en difficulté — page 14 du cahier explicatif des crédits — on va voir, donc, le budget dépenses 2019-2020 à 1 366 000 000 \$, qui représente une croissance de 2,83 %, 37,6 millions. D'abord, là, 2,83 %, ça peut sembler bas, mais on a remonté les croissances, dans les dernières années, et c'est le plus haut taux de croissance des cinq dernières années dans le programme 2.06, Jeunes en difficulté. Ensuite, on a une portion de l'investissement 2017-2018, pour la réduction des listes d'attente, de 9 millions qui reste à actualiser. Il y a aussi, comme je vous le disais, au moins 20 millions qui vont s'ajouter en cours d'année du fait de la relativité salariale. Donc, finalement, quand on considère tous ces éléments-là, on a, dans le fond, une croissance des dépenses réelles qu'on prévoit, du côté du programme des jeunes en difficulté, entre 2018-2019 et 2019-2020, qui va être au-delà de 5 %. Donc, vous voyez, on est vraiment dans des croissances records dans l'ensemble des programmes services et dans l'ensemble des activités de soins et services, pour renforcer l'accès, renforcer la qualité des soins et services pour l'ensemble des Québécoises et des Québécois.

Le Président (M. Provençal) : Merci, monsieur.

M. Fortin : ...le sous-ministre adjoint, si je ne me trompe pas, pour son allocation, là, semble s'être basé sur un document. J'aimerais qu'il le dépose, si possible.

M. Coubat (Pierre-Albert) : ...des crédits, là.

M. Fortin : C'est ce que vous avez devant vous?

Le Président (M. Provençal) : Excusez-moi, excusez-moi... Le député de Pontiac, excusez-moi, Mme la ministre, demande s'il y a possibilité de déposer le document qui a été mis en référence par monsieur.

M. Fortin : ...lui-même se référer à un document, il semblait lire un document, là, au cours de son allocation. J'aimerais qu'il le dépose, si possible.

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre.

Mme McCann : Oui. Ce sont des notes personnelles, alors ce n'est pas possible.

M. Fortin : D'accord. Ça va, ça va.

Le Président (M. Provençal) : Ça va, M. le député de Pontiac?

M. Fortin : Très bien.

Le Président (M. Provençal) : Alors, Mme la ministre, on peut... pas Mme la ministre, mais le député de Chapleau, il vous reste encore moins d'une minute.

M. Lévesque (Chapleau) : Moins d'une minute? Bon, d'accord. Bien, d'abord, merci beaucoup, M. le sous-ministre adjoint, pour cette réponse si complète. Merci également à Mme la ministre pour sa réponse très rassurante. Pour le reste du temps, on pourrait peut-être l'attribuer au prochain temps de parole du groupe gouvernemental. Merci.

Le Président (M. Provençal) : Ça va. Nous en sommes au troisième groupe d'opposition pour un premier bloc de questions d'environ 18 minutes. Alors, le député de Jonquière prend la parole, maintenant.

• (17 h 20) •

M. Gaudreault : Oui. Alors, merci, M. le Président. Encore une fois, bonjour à tous et à toutes. Nous avons un modèle absolument extraordinaire, et unique, et innovateur ici, à Québec, qui s'appelle la Coopérative de solidarité SABSA, qui est une coopérative qui existe depuis 2011 qui offre des soins de santé de première ligne à une clientèle souvent défavorisée ou qui a des problèmes en particulier et avec des infirmières qui sont attribuées et qui travaillent à SABSA.

Cependant, comme ça arrive souvent dans les projets qui sont pionniers, on a des enjeux de financement et de récurrence des financements. J'ai regardé les budgets à venir de SABSA, et il y a, pour les prévisions budgétaires, par exemple, de 2020, un manque à gagner, là, que SABSA évalue à 330 000 \$. Je veux rappeler à la ministre que le nombre de patients inscrits à SABSA s'élève, pour 2019, à 3 200, et de ces patients, environ 65 % ont un code de vulnérabilité. Alors, c'est quand même des patients, donc, qui ont une réalité tout à fait particulière. Je sais que la clinique SABSA est présentement en lien avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale. Également, il y a des démarches qui sont faites avec le cabinet de la ministre et le ministère.

Moi, j'aimerais d'abord savoir ce que la ministre pense de l'avenir de cette clinique, d'une part. Deuxièmement, j'aimerais qu'elle nous parle également des possibilités de soutien financier pour assurer une pérennité à la clinique SABSA. Et, troisièmement, je voudrais également l'entendre sur les médecins partenaires. Il y a des négociations en cours ou qui ont eu lieu par le passé, mais il faut les renouveler, entre autres avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Donc, j'aimerais savoir ce que la ministre peut nous dire là-dessus parce que, pour nous, l'avenir de SABSA est tout à fait important et non négociable.

Mme McCann : Bien, merci. Je remercie, d'ailleurs, mon collègue le député de Jonquière de cette question parce que ça me permet, d'ailleurs, de saluer la clinique SABSA. C'est une clinique unique et c'est des gens qui y oeuvrent, comme mon collègue le dit, s'occupent de personnes qui en ont le plus besoin, justement. Et moi, on me dit que c'est 3 600 consultations par année. Ce n'est pas peu, là. Et c'est une population qui sont dans un état de santé, hein, précaire, hein, on parle de différentes problématiques assez difficiles à vivre, et cette clinique, depuis qu'elle a débuté, répond à des besoins criants de cette population-là.

Et je suis très heureuse de dire aujourd'hui que nous avons eu, depuis notre arrivée au pouvoir, moi-même, mon équipe, plusieurs discussions avec les personnes qui s'occupent de cette clinique-là et que le dossier est presque réglé. Le dossier est presque réglé, on est vraiment dans l'antichambre, là. On va régler, il faut régler, et c'est ce qu'on va faire. Je pense qu'on peut le dire clairement, nous allons le régler, c'est presque fait. Parce que le CIUSSS de la Capitale-Nationale et nous-mêmes, nous considérons que cette clinique est essentielle, elle est essentielle pour la population qu'elle dessert, alors le dossier va se régler dans des délais rapides. Au niveau du financement, c'est, évidemment, un partenariat et des discussions que nous avons entre le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le ministère. Nous sommes aux dernières étapes, là, d'un règlement.

D'ailleurs, j'en profite pour saluer l'ancienne députée de Taschereau, qui est présidente de la fondation de SABSA, alors, Mme Agnès Maltais. Et je pense aussi qu'il faut faire un lien avec l'annonce de ce matin parce qu'à la clinique SABSA il y a des infirmières praticiennes spécialisées, et, là aussi, elles vont pouvoir déployer davantage leurs compétences et offrir davantage de services de façon autonome aux patients qui en ont besoin.

Alors, ça, c'est vraiment, coup sur coup, de très bonnes nouvelles pour SABSA et au niveau des médecins parce qu'il y avait là... il y a là, actuellement, un médecin bénévole, le Dr Fréchette, qu'on doit saluer, il a vraiment participé depuis longtemps aux services de SABSA en appui aux infirmières, à l'équipe de SABSA, et là il va quitter éventuellement. Et nous, on est à la recherche, avec la FMOQ, d'autres médecins qui vont venir prêter main-forte, et évidemment on va travailler dans le cadre de la lettre d'entente 229, là, au niveau de la FMOQ, et on est confiants qu'on va trouver une solution au niveau de médecins aussi. Alors, on est très heureux de soutenir une clinique qui fait un travail extraordinaire à Québec.

M. Gaudreault : Parfait. Merci. Bien, écoutez, je suis rassuré. Je suis heureux de voir que vous connaissez la clinique et que vous avez la conviction de sa pertinence, de sa nécessité sur le territoire. Je suis heureux également d'entendre que vous dites, vous êtes dans l'antichambre du règlement du dossier. Mais est-ce que cette antichambre nous permettra d'envisager

une pérennité ou on va se retrouver dans une situation où la clinique devra reprendre son bâton du pèlerin puis son chemin de croix à chaque année dans le financement? Alors, est-ce qu'on peut s'attendre à un financement qui est prévisible pour la clinique, d'une part? Donc est-ce que ça va être un financement qui va être prévisible au moins sur quelques années, là, devant nous, d'une part?

Deuxièmement, en termes d'échéancier, bon, vous me dites : On est presque au moment, là, de faire une annonce. Moi, j'aime bien qu'on se fixe quand même un horizon. Par exemple, la session parlementaire se termine à la mi-juin. Est-ce qu'on peut penser que, pour la fin de la session parlementaire au plus tard, SABSA aura des réponses satisfaisantes?

Mme McCann : M. le Président, je vais rassurer mon collègue parce que je pense qu'on va être capables d'arriver à bon port d'ici la fin de la session pour l'annonce. Et, pour le financement, ce sera sur une base de trois ans, renouvelable, alors c'est quand même un horizon intéressant. Plus de stabilité pour la clinique, c'est ce que nous souhaitons, d'ailleurs. Alors, c'est l'horizon qu'on se donne. Et, encore une fois, on est confiants qu'on va trouver également un ou des médecins qui vont venir prêter main-forte à cette clinique essentielle.

M. Gaudreault : Maintenant, vous avez fait référence, tout à l'heure, à l'annonce que vous avez faite plus tôt aujourd'hui entre l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Collège des médecins, le Dr Gaudreault, du Saguenay — qui n'est pas du tout parent avec moi, mais, quand il y a des Gaudreault, ça va bien — et il y avait vous, évidemment, dans cette annonce-là. Mais j'ai comme tiqué quand, en lisant la rétro-information, puis là on vous citait... que vous disiez : Il y a le modèle québécois avec les IPS, mais donc il n'y aura pas de modèle de clinique avec infirmières solo. Là, j'ai dit : Oups! Est-ce qu'il faut se poser des questions par rapport à SABSA? Je comprends qu'il y a une collaboration avec les médecins, là, mais c'est quand même une clinique où les infirmières ont un rôle particulier, là, et assez autonome. Donc là, je sentais comme une contradiction avec ce que vous venez de nous dire.

• (17 h 30) •

Mme McCann : Je dois dire, là, d'entrée de jeu, que la clinique SABSA, c'est une clinique unique, hein? Dans un système, il peut y arriver qu'il y ait une exception, là, hein? On n'est pas... Mais, encore une fois, on va discuter avec la FMOQ, justement, pour qu'il y ait des médecins ou un médecin qui vienne prêter main-forte, là, dans le cadre de la lettre d'entente, là, 229. Mais on considère que la clinique SABSA, là, c'est l'exception à la règle, là, hein? Alors, elle n'est pas en péril, là, la clinique SABSA, non. Moi, je souhaite la soutenir. Elle fait un travail formidable, nécessaire, et on va la soutenir, c'est une exception.

M. Gaudreault : Parfait. Merci beaucoup. Puis effectivement ça permet de soulager, même... bien, soulager les patients d'abord, mais surtout soulager aussi le réseau parce que les interventions que vous faites, bien, on parle entre 3 200 et 3 600, disons, là, par année, mais ça fait autant de personnes de moins qui vont dans le système ailleurs pour des soins de première ligne, ou qui se retrouvent sans soins, ou à la rue, dans certains cas, parce qu'on sait que c'est une clientèle tout à fait particulière. Alors, soyez assurée que, d'ici la fin de la session parlementaire, si on sent que l'antichambre se prolonge, nous nous organiserons pour que vous en sortiez, de l'antichambre, mais je suis rassuré quand même par les propos que vous nous tenez.

M. le Président, il doit me rester à peu près six minutes, sept minutes.

Le Président (M. Provençal) : Sept minutes.

M. Gaudreault : Bon, sept minutes. Vous savez que j'ai le bonheur d'être à la fois porte-parole santé, mais environnement également, les deux dossiers. On a eu une sortie très forte, la semaine passée, de l'Association canadienne des médecins pour l'environnement. Je vous cite leur porte-parole, là, Mme Claudel Pétrin-Desrosiers, qui est médecin résidente, elle a dit : «...le diachylon ne suffit plus : c'est un véritable code bleu qui est lancé, comme ce qu'on crie à l'urgence lorsqu'un patient tombe en arrêt cardiaque.» Elle faisait référence à l'impact des changements climatiques sur les soins de santé en parlant que, pour les 50 prochaines années, l'Association canadienne des médecins pour l'environnement évalue un potentiel de 20 000 décès causés par les changements climatiques.

La Fédération médicale étudiante, la FMEQ, a également énoncé plusieurs recommandations, comme par exemple d'étudier davantage les effets des changements climatiques, informer la population sur les effets de ces changements sur leur santé, mettre en place des mécanismes de surveillance, d'adaptation aux changements climatiques, augmenter le financement en santé publique.

Et je voudrais attirer l'attention de la ministre — puis je vais le déposer, M. le Président — sur le dernier rapport du *Lancet* — vous connaissez sûrement ça — en 2018. Et moi, je m'en suis servi quand je suis allé à la COP24, en Pologne, la conférence des parties de l'ONU sur les changements climatiques — c'est absolument intéressant — où ils font des recommandations très pertinentes à l'égard des élus pour tenir compte des changements climatiques dans les politiques publiques reliées à la santé, 41 indicateurs. Après mon intervention, je pourrais le déposer, M. le Président, puis j'invite les collègues à le lire.

Donc, la question : Comment avez-vous tenu compte des recommandations du *Lancet*, de l'Association canadienne des médecins pour l'environnement, de la Fédération médicale étudiante dans les coûts de santé? Comment on peut s'assurer que le système et que le ministère... que le système de santé intègre les coûts de santé, qui vont monter, reliés aux impacts des changements climatiques? Le groupe Ouranos, que nous connaissons bien, évalue que, d'ici 2064, ça va coûter 1 milliard de plus en soins de santé, on pense aux maladies pulmonaires, aux maladies tropicales qu'on ne voyait pas avant et qu'on commence à voir chez nous. Donc, est-ce que la ministre peut nous en dire un petit peu plus là-dessus, s'il vous plaît?

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre.

Mme McCann : M. le Président, merci pour la question, qui est une question de l'heure, bien entendu. Et c'est sûr que, dans le réseau de la santé, là, d'entrée de jeu, on doit dire que ça fait plusieurs années, là, qu'on prend des mesures. Notamment, là, si on pense aux périodes très chaudes, là, de l'été, vous le savez probablement, on prend des mesures, là, dans les centres d'hébergement, et c'est très important pour nos personnes âgées. On prend des mesures aussi au niveau, là, des personnes à domicile qui sont en situation de vulnérabilité. Bon, c'est sûr qu'on doit travailler sur les îlots de chaleur dans les grands centres, là où il y en a davantage.

Mais, au-delà de ça, et c'est des mesures quand même importantes, il y a, en 2012, un plan d'action sur les changements climatiques 2013-2020 et une stratégie gouvernementale d'adaptation aux changements climatiques qui ont été développés. Alors, il y a 30 priorités, puis ça concerne 12 ministères et organismes, parce que le ministère de la Santé, finalement, on le reconnaît tous, ne peut pas travailler tout seul là-dedans, hein, il y a un ensemble de ministères qui sont impliqués, quoique le ministère, à l'époque, a obtenu 22 millions de dollars pour prendre les mesures.

Et il y a des actions, là, qui ont été posées puis qui continuent d'être posées. Il y a l'analyse des risques, la surveillance, la prévention pour les maladies infectieuses liées au climat, et ça, on sait que notre Santé publique et l'Institut national de santé publique est également très impliqué, notre comité scientifique et l'Observatoire multipartite québécois sur les zoonoses et l'adaptation aux changements climatiques. Il y a également des programmes ciblés de recherche en analyse de risques et de vulnérabilité de santé liés aux changements climatiques.

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre, je pense que M. le député aurait une autre question.

M. Gaudreault : Oui, bien, c'est ça. Je m'excuse de vous interrompre, mais c'est parce que le temps file. Vous savez, je n'ai pas beaucoup de temps.

Je comprends ce que vous dites, puis je suis d'accord avec tout ça, puis je l'entends, mais là vous me parlez du plan d'action qui va se terminer l'année prochaine, c'est le plan d'action sur les changements climatiques. On n'a pas atteint les cibles, malheureusement. Il nous reste un an pour l'atteindre. Moi, je veux savoir, là... Parce que le ministre de l'Environnement, votre collègue, il va préparer le prochain plan d'action sur les changements climatiques 2020-2030, et un des problèmes qu'on a, c'est qu'il n'y a pas d'intégration... oui, il y a des mesures qui sont prises, mais au niveau de la gouvernance il n'y a pas d'impulsion, il n'y a pas de réelle intégration des budgets de santé, par exemple, dans les impacts sur les changements climatiques. Alors, moi, j'aimerais ça vous entendre, savoir comment, en vue du prochain plan d'action... Le ministre va commencer sa consultation, votre collègue à l'Environnement, très bientôt. Comment on peut s'assurer que vous n'allez être pas juste avec des mesures à droite et à gauche... Qui sont bonnes en soi, mais c'est l'orientation à la fois politique mais aussi effective sur le terrain qui est nécessaire à ce stade-ci.

Le Président (M. Provençal) : Une minute pour répondre.

Mme McCann : Oui, je vous remercie, M. le Président. Mais effectivement il y a un momentum important au niveau de cette question-là. Et nous sommes en lien... je suis en lien avec la Direction de la santé publique pour renforcer le plan du ministère de la Santé et des Services sociaux à cet égard. Et mon collègue a raison de dire que c'est interministériel. D'ailleurs, le congrès national de notre parti, qui va avoir lieu à la fin mai, va porter sur les questions environnementales, et c'est sûr que la Santé et les Services sociaux vont jouer un rôle actif au niveau de ces questions-là parce que ça a de l'impact sur la santé de la population, et la population s'attend à ce que nous jouions un rôle prépondérant dans ces questions.

Alors, au-delà de ce que j'ai mentionné, qu'il faut intervenir pour minimiser les impacts de la chaleur au niveau des populations vulnérables, nous avons des rôles encore plus importants à jouer au niveau de la protection du public, le département de la santé publique a un rôle à jouer là-dedans, et à mettre en place des mesures qui vont le plus possible protéger notre population des impacts des changements climatiques. Donc, nous entendons jouer un rôle très actif dans le dossier.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. Alors, j'ai compris que le député de Jonquière va déposer un document au secrétariat?

M. Gaudreault : Oui.

Document déposé

Le Président (M. Provençal) : Merci. Alors, je cède la parole, pour un quatrième bloc, au gouvernement, de 12 minutes. Alors, la parole est à la députée de Roberval.
• (17 h 40) •

Mme Guillemette : Merci, M. le Président. Mme la ministre, je voudrais vous entretenir du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 qui s'en vient, ainsi que du forum en santé mentale, dans lequel on aura le privilège d'assister bientôt.

Donc, le plan d'action 2015-2020 est dans la continuité de celui de 2005-2010. Vous savez sûrement que j'étais dans un organisme communautaire en santé mentale. Donc, ce que j'ai beaucoup... ce qui a été très facilitant et ce qui a été très apprécié, c'est que, dans le plan d'action 2005-2010, on a inclus les dépendances. Donc, on ne parle plus seulement que de santé mentale, mais on parle de santé mentale et dépendance, choses qui étaient indissociables parce que des fois c'est la poule et l'oeuf et l'oeuf et la poule, là. Donc, pour travailler dans les équipes, ça a été facilitant, le fait qu'on ait inclus la dépendance et le suicide dans le plan d'action.

Vous savez, on a beaucoup de détresse psychologique, l'augmentation des troubles anxieux, les problèmes de santé mentale chez les jeunes, augmentation du TDAH, surmédication. Je pense qu'on a beaucoup de pain sur la planche dans notre Plan d'action en santé mentale. Le plan d'action vise l'amélioration de l'accès à des services, le développement des services de première ligne et des soins de collaboration. Le plan d'action 2015-2020 va s'appuyer sur le rétablissement, l'offre de soins et de services, les soins de collaboration — et j'aime encore le répéter, de collaboration — la performance ainsi que l'amélioration continue.

Donc, j'aimerais vous entendre au niveau, justement, du Plan d'action en santé mentale. Comment les consultations vont se faire? Est-ce que les organismes vont être consultés? Est-ce qu'on va prendre le temps de les consulter? Parce qu'en 2005-2010 j'étais présente, et ça s'est fait très, très rapidement. On a été consultés, mais il fallait livrer la marchandise rapidement. Donc, on n'a pas eu le temps de bien se pencher, donc, pour avoir un plan d'action complet, 2015-2020. J'aimerais entendre Mme la ministre à ce sujet. On est dans l'urgence d'agir, donc c'est important de se parler de santé mentale. Et, par le fait même, donc, pourquoi on a choisi de faire deux forums en santé mentale et quelques journées régionales? J'aimerais vous entendre à ce sujet, Mme la ministre.

Mme McCann : Alors, merci pour votre question. M. le Président, je suis contente de revenir sur le dossier de la santé mentale parce qu'il faut en parler davantage, d'ailleurs. Et j'aimerais revenir sur les étapes, en quelque part, de mon côté, qui se sont produites. Je pense qu'on est tous alertés, là, comme société, avec ce qu'on entend sur des problèmes d'angoisse, de dépression, chez nos jeunes et dans la population en général. Et on sait que 50 % des problèmes en santé mentale débutent avant l'âge de 12 ans et 75 %, avant l'âge de 20 ans. Alors, c'est là que le forum en santé mentale qu'on va faire au mois de mai, dans quelques jours, prend toute son importance.

Mais, avant de décrire un peu plus notre démarche, et au-delà du fait que nous avons tous été sensibilisés encore plus, malheureusement, dans les dernières semaines, les derniers mois, à cause d'épisodes dont on entend parler, à tous les âges, là, de jeunes qui n'ont pas eu accès, d'adultes qui n'ont pas eu accès à des services dont ils auraient eu besoin, moi, j'ai été interpellée et j'ai rencontré des personnes, des parents qui ont perdu un enfant au suicide. Et ça a été une rencontre marquante parce que, là, vraiment, c'est la réalité qui nous frappe. Et ma collègue députée de Marguerite-Bourgeoys a eu aussi l'occasion de rencontrer les parents endeuillés, et on en a parlé un peu ensemble, d'ailleurs.

Et il y a eu des messages qui m'ont été donnés, des messages à l'effet que... la nécessité d'un accompagnement. Il est important d'intervenir, d'avoir une intervention thérapeutique, bien sûr, mais il faut s'assurer qu'il y ait un filet de sécurité. C'est ce qu'on m'a dit, qu'on est accompagnés, qu'on peut faire appel à quelqu'un dans une crise, dans un moment d'angoisse. C'est ce qu'on doit consolider dans notre réseau. L'autre message qu'on m'a donné lors de cette rencontre, c'est d'inclure les proches aidants dans les interventions, dans les démarches qui sont faites par différents professionnels, parce que les parents me disaient : Nous aurions souhaité davantage aider, davantage être écoutés.

Alors, dans le dossier santé mentale, moi, ce que je trouve qu'il faut faire, c'est écouter, dans un premier temps; dans un deuxième temps, agir. Et c'est pour ça que cette première rencontre, pour moi, a été fondamentale... et aussi de savoir qu'il y avait quand même un nombre important de personnes qui attendent sur le guichet en santé mentale au Québec, autant pour les jeunes que pour les adultes. Et nous devons, je pense, agir à ce niveau-là aussi. Il y a eu, je vous dirais, un affaiblissement des guichets, je vais le dire comme ça, en santé mentale dans les dernières années, et là il va falloir renforcer. Il va falloir améliorer leur fonctionnement. Et, là-dessus, dans la démarche que nous entreprenons, nous avons beaucoup de partenaires qui sont intéressés à travailler avec nous, qui ont déjà commencé et qui seront présents au forum.

Au forum, au mois de mai, nous allons avoir 200 participants, à peu près 200 participants, c'est fort intéressant. Et là-dedans il va y avoir aussi beaucoup d'organismes communautaires, dans les organismes communautaires, des experts en psychiatrie et en pédopsychiatrie, mais surtout des jeunes qui sont touchés par la problématique, des parents aussi, des proches aidants et un ensemble de personnes qui s'intéressent à la problématique, des psychiatres, des pédopsychiatres.

Et je dois dire, je dois le souligner, l'association des psychiatres du Québec, actuellement, est très active. Et le message qu'on nous donne, c'est que les psychiatres, là, puis les pédopsychiatres souhaitent être sur le terrain davantage. Vous savez, là aussi, je le disais tout à l'heure, on évolue beaucoup, au Québec. On n'est plus dans l'hospitalocentrisme. Et beaucoup des psychiatres et des pédopsychiatres nous disent : Nous, on veut être en support au guichet en santé mentale, aux équipes. Alors, on a tout un travail, mais on a une volonté, dans le milieu, de le faire.

Alors, cette consultation qu'on va faire est fondamentale. Elle va être, évidemment, transpartisane. Ça, c'est clé dans une démarche comme celle-là. Et également on aura des consultations satellites dans 10 régions du Québec qui vont être menées par l'ensemble, là, de la députation impliquée, et également un autre forum à l'automne. Et on va avoir même, pendant le forum avec les jeunes, sur un site Web, une possibilité d'avoir des interactions avec tous ceux qui vont vouloir le faire, et je pense qu'ils vont être nombreux.

Il est temps qu'au Québec, là, on donne le message qu'on ne peut pas faire de miracles, peut-être, là, mais il faut agir puis il faut faire des investissements. Je le disais tout à l'heure, là, on n'attendra pas un grand plan d'action 2020-2025 avant de commencer à faire des investissements. Il y a un budget, actuellement, au ministère, qu'on va déployer. On va ajuster notre approche avec ce qui va nous être dit, qui va nous être recommandé dans des forums, dans les consultations, mais on va ajouter des ressources pour voir aux besoins de la population. Alors, moi, je suis vraiment heureuse de dire... je suis réaliste en même temps, mais je suis heureuse de dire qu'on va travailler ensemble dans ce dossier-là, qu'on va être à l'écoute et qu'on va agir. Mais il va falloir qu'on agisse beaucoup au niveau des jeunes. C'est là que ça débute.

Et mon collègue ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, qui, évidemment, est au cœur de cette démarche-là, a prévu investir, et c'est maintenant que ça se fait, des budgets dans des projets... des programmes, je devrais dire, importants comme Aire ouverte, qui existait dans trois régions du Québec, maintenant ça va être dans sept régions du Québec.

Il a aussi prévu investir dans du dépistage et de l'intervention au niveau des jeunes, des petits. C'est le dépistage précoce, souvent, hein, qui nous amène à intervenir de façon précoce, justement, pour prévenir toutes sortes de problèmes, parce qu'il ne faut pas décortiquer, là, santé mentale et autres problèmes. Ma collègue députée de Roberval mentionnait la dépendance. Bien, c'est pour ça aussi qu'on a intégré, au niveau du ministère, dans la grande direction des services sociaux, santé mentale, itinérance, même. Il faut voir la personne. La personne, c'est une personne globale, ce n'est pas une personne qu'on peut découper.

Je reviens au niveau des jeunes. Il y a aussi des actions prévues dans le milieu scolaire. Il y a des programmes qu'on va instaurer en milieu scolaire qui vont aider à prévenir des problèmes de santé mentale chez les jeunes. Alors, évidemment, mon collègue ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, mon collègue ministre de l'Éducation auront l'occasion d'en parler davantage, mais c'est vraiment dans la petite enfance, chez les jeunes qu'on peut prévenir des problèmes de santé mentale. C'est là que ça se passe. C'est sûr que nous avons maintenant à intervenir vraiment avec les gens qui en ont besoin, mais on va, parallèlement, investir...

Là, je ne suis pas en train de perdre la voix, là, parce que j'ai encore plusieurs heures à faire...

• (17 h 50) •

Le Président (M. Provençal) : Je vais vous inviter à prendre un peu d'eau et je vais passer la parole à l'opposition officielle jusqu'à 18 heures.

Mme McCann : Merci, M. le Président.

M. Fortin : Merci, M. le Président. On va faire un... Puisqu'il nous reste neuf...

Le Président (M. Provençal) : 10 minutes environ.

M. Fortin : ...10 minutes, à peu près, on va faire un petit bloc éclair, questions rapides, réponses rapides, si ça vous va, Mme la ministre, si ça vous va, M. le Président. Mais, avant, une petite question d'intendance, si vous le permettez. J'écoutais les questions de la partie gouvernementale, entre autres la question du député du Chapleau, je l'écoutais, je me suis dit : Ah! il est bien préparé. Sur le fond, on va argumenter, là, mais, sur la forme, je le trouvais bien préparé. Il est toujours bien préparé, et ça ne me surprenait pas. Mais j'écoutais la réponse qui a suivi, de la ministre, puis je me demandais, Mme la ministre : Est-ce que vous saviez que le député de Chapleau allait vous poser une question sur le financement?

Mme McCann : Le dossier du financement est très prévisible. Moi, écoutez, je vais vous dire...

M. Fortin : Allez-y, allez-y, allez-y.

Mme McCann : Mais je me permets de répondre au député de Pontiac. Je pense que, dans la fonction d'une ministre, là, il faut comprendre les budgets, c'est fondamental, alors on s'attend à répondre à des questions sur le budget, c'est fondamental, surtout quand on fait un investissement comme celui qu'on fait cette année, c'est fondamental.

M. Fortin : Très bien. Mais ma question, c'est : Est-ce qu'elle savait que le député de Chapleau ou un des députés du gouvernement, cet après-midi, allait poser une question sur le financement?

Mme McCann : Bien, écoutez, je pense que mon collègue député de Pontiac connaît le processus. Alors, moi, là, j'ai comme principe que la ministre doit pouvoir répondre aux questions sur le budget. C'est ce que je vais répondre à mon collègue député de Pontiac.

M. Fortin : Je sais qu'elle était préparée pour répondre à des questions sur le budget, mais ma question demeure : Est-ce que la ministre de la Santé savait que le député de Chapleau ou un des députés du gouvernement allait poser une question, cette question spécifique là, cet après-midi?

Mme McCann : Bien, moi, je suis convaincue, M. le Président, que mon collègue député de Pontiac, quand il était ministre des Transports, il en avait, des questions sur le budget.

M. Fortin : M. le Président, c'est une question qui se répond par un oui ou un non, s'il vous plaît.

Mme McCann : M. le Président, je réponds, je réponds. Et, moi, le budget, c'est sûr que je vais répondre à des questions. D'ailleurs, ça m'intéresse beaucoup, les questions budgétaires, surtout quand on a des investissements qui vont faire la différence dans la vie de la population. C'est l'étude des crédits, quand même, là.

M. Fortin : M. le Président, je comprends... Elle dit qu'elle répond, on comprendra qu'elle ne répond pas. Mais j'aimerais savoir, en complément, et ce sera ma dernière question là-dessus, là, est-ce que le sous-ministre adjoint, M. Pierre-Albert... Est-ce que vous saviez que les députés du gouvernement allaient poser la question? Vous sembliez, vous aussi, très bien préparé. J'aimerais entendre si c'est possible, par consentement... on a donné le consentement tantôt, j'aimerais...

Mme McCann : M. le Président, je pense que mon collègue député de Pontiac, il sait qu'il ne peut pas s'adresser directement, là, au sous-ministre adjoint.

M. Fortin : Je vous demande à vous : Est-ce que le sous-ministre adjoint savait...

Mme McCann : M. le Président, écoutez...

M. Lévesque (Chapleau) : ...on doit prendre la réponse de la ministre.

M. Fortin : Mais la ministre n'a pas répondu, à savoir est-ce que le sous-ministre adjoint le savait.

Le Président (M. Provençal) : Alors, à vous la parole, Mme la ministre.

Mme McCann : M. le Président, tous les sous-ministres adjoints, là, vont être prêts à répondre à des questions, là, si on leur donne la parole, et ça a été fait avec le consentement, hein, des députés. Alors, c'est la réponse que je vais donner à mon collègue député de Pontiac.

M. Fortin : Alors, avec le consentement, est-ce que c'est possible de poser la question au sous-ministre adjoint?

Le Président (M. Provençal) : Il n'y a pas de consentement.

M. Fortin : Très bien. Oui, il me reste cinq minutes, je reviens au dossier qu'on a abordé un peu plus tôt... que nous avons abordé, la ministre de la Santé et moi, par votre entremise, M. le Président, un peu plus tôt.

Elle est habile avec les mots, la ministre de la Santé. À la toute fin, là, elle m'a dit : On veut que les services de chirurgie soient donnés dans toutes les régions. C'est grand, une région. La région de l'Outaouais, là, où il y a des bris de service à Maniwaki, où il y a des bris de service à l'hôpital communautaire de Shawville, ça inclut la ville de Gatineau. Alors, je n'en ai aucun doute, que, dans le comté du député de Chapleau, vous voulez qu'il y ait des services de chirurgie en tout temps. Ce que je vous demande, c'est : Est-ce que... Ce que je demande à la ministre, M. le Président, c'est : Est-ce que la ministre va exiger... pour l'entente qui est assignée dans les prochains jours, selon elle, est-ce qu'elle va exiger que Maniwaki ait de la couverture en tout temps?

Mme McCann : M. le Président, je suis tellement contente que mon collègue député de Pontiac me parle de Maniwaki, parce que je suis allée à Maniwaki.

Alors, la première chose que je veux dire, c'est que les régions touchées actuellement par des découvertures... Et moi, je suis ça, là, vraiment, de façon soutenue, et la FMSQ aussi. Cette entente va être signée et va couvrir ces régions-là aussi, mais on va faire plus que ça. Nous, on va s'assurer qu'il y a le volume aux blocs opératoires pour que des chirurgiens soient intéressés à venir opérer, en plus de l'entente qu'il va y avoir avec l'Association des chirurgiens, qui va évidemment faire en sorte qu'on couvre ces services.

Mais, des endroits comme Maniwaki, ce qu'il faut faire, là, c'est augmenter le volume de chirurgies. Un chirurgien, quand il va dans un bloc opératoire comme Maniwaki, là, il faut qu'il y ait du volume. Alors, on va réorganiser et on va faire en sorte qu'il y ait plus de volume pour que le chirurgien, quand il vient à Maniwaki, il opère, et ça va donner un accès à proximité pour la population de Maniwaki et d'autour de Maniwaki, qui, maintenant, va davantage à Hull.

M. Fortin : Effectivement, ils vont à Hull et ils vont dans les Laurentides, en ce moment. Je veux juste m'assurer d'avoir bien compris la ministre. Elle va exiger que Maniwaki soit dans l'entente, oui ou non?

Mme McCann : Avec l'entente avec l'Association des chirurgiens, toutes les régions...

M. Fortin : Non, mais cet hôpital spécifique là. Parlez-moi pas de toutes les régions, je veux savoir, cet hôpital-là...

Mme McCann : L'Hôpital de Maniwaki y inclus. Puis on va s'assurer que le bloc opératoire fonctionne rondement.

M. Fortin : Maniwaki, oui. La Pocatière, oui?

Mme McCann : Ça inclut toutes les régions.

M. Fortin : Non, mais je veux un engagement pour La Pocatière. La Pocatière, oui?

Mme McCann : La Pocatière aussi.

M. Fortin : Shawville, oui?

Mme McCann : Shawville aussi.

M. Fortin : Sainte-Anne-des-Monts, oui? O.K.

Mme McCann : Bien, on va regarder toutes les régions puis on va s'assurer que les blocs opératoires aient suffisamment de volume aussi, avec cette entente-là, pour que des chirurgiens puissent opérer.

M. Fortin : ...minimal que vous voulez à Maniwaki, par exemple?

Mme McCann : Ça, c'est à évaluer, M. le Président. Non, non, mais, quand même, là, quand même...

M. Fortin : Mais la ministre nous dit que l'entente va être signée dans les prochains jours et qu'elle va s'assurer d'un volume minimal dans chacun de ces points de services là. C'est quoi, le volume minimal si l'entente est pour être signée dans les prochains jours ou si l'entente devait être signée il y a un mois, comme elle le disait?

Mme McCann : Alors, M. le Président, on est dans une réforme d'accès. L'ancien gouvernement, là, l'ancien ministre de la Santé... Non, mais, quand même, on est là depuis six mois, six mois qu'on est là puis on est en train de faire des gros changements. La logique, là, est importante. La personne qui demeure à Maniwaki puis qui doit faire 100 kilomètres pour aller se faire opérer à Hull, dans certaines circonstances ça peut être indiqué, mais là, nous, là, la chirurgie de base, il y a un bon bloc opératoire à Maniwaki, on va s'assurer que la personne puisse se faire opérer à Maniwaki.

Mais là, M. le Président, ça fait six mois qu'on est là, hein? On va travailler à ce que ça se fasse. Mais aujourd'hui, là, je n'ai pas le niveau exact, là, on va tout analyser ça. On travaille avec l'établissement. On travaille avec la FMSQ là-dessus. Mais il demeure qu'à la base, M. le Président, l'entente avec l'Association des chirurgiens va faire en sorte, à la base, que ces régions-là vont être couvertes.

M. Fortin : ...question là-dessus, M. le Président. 1 m 30 s? D'accord, O.K. Je comprends qu'elle ne connaît pas le volume minimal, il n'y a pas de problème. Elle me dit : Ça fait six mois. Ça fait sept mois, en passant, que vous êtes élue, aujourd'hui. Félicitations! Ça fait sept mois, et, dans ces sept mois-là... Tantôt, là, vous m'avez dit : Pour l'entente avec l'anesthésie, là, ça n'a pas de bon sens, ça a pris un an, signer cette entente-là. Aujourd'hui, vous êtes à sept mois — avec les chirurgiens — sept mois que vous êtes en poste. C'est quand, la date limite? Parce qu'un an c'est trop long, d'après vous. Alors, c'est quoi, la date limite? Quand est-ce que vous allez dire : Là, ça ne marche plus, il faut que ce soit aujourd'hui, sinon on applique le 130 ou sinon j'impose une décision? C'est quoi, la date limite que vous allez fixer pour ne pas vous rendre à l'année, que vous n'avez pas apprécié?

Mme McCann : Bien, M. le Président, je vais juste rappeler, là, à mon collègue que je ne peux pas l'imposer, parce que le gouvernement précédent, par l'entente qu'ils ont faite avec la FMSQ, ils ont suspendu les pouvoirs de la ministre, les articles 11, 48 de la loi n° 130. Bon, ceci étant dit, je n'ai plus ces pouvoirs-là de le faire, mais je sais une chose, c'est que la FMSQ travaille très fort... le ministère, le Conseil du trésor travaillent très fort, et on va couvrir les régions, on va même améliorer le service dans les régions mentionnées.

Le Président (M. Provençal) : Merci à tous. Compte tenu de l'heure, la commission suspend ses travaux jusqu'à 19 h 30. Merci de votre collaboration.

(Suspension de la séance à 18 heures)

(Reprise à 19 h 31)

Le Président (M. Provençal) : Alors, bonjour, tout le monde. On va reprendre place, s'il vous plaît. Nous allons reprendre nos travaux.

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude du volet Santé, Accessibilité aux soins et Santé publique des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2019-2020.

On commence pile, on devrait être corrects pour notre temps. Alors, on poursuit nos échanges. Nous en sommes à un bloc d'échange avec l'opposition officielle. Je cède la parole au député de Pontiac pour un bloc de 20 minutes.

M. Fortin : Merci, M. le Président. J'espère que vous avez bien mangé.

Le Président (M. Provençal) : ...

M. Fortin : Très bien, très bien. Bonsoir, Mme la ministre. Je veux, si vous le permettez... bien, collectivement, si vous me permettez, je veux juste revenir... je veux terminer sur les découvertures, là. Je pense qu'on en a parlé beaucoup. Je veux juste terminer et faire quelques petits points.

Tantôt, là, vous avez dit, et je veux juste valider ça vient d'où, là, ça a pris un an, votre négociation avec les anesthésistes. On a ressorti des communiqués, là. Le communiqué pour l'entente avec la FMSQ, c'était le 17 février, puis la conclusion de l'entente avec les anesthésistes, le 16 mai. Moi, ça fait juste un peu de moins de trois mois, là, dans ma tête. Un an, ça vient d'où?

Mme McCann : Moi, je pense, M. le Président, qu'on n'est pas à ce niveau-là, actuellement. L'important, là, c'est de couvrir les services et de le faire dans les meilleurs délais. Alors, que ce soit un an, que ce soient six mois, que ce soient sept mois, c'est le principe qui est important, c'est de couvrir le plus tôt possible.

M. Fortin : O.K. Je vais vous demander, de façon factuelle, parce que vous avez tous les gens du ministère ici, là, à quel moment l'entente avec la Fédération des médecins spécialistes, là, a été signée.

Mme McCann : M. le Président, je n'ai pas bien entendu.

M. Fortin : À quel moment, à quelle date l'entente avec la Fédération des médecins spécialistes a été signée?

Mme McCann : De quelle entente s'agit-il?

M. Fortin : L'entente générale, la première entente qui a été signée.

Mme McCann : Avec quels médecins spécialistes, M. le Président?

M. Fortin : Avec la Fédération des médecins spécialistes.

Mme McCann : Oui, mais quelle entente?

M. Fortin : Bien, l'entente sur les...

Mme McCann : Générale?

M. Fortin : Oui, oui.

Mme McCann : Avec l'entente de la...

M. Fortin : Oui, l'entente générale de laquelle découle l'entente avec les anesthésistes, là.

Mme McCann : L'été 2018.

M. Fortin : Pardon?

Mme McCann : Attendez un peu, on vérifie.

(Consultation)

Mme McCann : Alors, M. le Président, s'il est question de l'accord-cadre, là, avec la FMSQ, du 1er avril 2015, donc, au 31 mars 2023...

M. Fortin : À quel moment il a été signé?

Mme McCann : Moi, j'ai le début de l'entente, M. le Président.

M. Fortin : Vous ne savez... Vous n'êtes pas en mesure de dire quand... Ce n'est pas grave, je vous l'ai dit tantôt. Dans le fond, là, ce que je vous dis... Puis je vous comprends. Mais vous avez dit tantôt que ça a pris un an pour signer l'entente après l'entente-cadre avec... pour signer l'entente avec les anesthésistes. Nous, on vous dit qu'on a vérifié les faits, c'était trois mois. Mais ce qu'on sait aussi, c'est que ça fait sept mois que vous êtes élus, que l'entente avec les chirurgiens n'est toujours pas signée, que vous ne nous avez pas dit à quelle date vous voulez que ce soit terminé. Mais je vais vous demander une chose : Est-ce que vous êtes en négociation pour les autres ententes? Avez-vous commencé à négocier les autres ententes avec les autres spécialités?

Mme McCann : M. le Président, à ce moment-ci, là, c'est l'entente avec les chirurgiens, là, qui est la priorité pour nous.

M. Fortin : Oui, je comprends, mais...

Mme McCann : Les découvertures sont avec les chirurgiens actuellement, là, dans certaines régions du Québec que le député de Pontiac a mentionnées, d'ailleurs. Ça nous préoccupe beaucoup. Alors, c'est là-dessus qu'on planche, actuellement, avec la FMSQ.

M. Fortin : Donc, c'est la seule sur laquelle vous travaillez en ce moment? Parce qu'il y en a d'autres, il y a l'obstétrique, il y en a d'autres, là, des spécialités pour lesquelles il faut négocier des ententes.

Mme McCann : Bien, c'est sûr que c'est, M. le Président, un travail en continu. Donc, il y en a d'autres, là, qui sont planifiées, c'est dans l'ordre des choses, là, notamment avec l'obstétrique. Ça aussi, c'est un service essentiel, là. Alors, l'obstétrique, certainement. Alors, on va terminer l'entente avec les chirurgiens, là, puis on va procéder avec les autres par la suite.

M. Fortin : Non. O.K. Mais vous allez procéder avec les autres par la suite ou les discussions sont déjà en cours?

Mme McCann : Non, on va procéder pour les autres par la suite, parce que quand même, là, actuellement, là, l'entente avec les chirurgiens, c'est la priorité.

M. Fortin : O.K. Mais vous ne voulez pas commencer l'entente avec l'obstétrique avant de terminer l'entente avec les chirurgiens. Vous n'êtes pas capables de faire deux choses en même temps?

Mme McCann : M. le Président, ce n'est pas une question de ne pas vouloir, c'est une question de passer le temps requis à travailler sur l'entente avec les chirurgiens. Alors, la volonté, elle est là, la volonté de signer les ententes avec l'ensemble des médecins spécialistes. Il faut travailler avec la présidente de la fédération et son équipe aussi, là.

M. Fortin : Bien, je vous avoue que je suis un peu perplexe par rapport à la réponse de la ministre. Et je comprends, il faut signer l'entente avec les chirurgiens, on est là, on est d'accord, on l'a posée assez souvent, la question, je pense que vous connaissez notre volonté là-dessus. Mais, quand on vous a posé la question, quand on vous a posé la question de façon préalable à l'étude de crédits, là, c'est la question n° 199, Mme la ministre, on vous a demandé la liste de tous les autres plans de couverture qui ont été mis en place suite à la signature de l'entente-cadre avec la FMSQ. Ce que vous nous avez répondu, c'est : Outre le plan de couverture par l'anesthésie, aucun autre n'a été mis en place. Bien d'accord avec ça, pour les autres spécialités, les discussions sont en cours. Ça, ça vient directement de vous. Aujourd'hui, vous nous dites que les discussions ne sont pas en cours. Je veux juste savoir : Avez-vous commencé? Oui, selon les réponses que vous nous avez données, c'est oui. Aujourd'hui, ce que vous nous dites, c'est non. Alors, est-ce que les discussions ont commencé pour des ententes autres que la chirurgie?

Mme McCann : Bien, M. le Président, je pense que le député de Pontiac pourrait adresser sa question aussi à la présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec parce que, M. le Président, ces ententes-là doivent être faites entre la Fédération des médecins spécialistes et les différentes associations qui font partie de la fédération.

M. Fortin : ...M. le Président, c'est la ministre de la Santé du Québec, c'est sa responsabilité à elle. Je lui demande si les réponses qu'elle nous a données dans le livre de crédits sont bonnes ou si ce qu'elle nous dit aujourd'hui, c'est bon. C'est deux versions différentes. Ici, on nous dit : Les discussions ont commencé, et vous nous dites que les discussions n'ont pas commencé. Je m'attends à ce que vous ayez la question... à ce qu'elle ait la question, M. le Président... la réponse.

Mme McCann : Bien, M. le Président, encore une fois, la priorité, à ce moment-ci, c'est l'entente avec l'Association des chirurgiens. Les discussions, évidemment, ont cours pour les autres spécialités de façon générale, mais la priorité actuellement, c'est l'entente avec les chirurgiens. Mais ça ne veut pas dire, M. le Président, qu'il n'y a pas de discussion...

M. Fortin : On comprend tous que la priorité, c'est la chirurgie. Allez-y.

Mme McCann : Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de discussion, en général, avec les autres médecins spécialistes. Écoutez, la présidente de la Fédération des médecins spécialistes peut certainement discuter avec les autres associations en vue d'ententes éventuelles, là, mais actuellement notre priorité, c'est l'entente avec les chirurgiens.

M. Fortin : Êtes-vous en train de me dire... Est-ce que la ministre est en train de me dire, M. le Président, que le ministère n'a rien à voir avec ces ententes-là, que ce sont des ententes strictement entre la FMSQ et l'association des chirurgiens, des obstétriciens et des autres spécialités? Parce que...

Mme McCann : M. le Président, c'est clair que nous, on entérine, hein, ces ententes de la Fédération des médecins spécialistes avec les différentes associations qui en font partie, de la fédération, mais c'est des ententes entre la fédération et les associations de médecins spécialistes. Nous, on les entérine, alors on participe de cette façon-là à ces ententes.

M. Fortin : Vous participez seulement au moment de la signature, donc... Bien, je veux juste... Je reviens avec ma question, là. La ministre de la Santé nous a dit tantôt que la priorité, c'était la chirurgie; pour le reste, on n'était pas encore en négociation. Là, on nous dit qu'il y a des discussions générales. Avec quelles spécialités est-ce qu'il y a des négociations ou discussions, outre les chirurgiens, en ce moment?

• (19 h 40) •

Mme McCann : Bien, M. le Président, c'est sûr qu'on donne des orientations, là, pour les futures ententes, là, mais les discussions doivent avoir lieu, d'abord et avant tout, entre la fédération et les associations, et par la suite on les discute avec eux, on les entérine. Mais les grands principes sont donnés, au départ, à la Fédération des médecins spécialistes, discutés avec eux, mais les discussions se font entre la fédération et les différentes associations de médecins spécialistes.

M. Fortin : Mais il n'y a personne au ministère de la Santé qui va, une fois de temps en temps, voir comment ça marche, vous êtes rendus où, avec qui vous avez discuté, même, avec quelles associations de spécialistes vous avez discuté? Il n'y a personne au ministère qui pose cette question-là?

Mme McCann : Bien, je vais vous donner l'exemple de l'entente avec l'Association des chirurgiens. C'est sûr que nos équipes, notamment au niveau, là, du personnel de réseau et des médecins... Il y a une équipe qui s'occupe, hein, de toutes ces questions au ministère. Il y a effectivement négociation au niveau, là, des budgets, aussi les ententes sur les modalités de l'offre de services. Alors, il y a une implication du ministère, mais il y a aussi beaucoup de travail qui est fait entre la fédération et l'association elle-même.

M. Fortin : O.K. Alors, je reviens : Avec quelles associations de spécialistes y a-t-il des discussions, présentement?

Mme McCann : Avec l'Association des chirurgiens... la fédération et l'Association des chirurgiens, évidemment. On travaille au niveau de cette entente de façon intensive, actuellement.

M. Fortin : C'est tout?

Mme McCann : Bon, oui, comme je l'ai dit tout à l'heure, M. le Président, on planifie d'en faire d'autres, et c'est là-dessus qu'on travaille, actuellement, en termes de planification, mais le travail intensif qui se fait, actuellement, c'est avec l'entente avec l'Association des chirurgiens.

M. Fortin : Mais il n'y a rien d'amorcé, de discussions formelles, là, il n'y a rien d'amorcé avec les autres associations, c'est ce que j'en comprends, là. Je ne pousserai pas plus loin, là, je pense que je comprends ce que la ministre dit.

Anesthésie, l'entente est signée, là, depuis mai. Depuis octobre, depuis votre arrivée — je ne vous demanderai pas avant parce que, bien, vous n'étiez pas là — depuis mai, est-ce qu'il y a eu des bris de service en anesthésie, en région, au Québec?

Mme McCann : Malheureusement, M. le Président, quand on signe une entente comme ça, là, il faut s'assurer que les mesures qui sont prévues suffisent. Et on voit, au niveau de l'anesthésiologie, que ce qu'on a prévu dans l'entente, c'est deux «SWAT teams». C'est nettement insuffisant, et c'est pour ça qu'il y a encore des découvertures, moins nombreuses, mais il y en a encore, en anesthésiologie, dans certaines régions du Québec. Deux «SWAT teams», ce n'est pas suffisant.

M. Fortin : ...la ministre n'aime pas l'entente avec les anesthésistes. Est-ce qu'elle va la renégocier?

Mme McCann : Écoutez, on voit la problématique, là. Actuellement, M. le Président, c'est sûr qu'on est à pied d'œuvre au niveau de l'entente avec l'Association des chirurgiens parce qu'il y a davantage de découvertures au niveau de l'Association des chirurgiens. Je pense, c'est ça, la priorité. Mais on prend...

M. Fortin : Oui, allez-y.

Mme McCann : Comme on dit, on est un gouvernement pragmatique. On ne peut pas tout prendre de front, là, on y va par étapes. On va au plus pressant, parce que, l'héritage qu'on a eu, là, il y a beaucoup de choses à réparer, hein? Alors, l'entente avec l'Association des chirurgiens, c'est une priorité, il y a beaucoup de besoins à ce niveau-là.

M. Fortin : Bien, je vous dirais, M. le Président, que n'importe qui en région qui a vécu une découverte, que ce soit en chirurgie, ou en anesthésie, ou dans un autre secteur, vous dira : La priorité, elle est là. Les citoyens de région, là, ils vont dire : Bien, moi, je paie des impôts comme n'importe qui, j'ai droit à des services comme n'importe qui. Puis ça, ça fait partie des services auxquels ils s'attendent.

Alors, si vous... si la ministre de la Santé dit : Aujourd'hui, l'entente avec les anesthésistes ne suffit pas, hein, deux «SWAT teams», ce n'est pas assez, bien, il faut comprendre que la rémunération des anesthésistes est basée, justement, sur cette entente-là qui dit qu'ils vont couvrir les services partout en région en tout temps. Alors, puisqu'ils ne sont pas en mesure de le faire, est-ce qu'elle va appliquer les pénalités qui sont prévues à l'entente, oui ou non?

Mme McCann : M. le Président, il y a des mesures, quand même, alternatives, là, qu'on peut prendre quand les «SWAT teams» ne suffisent pas, c'est des corridors de services avec des hôpitaux qui ont davantage d'anesthésiologistes. Alors, c'est ce qui est fait, actuellement. Donc, on prend ces mesures-là, actuellement, et on reverra dans le futur si on a besoin d'ajouter au niveau des «SWAT teams». Mais actuellement les corridors de services avec les plus grands centres font ce qu'il faut pour couvrir les services dans les régions où il y a des possibles découvertures.

M. Fortin : Bien, ça, ça s'appelle déshabiller Jean pour habiller Pierre. On prend un anesthésiste qui est en service dans un autre hôpital, on l'envoie à celui où il y a découverte. Mais les médecins, les anesthésistes sont rémunérés, en ce moment, pour donner ce service-là. Puisqu'ils n'offrent pas le service selon les détails de l'entente, est-ce qu'elle va appliquer une pénalité?

Mme McCann : Bien, M. le Président, l'entente, là, elle prévoit deux «SWAT teams». Alors, là-dessus, on respecte l'entente, hein, on fait appel à ces «SWAT teams». Mais, quand on voit, là, qu'on a quand même une difficulté, il y a d'autres anesthésistes qui mettent l'épaule à la roue. Il y a des corridors de services, et on s'assure qu'on ne découvre pas un hôpital pour couvrir un autre. Alors, évidemment, tout le monde met du sien, met l'épaule à la roue, et on s'assure que les services sont donnés de façon équitable.

M. Fortin : Est-ce que l'entente avec les anesthésistes prévoit qu'il y ait couverture en anesthésie en tout temps dans ces petits milieux là?

Mme McCann : Ce que l'entente prévoit, M. le Président, c'est un jumelage entre différents hôpitaux. Alors, c'est ce qui est prévu pour l'anesthésie, et ça fonctionne. Donc, il y a un jumelage qui est fait pour couvrir des secteurs, là, qui seraient fragilisés. C'est ce qui...

M. Fortin : ...la ministre nous a confirmé qu'il y avait bris de service. Est-ce qu'elle peut nous dire combien de bris de service il y a eu depuis le mois d'octobre en anesthésie?

Mme McCann : M. le Président, évidemment, là, ça va être difficile pour moi, là, de donner des chiffres précis là-dessus. Il n'y en a pas eu beaucoup parce que l'entente prévoit des couvertures par des «SWAT teams». Ce qu'on dit aujourd'hui, là, c'est qu'il y a à faire une alternative. Il y a des corridors de services qui doivent être actualisés, des jumelages, parce que les «SWAT teams» ne suffisent pas, mais on voit à la plupart des découvertures en anesthésie.

M. Fortin : Bien, la ministre ne peut pas, d'un côté, nous dire : Deux «SWAT teams», ce n'est pas assez, l'entente n'est pas bonne et, de l'autre côté, nous dire : Il n'y a presque pas de découvertures. Alors, est-ce qu'elle s'engage à nous déposer la liste des découvertures qu'il y a eu depuis le mois d'octobre?

Mme McCann : Bien, écoutez, moi, je pense, M. le Président, que nous, on est dans une ère de collaboration et de partenariat entre différents établissements. Je vais vous donner un exemple, et ça peut se situer au niveau des médecins comme ça peut se situer au niveau d'autres professionnels. Je comprends qu'il y a des ententes et qu'il faut les respecter, mais actuellement, là, on a des établissements qui aident d'autres établissements, des grands centres qui aident d'autres établissements dans d'autres régions du Québec. Moi, je pense que c'est ça qu'il faut développer, dans le respect des ententes qui existent actuellement, mais il faut aussi développer cet esprit de collaboration entre les différents établissements, et c'est ce qui est fait, actuellement, dans plusieurs situations, et ce que j'apprécie beaucoup. Nous, c'est ce qu'on veut développer dans le cadre des ententes aussi.

M. Fortin : Si moi, je fais une entente avec vous, M. le Président, là, je m'attends à ce que vous vous engagiez à un certain nombre de conditions, puis moi, je m'engage à un certain nombre de conditions, puis on travaille comme ça, puis on se respecte, puis c'est comme ça que ça marche. Alors, d'un côté, là, il y a la rémunération, de l'autre côté, il y a la couverture en tout temps. En ce moment, vous... la ministre de la Santé vient de me le dire, il y a eu découverte. Alors, il y a un des deux partis, là, qui ne remplit pas 100 % de son engagement. En contrepartie, tout ce que je veux savoir, c'est : Est-ce qu'il va y avoir une pénalité, oui ou non, ou est-ce qu'il va continuer d'y avoir découverte? Est-ce qu'il va y avoir pénalité, Mme la ministre?

Mme McCann : Bon, M. le Président, c'est ça, j'essaie de trouver une façon d'expliquer un peu plus à mon collègue député de Pontiac, là, la situation. Ce que je veux dire, là, quand j'ai dit qu'il y avait une potentielle découverte en anesthésie, c'est que, quand on a deux «SWAT teams» pour couvrir l'anesthésie, ça peut être, à des moments donnés, insuffisant, et c'est là que se déploie un corridor de services avec un autre établissement qui est jumelé. Et ça, l'entente, là, elle est respectée avec les deux «SWAT teams», là, qui sont actives. Alors, quand il y a une découverte additionnelle, il faut prendre une mesure additionnelle.

• (19 h 50) •

M. Fortin : Ça, ça marche s'il n'y a jamais découverte, mais la ministre vient de dire qu'il y en a, des découvertures. Alors, oui ou non, lorsqu'il y aura des découvertures malgré les ententes de service, malgré le fait qu'il y ait une entente pour la couverture en 100 % du temps, quand il y en aura, est-ce qu'il y aura pénalité?

Mme McCann : Bien, M. le Président, je réitère que, depuis que je suis arrivée... Et, si ça se représente dans le futur, s'il y a plus que deux découvertures, parce qu'il y a deux «SWAT teams», c'est un corridor de services qui va être donné, avec le jumelage entre deux hôpitaux, et il y aura couverture du service. Quand on dit : Il y avait couverture potentielle d'un troisième centre, à ce moment-là, il y a un corridor de services qui se déploie et il y a un jumelage.

M. Fortin : M. le Président, pour qu'on le sache tous, la ministre vient de nous dire qu'il n'y aura jamais de découverte en anesthésie. C'est ce qu'elle vient de s'engager à... au cours des prochaines années, là. Il va toujours y avoir une solution, il n'y aura jamais de découverte. Soit ça va être la «SWAT team», soit il va y avoir corridor de services. C'est ce que la ministre vient de nous dire. Je veux juste que tout le monde le comprenne.

Mme McCann : M. le Président, ce que je dis, c'est qu'on va tout faire pour que, les découvertures, on y réponde, qu'il y ait des solutions, tel que j'ai mentionné au député de Pontiac, les deux «SWAT teams», du jumelage, des corridors de services.

M. Fortin : ...pas de découverte, ce n'est pas grave. C'est ce que j'entends.

Le Président (M. Provençal) : Merci, M. le député. Nous sommes au cinquième bloc du gouvernement, pour un 19 minutes. Alors, députée de Soulanges.

Mme Picard : Merci, M. le Président. Moi, j'aurais une question concernant l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges. Le comté de Soulanges, vous savez qu'il fait partie de la MRC de Vaudreuil-Soulanges. On est environ 160 000 personnes, dans cette région, et, depuis plus de 40 ans qu'on attendait notre hôpital — on l'attend toujours — la population a doublé, depuis ce 40 ans. En 2014, il a été ajouté au PQI par l'ancien gouvernement. Dans la région, on a deux hôpitaux : on a l'hôpital du Lakeshore, à Pointe-Claire, on a l'Hôpital du Suroît, à Valleyfield, qui ont vraiment beaucoup besoin d'améliorations aussi avec des délais souvent trop longs dans les urgences.

En 2018, la population a été très surprise, parce que plusieurs citoyens s'attendaient à... ils pensaient que l'hôpital était déjà... en fait, que le terrain était déjà acquis, qu'on était propriétaire du terrain. Malgré les nombreux points de presse qu'il y a eu et malgré les affiches sur le terrain qui disaient «futur site de l'hôpital Vaudreuil-Soulanges»... Après deux mois au pouvoir, vous avez annoncé analyser les autres sites. Est-ce que vous pouvez m'expliquer la démarche qui a amené le gouvernement à évaluer rapidement les autres scénarios pour maintenir le site actuel?

Mme McCann : Oui. Alors, merci de la question. C'est un projet sur lequel on a travaillé très, très rapidement, l'hôpital de Vaudreuil, parce qu'on le sait qu'en Montérégie-Ouest il y a beaucoup de besoins en services hospitaliers, et on a besoin d'un autre hôpital. D'ailleurs, on a augmenté le nombre de lits prévus, on l'a monté à 404 lits, comparativement aux 200 lits, là, qui avaient été prévus initialement par le précédent gouvernement, bon, alors donc 404 lits nécessaires, là, pour la population, là, environnante.

Nous avons beaucoup travaillé, au départ, parce qu'il fallait trouver le terrain, et il y a eu toute une démarche. On a examiné... Et c'est là que ça a pris quand même un petit peu de temps parce qu'il faut être prudent au niveau, là, du choix du terrain. Et on s'est arrêtés sur un choix en zone agricole, mais qui va être... on va suivre le processus normal, là, pour les circonstances, et ça a été accepté par l'ensemble des acteurs du milieu. On va s'assurer, d'ailleurs, de compenser, hein, la zone agricole par un jardin communautaire autour puis de ne pas faire un développement, là, résidentiel, commercial autour pour préserver, justement, les terres autour de l'hôpital. Et ça va être un projet très important pour la population parce qu'il y a beaucoup de besoins, hein, il y a une explosion démographique, dans ce secteur, que vous connaissez bien et moi aussi, parce que mon comté n'est pas très loin, et c'est le CISSS—Montérégie-Ouest qui, actuellement, donne les services pour l'ensemble de la population, incluant Vaudreuil, puis on a l'Hôpital du Suroît qui est à côté et qui débordait beaucoup, là. En décembre, on était rendus à 300 % de taux d'occupation. Mais là on a pris des mesures parce qu'il faut aider, hein, l'établissement, étant donné qu'il manque un hôpital, là.

C'est sûr qu'on a beaucoup travaillé, on ne voulait pas que le dossier traîne et on a rencontré les élus municipaux, les représentants de la Communauté métropolitaine de Montréal. On a regardé, comme je le mentionnais, les différents terrains et on a voulu choisir un terrain... Parce qu'on doit faire attention, là, il y a un rail de chemin de fer, il y a même un terrain où est-ce qu'on était inquiets, ça aurait pu être une zone inondable. Dans les circonstances, je pense qu'on a fait le bon choix, et on s'est assurés de l'assentiment de tous, au niveau de la communauté, pour que le projet aille bien. Et c'est un projet majeur, c'est un projet de 1,5 million de dollars — c'est quand même beaucoup de sous mais pour une population qui en a besoin — et les travaux de construction vont débiter en 2022.

Donc, je pense que la population de Vaudreuil et des environs vont avoir des services extrêmement intéressants. Et, en attendant, bien, on va prévoir des mesures de mitigation, évidemment — on a déjà commencé avec l'Hôpital du Suroît, avec l'hôpital Anna-Laberge aussi — et les services de première ligne pour vraiment compenser, hein, pour l'absence actuelle de l'hôpital. Mais c'est un dossier que nous allons suivre, on va s'assurer que c'est fait dans les meilleurs délais. C'est quand même un dossier d'envergure : il y a 217 lits qui sont dédiés à la médecine, 94 à la chirurgie, 24 à la pédiatrie, 25 à l'obstétrique, 44 à la psychiatrie et 41 civières d'observation, trois salles de choc puis une zone d'évaluation rapide de 10 fauteuils. Il va y avoir 10 salles d'opération, dont deux vont être dédiées à l'obstétrique. Le bloc opératoire va aussi comprendre une salle de réveil de 14 civières et 25 civières pour la chirurgie d'un jour.

Alors, dossier majeur et qu'on va mener jusqu'au bout, pour la population de Vaudreuil, et dossier qui a l'assentiment des acteurs du milieu. Et on va s'assurer, encore une fois, d'amoindrir l'impact du projet pour compenser la perte, là, du territoire agricole et on va élaborer aussi des mesures pour qu'on permette d'autres projets agricoles pour compenser l'utilisation des terrains, là, du site actuel.

• (20 heures) •

Alors, nous, on veut accélérer le projet et on ne veut pas le retarder, là. Il a été retardé dans le passé, et c'est malheureux, mais nous, on veut l'accélérer. Puis on peut être contents, là, de tout le travail qu'on a fait parce qu'on a vraiment travaillé à de la concertation entre la Communauté métropolitaine de Montréal, la ville de Vaudreuil et la MRC. Il y a eu plusieurs rencontres avec les élus et il y avait quand même des préoccupations, des discussions, on n'allait pas tous dans la même direction et on s'est assurés que, oui, on était tous sur la même page, hein, comme on dit. Donc, un projet majeur, 17 hectares pour construire l'hôpital, il va y avoir expropriation de 25 hectares, et huit hectares vont être utilisés pour des nouveaux projets agricoles. Et ces projets agricoles — c'est la voie de l'avenir — pourraient même alimenter le nouvel hôpital, et ça, on en serait très fiers. C'est une vision d'avenir, c'est un très beau projet, et, encore une fois, on va travailler rondement. Et on a réussi en quelques semaines seulement à bonifier le projet et à le mettre sur les rails. Alors, ce sera un projet qu'on suivra de très près.

Mme Picard : Merci. Merci beaucoup. Mes citoyens vont être très contents de votre réponse. Je voulais aussi vous parler de... En fait, M. le Président, j'aimerais beaucoup aussi demander à la ministre... Concernant l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, l'ancien gouvernement avait annoncé 150 lits supplémentaires, et puis, à votre arrivée en poste, vous avez ajouté 96 lits supplémentaires au projet, donc j'aimerais savoir pourquoi que vous avez autorisé plus de lits que les 150 initiaux.

Mme McCann : Oui, merci encore. Ça, c'est des projets... on voit que les projets dont on parle se situent dans la couronne de Montréal, et c'est là qu'il y a une explosion démographique importante, et c'est pour ça qu'on a voulu bonifier, dans Lanaudière, à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, 96 lits de plus.

Moi, j'ai eu l'occasion d'aller à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, évidemment, pour faire l'annonce avec le premier ministre, et c'est clair que c'est vraiment un hôpital de cette ampleur, là, qui est requis, hein, et il y a vraiment, là aussi, une explosion démographique, et la pression sur l'hôpital est très grande. Donc, on a regardé le plan clinique, on a fait l'analyse démographique, populationnelle, les besoins sociosanitaires, évidemment, et on a confirmé, évidemment, un besoin. On l'a projeté pour 2025, et c'est un besoin de 534 lits pour l'Hôpital Pierre-Le Gardeur. Et on a regardé les durées moyennes de séjour, les diagnostics requérant une hospitalisation, les taux de chirurgie, hein, c'est comme ça qu'on évalue les besoins quand on regarde la planification, là, d'un hôpital, et le ratio de disponibilité de lits pour 2025, on parle de 1,72 par 1 000 habitants, actuellement, et pour le 534 lits, ça équivaut à 1,72 lit par 1 000 habitants. Et même, au niveau du Québec, le ratio moyen est de 1,82 lit par 1 000 habitants, alors on n'en aura pas de trop. Vraiment, ça va être important, là, de bâtir cet hôpital ou d'agrandir cet hôpital avec les lits additionnels. Alors, on a actuellement, à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, 288 lits de courte durée au permis et actuellement, pour démontrer, là, le besoin, on utilise 95 lits de débordement supplémentaires. Alors, on voit que le besoin est très grand, et c'est là-dessus qu'on s'est basés pour arriver aux 534 lits requis en 2025.

Evidemment, on va parler un peu plus, là, spécifiquement des secteurs, là, qui auront un projet d'agrandissement. On parle de l'unité de soins en médecine et en chirurgie, l'unité de soins d'obstétrique, de néonatalogie, de pédiatrie, de psychiatrie, le bloc opératoire, l'inhalothérapie, la pneumologie, l'endoscopie et l'électrophysiologie médicale, alors, c'est la SQI, la Société québécoise des infrastructures, qui agit comme gestionnaire du projet. Et, encore une fois, le projet d'agrandissement visait seulement 150 lits de courte durée, mais nous, on l'a revu à 246 lits.

Evidemment, pour toutes les raisons que j'ai évoquées, on l'a confirmé en décembre 2018 et on intègre également des ajouts au niveau, là, des services ambulatoires, thérapeutiques et diagnostiques et on va fermer, évidemment, à ce moment-là, les unités de débordement, on va diminuer les délais d'attente, on va adapter les services ambulatoires et on va améliorer, évidemment, la performance de l'hôpital. Ça va avoir... on le sait, ça a toujours beaucoup d'impact, là, quand on agrandit un hôpital comme ça, sur les services alimentaires, les services techniques, l'approvisionnement. Alors donc, on va établir le budget une fois que l'évaluation complète, là, du projet va être faite avec la Société québécoise des infrastructures, un projet qu'on va suivre également de façon très serrée.

Mme Picard : Merci. Une autre petite question concernant l'appareil IRM à Gatineau. Depuis 2010 qu'il y a un nombre croissant de patients de l'Outaouais qui se tournent vers les hôpitaux ontariens pour subir des examens d'imagerie, et puis présentement il y a un appareil IRM qui fonctionne à sa pleine capacité à l'Hôpital de Hull. Ensuite, l'ancien gouvernement a annoncé un deuxième appareil IRM dans la région d'Outaouais, et puis, en février, vous aviez annoncé un troisième appareil à l'Hôpital de Gatineau. Un des grands défis du gouvernement est de s'assurer d'abord de la pertinence de l'ajout d'équipement et ensuite, que les projets soient réalisés à l'intérieur des délais et dans les budgets.

Première question : Comment allez-vous vous assurer que les délais soient respectés au bénéfice de la population d'Outaouais, qui attend ses appareils IRM depuis longtemps, et comment allez-vous évaluer la pertinence et la nécessité d'ajouter ce troisième appareil?

Mme McCann : L'ajout d'un troisième appareil en Outaouais, ça fait partie du plan qu'on a pour l'Outaouais de bonifier les services et aussi de rapatrier la clientèle qui va du côté de l'Ontario. On sait qu'il y a quand même une proportion de la population de l'Outaouais qui va chercher ses services en Ontario et on veut la rapatrier le plus possible. Je pense qu'on en a pour 130 millions de dollars, chaque année, de services qui sont donnés en Ontario pour les Québécois de l'Outaouais. Donc, nous, on veut faire les choses dans l'ordre, donc on s'est assurés que la deuxième IRM, qui avait été financée par le précédent gouvernement, à l'Hôpital de Hull, qu'il entre en fonction dans les délais requis, là, pour accroître, évidemment, la performance, et on va évidemment analyser, là, les volumes réalisés et rapatriés parce que, là aussi, il va y avoir un rapatriement.

Le financement qu'on octroie pour le réaménagement de l'espace, là, pour la troisième IRM, ça fait partie de l'enveloppe de cette année, des priorités ministérielles en rénovations fonctionnelles mineures. Les coûts de financement vont être accordés selon les modalités, là, qu'on prévoit habituellement pour des activités d'imagerie pour l'ensemble des établissements. Alors, il va recevoir, le CISSS, le financement à la hauteur, là, des examens réalisés parce que c'est un financement qui est fait en fonction, là, du volume d'actes réalisés. Alors, quand on fait l'évaluation, on regarde ça sur une période de 12 à 18 mois, et cet appareil-là va être installé selon les règles de l'art, là, comme on le fait dans les autres dossiers à travers le Québec.

Actuellement, en Outaouais, il y a un appareil d'IRM et il y a 4 400 demandes d'examen qui sont en attente, et il y en a 60 % qui sont réalisés en bas de 90 jours, 40 % sont en attente dans un délai prévu de 90 jours, et donc il y a 2 600 demandes ou personnes qui attendent et qui sont hors délai. Alors, ce qui est prévu, c'est que l'Hôpital de Gatineau rapatrie les deux tiers des examens qui sont effectués en Ontario, ce qui va représenter 4 800 examens, en plus de combler aussi des besoins cliniques. À l'Hôpital de Gatineau, il y a des besoins cliniques au centre de cancérologie. C'est intéressant d'avoir une IRM quand on a un centre de cancérologie. Alors, le CISSS anticipe 10 600 examens annuellement, alors il y aura une croissance démographique, on le sait, on Outaouais, là, de 5,4 % de 2016 à 2021. Et on veut rapatrier, comme je le disais au début, la clientèle transférée ou la clientèle qui va en Outaouais, mais aussi la clientèle qui va actuellement à l'Hôpital de Hull. Ça aussi, on va le rapatrier à l'Hôpital de Gatineau. Ça représente 3 000 examens.

Alors, le CISSS, selon les évaluations qui ont été faites de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, il devrait compter 3,4 IRM, actuellement. Alors, c'est ce qu'on a évalué et c'est pour ça qu'on a autorisé le financement d'une

troisième IRM. Et ce sont des appareils très importants parce qu'ils sont beaucoup plus avantageux pour la qualité de l'image, le temps de l'examen. Évidemment, ça donne des résultats cliniques importants pour les patients. C'est plus avantageux aussi pour les examens cérébraux, les problématiques musculosquelettiques, et ça va soutenir beaucoup, de toute évidence, les programmes cliniques et de recherche. Donc, évidemment, on s'attend à un impact extrêmement positif et on pense que ça fait partie d'un accès équitable pour la région de l'Outaouais.

• (20 h 10) •

Le Président (M. Provençal) : Merci.

Mme McCann : C'est bon?

Le Président (M. Provençal) : Alors, nous en sommes au quatrième bloc de l'opposition officielle. Je vais céder la parole à la députée de Marguerite-Bourgeoys pour un bloc de 20 minutes.

Mme David : Merci beaucoup, M. le Président. Mme la ministre, 20 belles minutes pour parler de quelque chose qui me tient encore très à coeur, vous allez trouver que j'ai beaucoup de coeur, là, mais qui me tient vraiment très à coeur et puis, je pense, encore une fois, vous aussi, je l'espère, on en a parlé un peu déjà ensemble mais pas assez, le PSOC, quatre lettres tellement importantes, qui soutiennent tellement d'organismes communautaires, qui soutiennent 3 425 organismes communautaires. Alors, encore une fois, ma sous-ministre adjointe préférée... Que je ne connais pas tant que ça, mais les gens vont penser que je la connais beaucoup, mais c'est parce qu'on ne peut pas aller dans un organisme communautaire sans entendre parler de Mme Jobin, qui en est comme implicitement responsable.

Première question. Vous avez, ce matin... cet après-midi — excusez, la journée est longue — vous avez parlé de 30 millions supplémentaires en santé mentale. Puis là je me suis dit : Ah! c'est le fun, 30 millions en plus du 12 millions pour d'autre chose, etc. Est-ce que ce 30 millions en santé mentale... C'est parce qu'on a cherché où il pouvait être, puis on en a trouvé un seul autre qui ressemble à 30 millions, puis ça s'appelle le PSOC. Est-ce que c'est ça?

Mme McCann : M. le Président, ce n'est pas ça. Non, ce n'est pas ça.

Mme David : Ah! Si ce n'est pas ça, c'est une bonne nouvelle.

Mme McCann : C'est une bonne nouvelle.

Mme David : O.K. Alors, d'où vient le premier 30 millions en santé mentale?

Mme McCann : Le 30 millions, c'est le budget qui était prévu pour la psychothérapie, pour la psychothérapie.

Mme David : Ah! le 34 millions pour les psychologues. Donc, ça, c'était de l'argent déjà annoncé qui va...

Mme McCann : C'est de l'argent déjà annoncé. C'est de l'argent...

Mme David : ...hein, ça aussi, je pourrais en parler longtemps avec vous, de ce 34 millions là...

Mme McCann : On pourrait en parler, oui, certainement, M. le Président, avec la députée de Marguerite-Bourgeoys, oui, absolument. Alors, c'est deux sommes, deux budgets différents.

Mme David : Vous me donnez l'occasion, je vous jure que je vous reviens sur les psychologues parce que j'en connais un bout là-dessus puis je trouve que, là aussi... Vous avez parlé d'autonomie, d'autonomie donnée plus grande aux professionnels, aux travailleurs sociaux, psychologues. Quelle belle façon de leur en donner, qu'ils ne soient pas obligés de toujours passer par un médecin pour avoir la référence pour pouvoir donner les 12 séances auxquelles les patients auraient droit. Tu ne fais pas un doctorat troisième cycle avec 10 ans d'études pour être obligé de toujours de te faire référer par un médecin, si vous voulez mon humble avis. On pourra en reparler. Parce que je voulais passer plus de temps sur le PSOC, mais je ne l'oublierai pas, ce 30 millions. Mais je suis contente de voir que ce n'est pas le même 30 millions que celui du PSOC. Donc, des fois, on dit 30, des fois, on dit 35. On s'entend sur quel chiffre, là, pour le PSOC?

Mme McCann : Pour le PSOC, le 35 dont on parle, c'est un 30 millions nouveau de cette année plus le 5 millions qui vient de l'an passé.

Mme David : O.K. Donc, 30 millions d'argent neuf, plus le 5, plus le 10 qu'on avait mis il y a deux ans, je crois, ou quelque chose comme ça. Et puis j'ai retrouvé, dans les chiffres... ça remonte à un certain nombre d'années, mais il y a un record qui a été dépassé par votre 30 millions, c'est 36 millions en 2008 ou 2007 par le Parti libéral, à l'époque, qui avait augmenté le PSOC de 36 millions. Vos fonctionnaires vont certainement retrouver les chiffres. Mais c'est vrai que ça faisait longtemps qu'il n'y avait pas eu une aussi grande augmentation, qui est saluée, qui est saluée, disons-le, il y a beaucoup de communiqués.

Maintenant qu'il est salué avec tout ce que vous pouvez imaginer de bémols, d'inquiétudes, de questions, etc., le PSOC est probablement un des plus vieux, des plus anciens programmes de soutien aux organismes communautaires. On

ne peut pas être responsable soit de la santé ou des services sociaux sans connaître cet acronyme. Pour ceux qui ne le sauraient pas, c'est le Programme de soutien aux organismes communautaires. Et, pendant la campagne électorale, moi, j'ai eu des... vous le savez qu'il y a beaucoup de débats à faire pendant cette campagne électorale, des tonnes de débats à faire, et ça m'a donné l'occasion, d'ailleurs, de connaître plusieurs candidats et candidates, puis il y en a un que j'ai fait, entre autres, un, mais c'est revenu dans d'autres aussi, mais où on a vraiment parlé du PSOC. Et on était devant beaucoup d'organismes communautaires, et tous les partis... donc, on ne savait pas qui allait gagner à ce moment-là, mais tous les partis, je peux vous dire, étaient très en faveur de regarder profondément à une révision du Programme de soutien aux organismes communautaires. Et il y avait une chose qui réunissait tous les partis à se dire : Ça ne fonctionne pas, c'est cette... je ne sais pas si c'est une tendance, une mode, une façon de fonctionner du gouvernement — j'y suis passée et je le sais autant que, probablement, vous, mais je pense qu'il faut, collectivement, qu'on se pose des questions là-dessus — de fonctionner sur la base par projets plutôt que sur la base par mission. Et ça, les organismes nous regardent, là, c'est sûr que c'est la chose la plus importante pour eux autres, qui leur donne des maux de tête épouvantables. Quand on fonctionne toujours par projets, c'est toujours... ça finit au bout d'un an ou au bout de deux ans, si on est chanceux, au bout de trois ans. Puis vous avez le pouvoir, des fois, de le faire plus sur trois ans que sur un an, parce que moi, je l'avais dans d'autres projets, et on pouvait obliger que ce soit au moins sur trois ans, mais ce n'est pas viable pour des organismes qui vivent avec des bouts de chandelle puis...

Donc, ma question, c'est : Avez-vous l'intention de revoir ça? Et mon autre question, qui est un peu, évidemment, complémentaire à celle-là, c'est : Pourrait-on fonctionner beaucoup plus sur une base à la mission et sur une base pluriannuelle, sans reddition de comptes tout le temps, comme il y a là, où les organismes... de bouts de chandelles, on se comprend, là? Vous en avez visité, j'en visite, c'est dans des sous-sols, c'est dans des conditions épouvantables. Ils n'ont pas les moyens puis ils ne savent pas comment. Puis c'est vraiment... Puis ils travaillent bien. Puis qu'on aille les visiter, s'il faut, mais c'est... Je vous dis un peu mon opinion, mais j'aimerais ça entendre la vôtre.

Mme McCann : Merci beaucoup pour cette question — j'apprécie — de ma collègue. Je pense que ça traduit aussi la sensibilité que ma collègue a, comme moi, au dossier des organismes communautaires. Mais je vais quand même me permettre de dire que, oui, effectivement, ça fait longtemps que les organismes communautaires n'ont pas eu une injection, un support budgétaire comme celui qu'on fait cette année, puis je pense qu'il faut le dire, parce qu'on reconnaît, on reconnaît le rôle important que les organismes communautaires jouent auprès de la population avec nous. Et ils sont là en avant, proches des communautés, et ils font vraiment beaucoup, souvent avec peu.

Et moi, j'ai côtoyé beaucoup d'organismes communautaires dans ma carrière. J'ai toujours été en lien avec les organismes communautaires à différents niveaux. J'ai même fait partie de conseils d'administration d'organismes communautaires, alors j'ai connu ça même de l'intérieur. Et évidemment, et dans les dernières années encore plus, les organismes communautaires m'ont souvent dit, et je l'ai vu aussi, combien c'était difficile, cette instabilité, hein, du financement et aussi tout le travail qu'ils ont à faire pour avoir des subventions. Et il n'y a pas une stabilité, c'est ça qui leur cause le plus de problèmes.

• (20 h 20) •

Alors, je pense qu'encore une fois ce sont des acteurs tellement importants, et on veut, effectivement, simplifier les choses pour eux. Et on a entrepris des travaux pour réviser, évidemment, le programme, mais on le fait avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité parce que le PSOC, avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, vous l'avez dit... ma collègue l'a dit, il y a plus de 3 000 organismes communautaires, mais il y a le ministère de l'Emploi et de la Solidarité aussi qui est impliqué au niveau de certains organismes communautaires. Donc, on travaille en partenariat avec le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité et on fait ça en consultation avec les organismes communautaires. C'est la seule façon de le faire, d'ailleurs. Et on a déjà un processus qui est entamé par la sous-ministre adjointe et le gestionnaire, le professionnel concerné. On débute maintenant, là, en avril, et on consulte des établissements responsables du PSOC, des interlocuteurs, là, du ministère, la Coalition des tables régionales des organismes communautaires, le CTROC, et la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, sur le projet d'orientation. Évidemment, on va vouloir recevoir leurs recommandations, les analyser, ajuster aussi au niveau du projet d'orientation.

On prévoit aussi une deuxième étape de consultation en mai et auprès des directions ministérielles et interministérielles concernées. On consulte aussi des responsables régionaux, des gestionnaires, des professionnels qui assurent la gestion quotidienne du PSOC. On va recevoir, évidemment, leurs recommandations et les analyser puis on va faire des ajustements au projet. Et de juin à octobre 2019, on va mettre en ligne, sur le site du ministère, le projet d'orientation. On va présenter le projet aux organismes nationaux et régionaux, et on va avoir des rencontres régulières avec les deux regroupements nationaux aussi, et on va faire une semaine d'auditions des regroupements qui vont en faire la demande. Alors, on prévoit un ajustement final et une publication des orientations ministérielles entre novembre et janvier, novembre 2019 et janvier 2020.

Alors, c'est tout un processus qu'on entame parce qu'on a entendu les préoccupations des organismes communautaires, et c'est un gros travail de révision des orientations ministérielles, mais on le fait en grande concertation avec les organismes communautaires, en collégialité avec eux, et on espère arriver à bon port avec des orientations qui vont leur rendre la vie plus facile.

Mme David : J'entends bien ce que vous dites. Moi, j'en rencontre aussi beaucoup, des organismes communautaires. Ils sont un peu plus impatients que le calendrier que vous me donnez. Les consultations avaient commencé sous notre gouvernement, donc, vraiment, la décision de revoir ce PSOC était prise même avant que vous arriviez. Il était plus que temps, on dira tous, mais ça me semble bien long, et les organismes ont très peur, justement, d'être laissés de côté là-dedans. Ce serait vraiment important, d'une part, je pense, de faire une consultation très, très large mais très ouverte et très transparente.

En tout cas, moi, j'y serais, aux premières loges, c'est sûr, pour regarder ça, parce que je dis souvent : Essayez d'arrêter tous les organismes communautaires pendant une journée, deux journées, une semaine; il y a une grande partie du Québec qui s'arrête, là, puis il y a vraiment des gros, gros, gros problèmes.

Je vous lis La Piaule de Val-d'Or, qui dit : «Notre organisme a presque un statut de service essentiel pour l'organisation des services sociaux dans La Vallée-de-l'Or. La simple évocation d'une rupture de services fait paniquer tout le monde, car elle aura un impact sur l'urgence, la Sûreté du Québec et la cohabitation entre citoyens. C'est un peu comme si on fermait l'ensemble des organismes en itinérance de Québec en même temps que les soupes populaires.» Ça, c'est la vraie vie qu'un organisme nous écrit. Alors, à un moment donné, ils peuvent se tanner puis dire : Nous autres, on va manifester un peu plus fort pour dire qu'on a besoin de plus d'argent.

Alors, d'une part, il faut revoir le fonctionnement, il faut revoir la base historique. Parce que, vous connaissez le financement des hôpitaux, je peux vous dire, dans les universités, quand on a refait la formule de financement, en 2003, là, ça a pris des années, mais ça a été fini, la base historique, là. Je l'ai fait pour les maisons d'hébergement de deuxième étape : Combien tu as de lits? Combien ça coûte par lit? Tu fais la multiplication puis tu le donnes, le 3,2 millions. Alors, je vous réserve des questions demain pour cette question-là. Mais pourquoi vouloir — et je l'espère, que c'est dans vos questions les plus importantes — garder une base historique, un fonctionnement annuel par projets puis une reddition de comptes beaucoup trop lourde? Est-ce que, dit d'une autre façon, toutes ces questions sont maintenues dans votre consultation et que vous voulez vraiment profondément revoir comment on finance, en 2020, disons, le PSOC?

Mme McCann : Moi, je répondrais, M. le Président, que la consultation que nous faisons veut adresser justement ces problématiques. Alors, il faudrait qu'elle aille aussi loin que nécessaire. Parce que la députée de Marguerite-Bourgeoys invoque des préoccupations des organismes communautaires, et moi aussi, je les ai entendues. La base historique... Je comprends ce que ma collègue de Marguerite-Bourgeoys nous mentionne. Il y a des organismes communautaires qui sont là depuis très longtemps et qui bénéficient d'un financement beaucoup plus élevé, comparativement à d'autres qui sont arrivés dans l'univers québécois, qui se sont implantés plus tardivement, et on voit la différence de financement. C'est une question très, très pertinente et c'est sûr que, dans cet exercice-là, il faut avoir l'audace d'adresser ces questions-là. Je pense que les organismes communautaires le veulent, et on doit trouver des voies de passage en consultation avec les organismes communautaires pour aplanir ces difficultés.

Mme David : ...Mme la ministre, est-ce que vous aurez la même audace pour le PSOC que vous avez pour d'autres projets qu'on voit bien que vous avez très à coeur, la santé mentale, les hôpitaux, donner plus de pouvoirs aux infirmières praticiennes spécialisées? J'aimerais ça voir la passion et l'urgence du besoin de garder nos organismes communautaires bien en santé, j'oserais dire.

Mme McCann : Bien, M. le Président, je pense que ma collègue et moi, nous sommes entièrement d'accord sur le point suivant, c'est que les organismes communautaires, là... Ma collègue parlait de La Piaule, que je connais aussi, en Abitibi, et...

Une voix : ...

Mme McCann : ...oui, La Piaule et d'autres, des centres de crise, par exemple, mais je pourrais... la liste est longue, les centres d'hébergement, les refuges. Si ces organismes-là disparaissaient, nous aurions de graves, graves problèmes pour les services à la population.

Mme David : ...mais on en parlera demain, pour les maisons d'hébergement, corridors de services disparus... ils ne sont plus capables. On va au Douglas, ils ne sont plus capables de référer aux maisons d'hébergement. Aux maisons d'hébergement, ils ne sont plus capables de référer. C'est vraiment un problème. Il faut, on dirait, tout revoir ça.

Et les gens sont inquiets du 30 millions. D'une part, ils en auraient voulu 10 fois plus, hein? Vous savez que leurs besoins, leurs demandes historiques, c'est 355 millions. Donc, oui, merci pour 30 millions plus 5, 35, mais ils en auraient voulu, évidemment, 10 fois plus.

On parlera demain de la quantité de refus, de remettre à la rue des femmes qui vont demander l'asile pour une nuit ou l'hébergement. C'est catastrophique, c'est déplorable. Ça n'a pas de bon sens, au Québec, qu'on remette du monde à la rue comme ça. Donc, ils disent : On aurait besoin de beaucoup plus. Mais, pour l'argent, déjà là, ils ont très hâte d'avoir les balises de ce 30 millions, parce qu'ils disent : Si c'est saupoudré dans 3 500 organismes communautaires, faites le décompte, faites la division, ça ne laisse vraiment pas grand-chose par organisme communautaire. Alors, comment avez-vous l'intention de ventiler votre 35 millions?

Mme McCann : M. le Président, il y a des règles qui existent, actuellement, d'allocation, là, de ces budgets qui sont faits en lien avec des orientations ministérielles, des balises qui ont été discutées, acceptées, entendues avec les regroupements d'organismes communautaires. Alors, c'est vraiment un grand exercice démocratique, hein, ce n'est pas le ministère, là, qui décide tout seul, là. Puis ça, ça existe depuis quelques années. Il y a une entente entre les organismes communautaires, le ministère, et il y a l'allocation qui est donnée avec ces balises au niveau régional, et ce sont les regroupements régionaux, avec l'établissement, là, qui existe dans la région, qui vont allouer... Oui?

• (20 h 30) •

Mme David : ...raison de dire que c'est les regroupements, puis ça a été décentralisé. On aime ça, des fois, la décentralisation, mais je vous dis qu'il y en a qui en font de l'insomnie chronique, de ça, là. On peut vous parler de la

décentralisation, à Montréal, pour des organismes, avec les immenses injustices d'un centre, d'une maison d'hébergement à une autre maison d'hébergement. C'est tellement inégal qu'on se demande comment ça se fait que les gens peuvent survivre.

Mais, pour le temps qu'il me reste, j'aimerais juste vous demander... Il ne reste pas beaucoup de temps, hein?

Le Président (M. Provençal) : 40 secondes.

Mme David : Vous parlez du SACAIS, avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, c'est ça, le programme qui est conjoint, mais le SACAIS, c'est une infime partie, honnêtement, là. C'est vous qui devez avoir le leadership là-dedans, je vous en supplie. Et puis regardez ça de près, c'est vous, le PSOC, c'est vous, puis c'est vous qui avez le gros magot. Alors, nous, on va suivre ça de près, puis, si vous voulez en faire un gros événement public, là, on sera au rendez-vous.

Le Président (M. Provençal) : Malheureusement, il ne vous reste pas de temps pour répondre, Mme la ministre. Alors, nous en sommes au sixième bloc du gouvernement, pour un 19 minutes. Mme la députée de Lotbinière-Frontenac.

Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) : Merci, M. le Président. Bonjour, Mme la ministre. Je salue aussi tous mes collègues et aussi le personnel du ministère.

Donc, ma question porte sur les services sanitaires aériens. Donc, au cours des dernières années, il y a plusieurs groupes qui ont fait la promotion pour l'intégration de l'hélicoptère au sein du réseau des soins de santé au Québec. Le Québec, à ce jour, est la seule juridiction en Amérique du Nord à ne pas avoir de service de transport hélicoptère organisé et intégré aux autres services de transport préhospitalier d'urgence. Ce type de service est important pour des cas, comme par exemple, en traumatologie, en cardiologie, neurologie, en obstétrique, la pédiatrie aussi ou d'autres conditions médicales chirurgicales complexes.

L'ancien ministre de la Santé, aujourd'hui député de La Pinière, proposait la mise en place d'un projet expérimental de service de transport médical hélicoptère en partenariat avec l'entreprise AirMédic et le CHU de Québec. Ce projet expérimental d'une durée de 18 mois et d'un montant de 3 millions ciblait des patients de six centres référents situés dans les régions des Laurentides, Lanaudière, Mauricie et Centre-du-Québec. On le sait, l'ancien ministre a procédé à une annonce publique un petit peu avant le déclenchement des élections sans vraiment valider les paramètres du projet. Le projet expérimental avec AirMédic n'a pas été approuvé par le Conseil des ministres, compte tenu du déclenchement des élections dans le mois d'août.

Donc, ma question pour la ministre : Est-ce que nous allons aller de l'avant avec une version améliorée de ce projet-là? Et pouvez-vous nous en parler? Est-ce qu'aussi vous pouvez nous parler du projet pilote de transport hélicoptère d'urgence en partenariat avec l'entreprise AirMédic?

Mme McCann : Merci pour votre question. Et, comme vous l'avez mentionné, il y avait eu une démarche par l'ancien gouvernement, un décret qui a été présenté en juillet 2018, mais ça n'a pas été approuvé par le Conseil des ministres de l'époque, et on n'est pas allé plus loin, il y a eu déclenchement des élections, au mois d'août, comme on le sait.

Et, moi, ça m'a été présenté, là, le projet de transfert interétablissements de patients par hélicoptère, en janvier dernier. Et on nous propose une réalisation en phases pour mettre en place des transports hélicoptères pour des patients des centres hospitaliers qui se situent, là, entre 75 et 275 kilomètres des centres tertiaires receveurs. Alors, c'est sûr que c'est un projet que nous trouvons pertinent d'ajouter un transport hélicoptère, là, pour l'intervention préhospitalière, et on va demander des travaux à cet effet-là.

Alors, c'est vraiment des investissements quand même importants. C'est assez complexe, hein, d'intégrer ça dans le volet, là, des services gouvernementaux. Il faut qu'il y ait des bases solides et, évidemment, il faut qu'on ait un projet mieux ficelé, je devrais dire, là, que celui de l'ancien gouvernement, mais la finalité, c'est quand même la même, là. Je pense qu'on a reconnu, même à l'ancien gouvernement, que c'était un projet qui avait sa place au Québec. Alors, on va faire les choses dans l'ordre. Et, après des vérifications, on a appris que ce n'était pas possible de faire un projet expérimental avec une entreprise en particulier, alors il faut procéder par appel d'offres. Le transport d'urgence par voie aérienne ou par ambulance, ça relève de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, et cette loi-là n'autorise pas un pouvoir discrétionnaire à la ministre. Alors, on ne peut pas faire des projets pilotes sans passer par un appel d'offres quand ça occasionne des montants plus élevés que 100 000 \$.

Alors, il y a eu une étape, là, qui a été faite, de discussions, au niveau du ministère, et j'ai donné l'instruction aux experts, là, du ministère de me soumettre une nouvelle proposition. Moi, je veux avoir les phases de réalisation, un échéancier, le cadre budgétaire, un devis, hein, qui va être préparé pour qu'on réalise un appel d'intérêt auprès des exploitants aériens. Alors, on est rendus là, à ce moment-ci. C'est un projet, je pense, qui a sa place au Québec. Et je pense que ce serait intéressant que vous entendiez, avec le consentement de mes collègues, Dre Lucie Opatrny, qui est sous-ministre adjointe et qui s'occupe de faire évoluer ce projet pour le ministère. Est-ce que j'ai le consentement, M. le Président?

Le Président (M. Provençal) : Consentement? Est-ce qu'il y a consentement de la part... Consentement? Alors, madame peut s'approcher. Pour les besoins, madame, je vais vous demander de vous identifier et de nous donner votre rôle, s'il vous plaît.

Mme Opatrny (Lucie) : Bonsoir. Lucie Opatrny, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques.

Alors, merci, Mme la ministre. Alors, comme vous avez entendu, au Québec, nous sommes la seule juridiction en Amérique du Nord qui n'a pas ce service-là, et divers comités et plusieurs associations, quand même, nous ont recommandé

de regarder cela. Il y a différents éléments qui sont très importants à regarder quand on bâtit un projet comme ça. Et, comme Mme la ministre vous a dit, elle nous a demandé de lui présenter le projet en phases. Alors, quels sont les éléments différents qu'il faut considérer quand on met en place un tel projet? Alors, il faut regarder quels sont les avantages puis les inconvénients pour les évacuations aéromédicales, aéroportées. Parce qu'il n'y a pas que des avantages, il faut vraiment choisir quand et où les mettre.

Alors, dès 2018, la direction générale au ministère avait annoncé quand même une position favorable au transfert interétablissement hélicoptéré de patients, puis on regarde quelques éléments. Premièrement, on regarde les fondements d'un service hélicoptéré. Alors, il y a quelques caractéristiques qui sont associées, qui sont nécessaires pour avoir l'hélicoptère intégré aux services déjà existants de santé : il faut que l'hélicoptère réussisse à compresser les délais de prise en charge, aussi l'accessibilité accrue à certains secteurs géographiques cibles, que je vais vous expliquer plus en détail plus tard, et aussi les niveaux de soins fournis par l'équipe clinique.

• (20 h 40) •

Il y a aussi des facteurs clés de succès qu'il faut regarder et planifier. Alors, il faut planifier puis coordonner le tout. Il faut avoir une utilisation appropriée avec une régulation médicale. Il faut aussi s'assurer, bien sûr, de la sécurité des opérations, alors, quelles seront les procédures de transfert, quels seront les lieux d'atterrissage, la formation appropriée du personnel. Par la suite, il faut aussi regarder et planifier les infrastructures, qui ne sont pas présentes pour le moment, les hélicoptères ou des aires d'atterrissage sécurisées et conformes aux normes de Transports Canada, puis aussi l'évaluation continue de la qualité et révision de l'utilisation sur la base d'une reddition stricte. Alors, ça, ce sont quelques éléments clés de regarder.

Par la suite, quelle est la clientèle? Parce qu'il faut aussi cibler quelle clientèle peut bénéficier de ce service. Alors, comme vous avez mentionné, ce n'est pas toute clientèle qui bénéficie nécessairement de ce transfert-là, il faut cibler. Alors, le transfert par hélicoptère s'adresse à la clientèle qui est actuellement desservie par les services ambulanciers terrestres et pour lesquels un délai de transport n'est pas cliniquement optimal, et c'est aussi dans une certaine région géographique. Alors, ce type de transfert est indiqué lorsque les soins d'urgence sont requis pour des pathologies qu'on appelle chronodépendantes, pour le temps. Vous en avez mentionné quelques-unes, il y a la traumatologie, cardiologie, la néonatalogie, l'obstétrique, pédiatrie puis quelques chirurgies plus complexes.

Si on regarde le Québec, plus que 1,5 million de personnes vivent dans la zone de desserte qui pourrait être planifiée d'un service hélicoptéré dans un meilleur accès à l'expertise des centres tertiaires et dans un temps opportun. Alors, dans une première phase, il faut établir le ratio géographie-volume pour avoir un effet positif sur les données de morbidité puis mortalité. Il faut aussi regarder le territoire à desservir, parce qu'il y a quand même un idéal, puis la zone idéale de desserte de transport hélicoptéré se situe entre 75 et 275 kilomètres des centres serveurs utilisés. En bas du 75 kilomètres ou dans un temps de transport de moins que 50 minutes, c'est vraiment les services ambulanciers terrestres qui restent les plus appropriés. Et, quand c'est plus que 275 kilomètres, là, c'est les services par avion qui sont les plus efficaces. Alors, il y a vraiment une zone cible.

Alors, par la suite, je vous ai parlé des infrastructures. Ça aussi, les hélicoptères sont des éléments importants du succès des services hélicoptérés pour chercher la compression des délais. Puis c'est ça, vraiment, qu'on vise. La nécessité de recourir à une liaison terrestre entre le cadre référent et l'hélicoptère affecte les délais aussi au point où l'avantage de l'hélicoptère peut être questionné, alors, à cette distance-là, et le calcul est aussi important.

Il y a aussi d'autres limites puis contraintes à considérer, par exemple les stress, la vibration, le bruit. C'est un environnement assez compact, c'est un appareil qui est non pressurisé. Alors, encore une fois, tous ces éléments-là doivent être considérés pour voir quelle va être la clientèle cible pour les transports optimaux. Aussi, certaines conditions météorologiques empêchent l'utilisation de l'hélicoptère, notamment la pluie verglaçante puis le brouillard.

Il y a aussi... Nous sommes en train de regarder et de produire une actualisation des coûts estimés pour un tel projet ainsi que la mise en œuvre d'un service de transport hélicoptéré d'urgence sur une base permanente que Mme la ministre nous a demandé de lui produire, puis on lui présente prochainement.

Le Président (M. Provençal) : ...

Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) : J'ai une autre question, donc je vais faire ça rapidement. Depuis janvier 2019, les paramédics de la Corporation d'urgences-santé peuvent appliquer le protocole de constat de décès à distance en collaboration avec les médecins sur le territoire de Montréal et de Laval. Lors d'un décès à domicile ou dans un lieu public autre que les centres hospitaliers, les paramédics pourront communiquer par téléphone avec un médecin d'Urgences-Santé pour faire la requête du constat de décès. Déjà bien implanté dans plusieurs régions du Québec depuis plusieurs années, le protocole de constat de décès à distance permettra d'offrir un meilleur service à la population. Ce changement de pratique permettra aux familles d'éviter d'attendre qu'un médecin se présente sur les lieux pour constater le décès du proche avant que le corps ne soit pris en charge par le salon funéraire. Les paramédics pourront également accompagner et soutenir davantage les proches dans ces moments difficiles.

La mise en place de ce nouveau protocole démontre bien l'évolution du champ de pratique et la reconnaissance de la profession de paramédic. Ils détiennent tous, toutes les compétences et l'expertise pour l'appliquer. Les 1 000 paramédics d'Urgences-Santé ont reçu la formation. Donc, le constat de décès à distance a été instauré tout récemment à Montréal et à Laval pour le personnel ambulancier. Est-ce que la ministre peut faire le point sur cette nouvelle procédure? Et j'aimerais savoir aussi si ça va être déployé partout au Québec.

Mme McCann : Oui. Merci pour la question. Et effectivement c'est une approche qui est mise en place, comme ça a été mentionné, par la Corporation urgences-santé pour une meilleure utilisation des ressources en instaurant le constat

de décès à distance par les médecins. Évidemment, ça permet de gagner des minutes cruciales, là, pour d'autres appels d'urgence en attente. Avant, un médecin était dépêché, là, sur place et constatait le décès, hein, d'un patient, mais, dans d'autres régions, les paramédics devaient reconduire la dépouille à l'hôpital, et, dans les deux cas, les pertes de temps étaient quand même assez importantes. Puis on le sait comment nos services ambulanciers sont très sollicités actuellement, alors il faut vraiment tenter de libérer les paramédics le plus possible et retourner, là, à des affectations auprès de la population, hein, qui en a bien besoin.

Alors, on sait que les paramédics, là, ils sont là pour venir en aide dans des situations d'urgence, des gens qui sont en détresse. Et on cherche par tous les moyens de mieux organiser les services pour, justement, faire en sorte que ce soit le bon professionnel au bon moment et la bonne approche aussi, tout ça dans le respect, évidemment, là, des personnes, dans des situations qui ne sont pas faciles, hein, on parle de décès. Alors, on veut aussi, par d'autres mesures, dégager les véhicules ambulanciers, notamment, là, réduire le temps d'attente dans les centres hospitaliers puis référer, là, des personnes à d'autres ressources sociosanitaires, alors, tout ça dans le but de libérer davantage les ressources ambulancières, qui sont tellement en demande actuellement.

Alors, je peux demander... parce que c'est quand même une façon de faire qu'on va souhaiter réaliser dans d'autres régions du Québec. C'est déjà fait à certains endroits, mais on veut l'étendre... à votre question, là, à la question de la députée, on veut l'étendre à d'autres régions du Québec qui n'ont pas cette approche, actuellement. Alors, je peux demander à une représentante d'Urgences-Santé qui est avec nous ce soir, avec le consentement des collègues, d'en dire quelques mots, si nous avons le temps, M. le Président.

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre, il reste à peine une minute pour...

Mme McCann : Deux minutes?

Le Président (M. Provençal) : Une.

Mme McCann : Une minute? Oh! Ça va être difficile. Alors, moi, je vous dirais, pour terminer, qu'il y a des constats de décès qui sont faits depuis plusieurs années de cette façon-là, à partir de l'Hôtel-Dieu de Lévis, pour l'Est du Québec, ça inclut les régions de l'Estrie, du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie, de la Capitale-Nationale, Chaudière-Appalaches puis le Saguenay—Lac-Saint-Jean. Mais ce n'est pas encore partout au Québec. Et je pense qu'avec les conditions requises, là, de bien faire les choses, ça pourrait être vraiment dans toutes les régions du Québec. C'est sûr que ça va nous aider au niveau des ambulanciers. On le sait, il y a une pression très forte. C'est un moyen de diminuer la pression mais de faire les choses correctement. Et on a d'autres moyens également, d'autres stratégies, ça en fait partie. Et nous, on a tout un travail à faire avec les ambulanciers...

Le Président (M. Provençal) : Je vous remercie beaucoup, Mme la ministre. Je salue la députée indépendante de Marie-Victorin, à qui je vais céder la parole pour un bloc de 12 minutes. À vous la parole.

• (20 h 50) •

Mme Fournier : Merci, M. le Président. Je salue tout le monde qui est présent ce soir pour l'étude des crédits en santé.

Et je suis certaine que la ministre va partager le fait que l'une des plus grandes préoccupations qu'on doit avoir à l'heure actuelle, en santé, c'est sans aucun doute la pénurie d'infirmières qui affecte durement notre réseau. Puis une des causes de cette pénurie d'infirmières, c'est notamment un taux de décrochage assez élevé dans les programmes en éducation supérieure, que ce soit au D.E.C. ou au bac.

Puis justement, à Longueuil, le cégep Édouard-Montpetit a trouvé une méthode très innovante, un nouveau parcours qui rendrait encore plus stimulantes les études en soins infirmiers. En fait, je parle du pôle de la santé du cégep Édouard-Montpetit, pour faire référence directement au projet. Donc, ça, ça va couvrir les soins infirmiers, ça va également permettre de faire une alliance avec l'Université de Sherbrooke pour le bac en soins infirmiers, mais ça va également permettre de regrouper l'ensemble des techniques médicales au sein d'un nouveau campus au cégep.

D'ailleurs, ce n'est pas la première fois que je vous en parle. Je vous ai déjà écrit à ce sujet-là, je l'ai abordé lors des crédits provisoires également. Bien sûr, ça concerne en partie l'éducation supérieure, mais aussi beaucoup la santé, puisque chez nous, à Longueuil, ça va améliorer l'accessibilité aux soins, nécessairement. On sait qu'on a des urgences très engorgées, que ce soit à l'Hôpital Pierre-Boucher, l'Hôpital Charles-Le Moyne, et ça va donc permettre de prodiguer à la population des soins en première ligne. Les gens, la population va pouvoir avoir accès directement aux cliniques qui seront instaurées dans ce nouveau campus.

Alors, je veux revenir avec ma question du 26 mars dernier parce que je suis certaine que la ministre a pu prendre connaissance du dossier depuis. Le nouveau Campus de la santé, ça représente un investissement de 110 millions de dollars de la part du gouvernement du Québec. Cette année, le cégep Édouard-Montpetit avait besoin d'une inscription au Plan québécois des infrastructures, donc au PQI, pour être en mesure de réaliser l'étude d'opportunité, qui, elle, se chiffre à 2,5 millions de dollars, et ainsi être en mesure de débiter les travaux en 2022 afin de pouvoir offrir des services rapidement autant à la clientèle étudiante qu'à la population de Longueuil.

J'ai été déçue de constater, évidemment, que le projet ne se trouvait pas au PQI cette année, d'autant qu'en plus de mes démarches le cégep Édouard-Montpetit avait eu l'occasion de rencontrer le député de Vachon ainsi que votre collègue président du Conseil du trésor. Il y avait également eu la lettre de ma part, comme je l'ai mentionné tout à l'heure. Donc, est-ce que la ministre de la Santé, aujourd'hui, pourrait s'engager à ce que le projet du pôle santé d'Édouard-Montpetit puisse aller de l'avant le plus rapidement possible?

Mme McCann : M. le Président, je remercie ma collègue pour sa question parce que ça met en lumière vraiment une approche novatrice au cégep Édouard-Montpetit, dont j'ai entendu parler. Je n'ai pas connaissance de l'entière, là, du dossier, là, je dois le dire, mais j'ai quand même eu quelques informations à ce sujet-là. Je trouvais ça vraiment très intéressant, très intéressant.

Je dois dire d'entrée de jeu que ce projet-là doit être mené — c'est le secteur de l'éducation — notamment en regard, là, du PQI, par le ministre de l'Éducation. Donc, ce n'est pas sous ma juridiction au niveau, là, de, par exemple, l'inscrire au PQI. Mais c'est un projet qui m'intéresse beaucoup parce que l'approche, c'est vraiment, entre autres, de la formation en emploi. Et on fait d'une pierre trois coups, pratiquement, parce qu'on forme en emploi des infirmières, et en plus on donne des services additionnels à la population, et on a toute cette synergie de l'ensemble des techniques en santé, alors un projet extrêmement intéressant.

Et ce sont ce genre d'approches, hein, que nous, on veut instaurer dans le contexte de la pénurie de main-d'oeuvre. On en parle beaucoup, mais on agit aussi là-dessus. Ça, c'est un projet très intéressant, et il y en a d'autres. De plus en plus, il y a des endroits, au Québec, où on fait de la formation en établissement et on rémunère les étudiants pour se former, notamment en sciences infirmières. Mais, même là, on en a de plus en plus, des projets comme ça, en préposés aux bénéficiaires.

Et pour les préposés aux bénéficiaires aussi c'est très intéressant, parce qu'on met de l'avant, nous, une bourse, là, de 7 500 \$, mais il y a des établissements qui vont encore plus loin et qui font de la formation mais en même temps qu'ils rémunèrent les préposés aux bénéficiaires comme aides de service. Puis on sait que le travail conjoint infirmière-préposé aux bénéficiaires est tellement fondamental dans les CHSLD, dans les hôpitaux aussi. Pour les infirmières, moi, j'entends parler de plus en plus de formation aussi, en établissement, dans le milieu de travail, rémunérée.

Et donc ce type de projet nous intéresse beaucoup, m'intéresse beaucoup parce que c'est de cette façon-là qu'on va attirer davantage de personnes qui vont être intéressées à travailler dans le réseau. Et il faut penser... Regardez, là, je pense au CIUSSS de la Capitale-Nationale, là, ils viennent de faire un projet de formation en emploi pour les préposés aux bénéficiaires. Bien, je pense qu'ils ont trois cohortes maintenant, et ils ont une liste d'attente de gens qui veulent entrer dans ce programme-là.

Les gens veulent venir travailler dans le réseau. Tant mieux. On les invite, d'ailleurs, à venir en grand nombre, on va organiser les formations. Et c'est la même chose pour les infirmières. Alors, moi, j'encourage beaucoup ce type de projet, et on va continuer de faire en sorte qu'il se propage même à travers les différentes régions du Québec.

Mme Fournier : Merci. Je suis contente de voir que la ministre accueille le projet avec beaucoup d'ouverture. Puis je suis consciente que son collègue, également, de l'Éducation supérieure est impliqué dans le dossier, mais je suis certaine que les deux ministres se parlent, donc un peu de pression ne fera certainement pas de tort. Puis d'ailleurs je les invite tous les deux, autant la ministre de la Santé que le ministre de l'Éducation supérieure, à venir avec moi rencontrer la direction du cégep Édouard-Montpetit pour qu'ils puissent leur présenter ce projet vraiment extraordinaire pour la région de Longueuil et pour tous les étudiants dans les domaines de la santé, là, du cégep Édouard-Montpetit. Ça me fera un grand plaisir de vous accueillir.

Maintenant, en ce qui a trait aux médecins de famille, vous savez, c'est des dossiers qu'on a beaucoup, dans la grande région de la Montérégie. Vous le savez, vous êtes vous-même députée de Sanguinet, particulièrement à Longueuil, la situation est assez criante. On est dans les endroits au Québec où les listes d'attente sont vraiment les plus longues, et, moi, il y a beaucoup de citoyens, là, qui m'interpellent à mon bureau à ce sujet-là. Donc, je voulais savoir qu'est-ce que peut dire la ministre ce soir pour rassurer les citoyens de Marie-Victorin qui sont en attente d'un médecin de famille et quel est son plan pour notre région spécifiquement.

Mme McCann : Bien, M. le Président, encore une fois, je veux remercier ma collègue de sa question parce que ça me permet d'expliquer encore davantage le plan que nous avons pour améliorer les services de première ligne. Et je suis très consciente qu'il y a des régions où est-ce que les besoins sont plus criants et notamment les régions périphériques de Montréal, la Montérégie, mais aussi Laurentides, Lanaudière et Laval.

Alors, on a, dans l'exercice de cette année, autorisé des postes en Montérégie. On en a 78, hein, qui ont été autorisés, donc, qui vont être répartis en lien avec le département régional de médecine générale, hein, le chef du département de médecine générale qui va s'occuper, avec les différentes cliniques, d'organiser, là, ces postes. Bon, c'est sûr que, quand on a un poste, là, ou des postes dans une clinique, il faut que des médecins soient intéressés à aller y travailler. Alors, ça aussi, c'est l'autre défi, hein, c'est d'attirer les médecins. Mais je veux dire une chose, c'est que la Montérégie, c'est une des régions, comme les autres de la périphérie de Montréal, entre autres — il y en a quelques autres au Québec — qui ont besoin de davantage de médecins, qui sont en dessous de la moyenne du Québec en termes de nombre de médecins par 10 000 habitants. Alors donc, l'année prochaine, j'aurai la possibilité de revoir... parce que cette année c'est mon prédécesseur qui a donné les allocations au niveau des postes, mais l'année prochaine j'aurai l'occasion de revoir.

• (21 heures) •

Mais, en attendant, je veux quand même dire qu'il y a d'autres possibilités pour compléter l'équipe de première ligne. L'annonce de ce matin sur les infirmières praticiennes spécialisées, c'est une annonce importante parce que nous allons avoir maintenant davantage de personnes qui vont pouvoir répondre aux besoins de la population. Alors, il va y avoir déploiement d'IPS dans les différentes régions du Québec, notamment en Montérégie. Et ce qu'on veut s'assurer au niveau des postes d'IPS, c'est que, le plus possible, on réponde aux besoins là où il y a des territoires où ça fait plus mal, où il y a un manque de médecins. Donc, on va tenter de faire en sorte que des IPS puissent aider dans ces secteurs-là, mais en autant qu'évidemment les IPS acceptent d'aller à ces cliniques, CLSC, etc. Mais on va tenter d'organiser, pour les attirer... des IPS qui puissent combler les besoins.

Et je termine en disant, là-dessus, que l'autre grand volet qui est très important, c'est le changement de mode de rémunération des médecins de famille. C'est là-dessus qu'on travaille, actuellement. Il y a évidemment le déploiement des compétences des IPS, on va en avoir 200, là... pas 200... oui, 200, cette année, excusez-moi, qui vont graduer, mais il y a aussi à travailler le changement de mode rémunération des médecins parce que, si on continue dans le même système, là, on ne pourra pas répondre à la demande de 500 000 personnes qui attendent sur le guichet d'accès. Avec le déploiement des IPS, on peut y répondre, à une partie, et c'est tant mieux, mais il faut changer le mode de rémunération des médecins pour que les médecins prennent en charge davantage de patients et qu'ils puissent utiliser l'Internet et même le téléphone pour faire des interventions, comme c'est fait au Nouveau-Brunswick actuellement, et gagner du temps, de cette façon-là, avec une rémunération stable. Alors, c'est l'objectif que nous avons et qu'on travaille, actuellement, avec la FMOQ. C'est ce qui va donner le plus d'oxygène au système de santé, le changement de mode de rémunération des médecins de famille.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. Le temps est écoulé. Merci beaucoup. Alors, nous en sommes au septième bloc du gouvernement. Alors, député de Chapleau.

M. Lévesque (Chapleau) : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, d'abord, juste peut-être un petit remerciement, là, à la ministre. Je sais que ma collègue de Soulanges avait traité de l'IRM à l'Hôpital de Gatineau, là, dans le comté de Chapleau. Je tenais à remercier la ministre pour son engagement et son annonce pour l'IRM parce que, pour l'Outaouais et pour l'hôpital dans Chapleau, dans le fond, l'Hôpital de Gatineau, c'est une annonce tellement importante qui fait vraiment du bien. Et laissez-moi dire à la ministre à quel point les gens de l'Outaouais ne se sentent plus pris pour acquis et qu'ils sentent vraiment, là, que c'est important pour nous, pour notre gouvernement, donc, de prendre soin de l'Outaouais.

Cela étant dit, je voudrais traiter de la question de l'état d'avancement des travaux du financement axé sur le patient. Donc, encore aujourd'hui, la majeure partie du budget des établissements de santé et de services sociaux est basée sur l'historique des dépenses puis simplement reconduite au fil des ans, moyennant certains ajustements. Cette approche n'incite pas les établissements à améliorer l'accès, la qualité ou l'efficacité des soins, bref, à renforcer leur performance. Avec le système actuel, à la fin de l'année financière, les économies réalisées grâce à une meilleure organisation ne peuvent pas être reportées à l'année suivante.

Le financement à l'activité, aussi appelé financement axé sur les patients, consiste à allouer les ressources aux établissements en fonction des volumes de services rendus à une population d'une région donnée sur la base du coût préétabli de chaque activité ou épisode de soins. Avec ce mode de financement, les établissements ne perçoivent plus les patients comme une cause de dépenses, mais bien comme une source de revenus. Dans son rapport publié en 2014, le Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients propose des balises pour l'implantation d'un tel mode de financement, entre autres des indicateurs de performance, l'utilisation de meilleures pratiques médicales et la mise en place de systèmes permettant de connaître le coût détaillé de chaque activité.

Notre gouvernement est en faveur d'une révision du mode de financement des établissements de santé et de l'implantation progressive du financement axé sur les patients. Cette mesure assurerait l'attribution des ressources budgétaires en fonction des besoins réels de la population. Ce grand chantier a été lancé il y a quelques années. Des travaux très poussés sont en cours et donnent déjà des résultats. Les établissements de santé se préparent. Donc, je me demandais, M. le Président : Est-ce que la ministre peut faire le point sur l'important chantier du financement axé sur le patient? Merci.

Mme McCann : Oui, M. le Président, je vais dire quelques mots là-dessus. C'est un dossier très intéressant. Et, pour avoir travaillé dans le réseau de la santé et des services sociaux pendant de nombreuses années, notamment comme gestionnaire puis aussi dirigeante de différents établissements, j'ai pu voir comment un financement qui est axé sur le patient et qui est axé sur un mode tel que celui-ci peut avoir des effets très positifs, parce qu'on a commencé quand même, en chirurgie, assez rapidement à le faire.

Il y a trois objectifs pour le financement axé sur le patient. Il faut évaluer les coûts pour chaque type de soin dans les divers établissements de la province, puis ensuite il faut regarder les écarts, puis on doit fixer un prix moyen pour chaque soin de santé offert dans la province. Alors, évidemment, les budgets qui vont être versés vont être établis en fonction de ces montants puis du volume d'activité. Donc, ça va être une rémunération à l'activité, et ça, c'est très différent des volumes... du financement historique et ça crée une dynamique de performance dans le réseau, parce qu'un hôpital qui reçoit un budget historique x et un autre qui se compare, qui reçoit un budget y qui est plus élevé ou moins élevé... enfin, moins élevé et qui se compare, ça donne lieu à des préoccupations très grandes et ça ne donne pas un incitatif à la performance. Mais c'est un exercice qui est complexe, et il faut faire très attention pour ne pas que ça ait d'impact sur le patient. Parce que, quand on pousse la performance trop loin mais qu'on ne tient pas compte d'autres dimensions, il peut y avoir des écueils.

Alors donc, le ministère travaille plutôt sur un financement axé sur le patient mais qui va prendre en considération d'autres volets que la performance, donc la qualité et aussi la pertinence des soins et services. Et ça, c'est des dimensions très importantes dans un financement axé sur le patient pour vraiment rééquilibrer la performance avec la qualité et la pertinence des soins et services.

Alors, encore une fois, comme je le disais, c'est un exercice complexe qui est allé de l'avant depuis février 2017, qui a été enclenché par le précédent gouvernement. Et c'est une réforme intéressante qui vise à instaurer le financement axé sur le patient à travers le réseau de santé et de services sociaux. Il y a eu un appel d'offres, et c'est l'entreprise PowerSanté qui a été retenue. Et on va continuer le déploiement qui a été amorcé en juillet 2017. Il va s'échelonner sur une période de trois ans.

Alors, j'inviterais, avec le consentement, M. le Président, le sous-ministre adjoint, M. Pierre-Albert Coubat, qui pourrait vous expliquer davantage en détail le déploiement puis l'état d'avancement des travaux sur le financement axé sur le patient.

Le Président (M. Provençal) : Est-ce que j'ai le consentement? Consentement. Merci. Alors, pour les besoins, vous répétez votre nom et votre fonction, s'il vous plaît.

• (21 h 10) •

M. Coubat (Pierre-Albert) : Oui, bien sûr. Rebonjour, M. le Président, Mmes, MM. les membres de la Commission de la santé et des services sociaux, mes chers collègues. Pierre-Albert Coubat, sous-ministre adjoint, Financement, allocation des ressources et budget.

Donc, comme le soulignait Mme la ministre, l'un des buts du financement axé sur les usagers, c'est de partager, dans le réseau, et de propager les meilleures pratiques, les pratiques les plus performantes, les plus pertinentes pour que les meilleurs soins et services soient offerts aux usagers, à leurs proches et à l'ensemble de la population partout au Québec pour qu'on renforce l'accessibilité et la qualité des soins et services dans le respect de la capacité de payer des contribuables.

Nous avons déjà commencé le financement à l'acte avec la radio-oncologie, avec le Programme d'accès à la chirurgie. La plupart de nos chirurgies sont financées à partir de tarifs. On élargit, à partir de 2019-2020, donc depuis le 1er avril, le financement à l'acte dans la plupart des domaines de l'imagerie. Donc, ça permet vraiment de renforcer l'accès aux soins et services.

Autre aspect de cette révolution du financement à l'activité, c'est qu'au-delà de ces travaux on se dirige vers des modes de financement qui vont tenir compte non seulement des coûts à l'acte par épisode de soins, par type d'opération, d'examen d'imagerie, etc., mais par trajectoire-usager. Par exemple, si une intervention de neurochirurgie est plus coûteuse, requiert plus de temps, requiert plus de fournitures, des fournitures plus dispendieuses, en financement à l'acte par épisode de soins, l'établissement qui la pratique risque d'être pénalisé. Par contre, si, en considérant les coûts par trajectoire de soins et services usager, on se rend compte que cette pratique médicale et clinique permet de limiter la durée d'hospitalisation et les risques de réhospitalisation postopératoire et augmente de façon importante le niveau de survie et la qualité de vie des usagers, c'est certain que nous allons la privilégier, dans une logique de financement axé sur les trajectoires, sur les parcours de soins et services des usagers parce que non seulement elle amène plus de qualité aux usagers, mais en plus les coûts vont être plus faibles quand on considère l'ensemble de l'expérience de l'utilisateur dans le réseau. C'est la raison pour laquelle il est essentiel de poursuivre le déploiement du système de coûts par parcours de soins et services que nous sommes en train de déployer.

Pour ce faire, on a quatre éléments requis. D'abord, poursuivre le déploiement du système informatisé de suivi des coûts par trajectoire, donc un système, là, qui va se poursuivre au niveau du déploiement jusqu'en 2020. Ça nous prend aussi une charte comptable unique pour s'assurer qu'on compare vraiment des pommes avec des pommes partout au Québec. Donc, on assure la comparabilité entre l'ensemble des établissements du Québec et avec le reste du Canada parce que la charte comptable du Québec qu'on a créée et qu'on déploie est harmonisée avec la charte de l'Institut canadien d'information en santé, l'ICIS. Donc, ça va nous permettre d'avoir une comparabilité pancanadienne pour beaucoup d'activités. Par exemple, il se peut qu'une activité surspécialisée dans l'un de nos cinq CHU ne se compare avec aucune autre activité au Québec parce qu'on est vraiment dans un domaine de pointe. Par contre, à Toronto, à Vancouver, on va avoir un CHU qui a la même activité, avec laquelle on va pouvoir faire un balisage comparatif pour s'assurer de propager, de partager les meilleures pratiques, les plus pertinentes, au service des patients. Troisième élément que ça prend, ça prend un système comptable et d'approvisionnement unique, qu'on est aussi en phase de préparation d'acquisition, un système RH paie unique — là aussi, on travaille de ce côté-là — et avec des règles d'affaires harmonisées. Quatrième élément, ça prend des experts parce qu'au-delà d'un système, au-delà de l'information, bien, ça prend des gens pour le faire vivre. Donc, pour faire évoluer les pratiques dans l'établissement avec les médecins, avec les équipes cliniques, avec les employés, avec les partenaires syndicaux, c'est essentiel. Donc, on déploie, dans chaque établissement, un quatuor qui est constitué d'un expert de gestion du changement, d'une experte ou d'un expert clinique, d'une experte ou d'un expert en technologies de l'information et d'experts en qualité des données en gestion financière.

Les travaux avancent très bien dans l'échéancier et dans les coûts prévus. On pense avoir la disponibilité des premières données issues du système de coûts par parcours de soins et services pour la fin de l'été 2019, donc, pour 21 établissements, donc, sur les 31 couverts par le projet. Ça représentera près de 90 % du budget de la santé physique. Donc, ça va représenter 8 milliards de dollars, là, sur les 9 milliards du programme-services de santé physique et près de 75 % du budget pour les soins et services offerts en CLSC, soit à peu près 500 millions de dollars.

Donc, comme je vous le disais, pour ce qui est du financement, le réseau est déjà financé à l'activité en radiologie, en coloscopie, en chirurgie et en imagerie médicale. Bref, le projet du financement axé sur les usagers progresse très bien, il va être très porteur. C'est un projet qui va nous permettre de progresser davantage encore dans notre objectif de mettre chaque dollar investi en santé et services sociaux à valeur ajoutée maximale pour les usagers, leurs proches et l'ensemble de la population pour avoir des soins et services toujours plus accessibles et de qualité.

Le Président (M. Provençal) : Merci pour votre présentation. M. le député de Chapleau.

M. Lévesque (Chapleau) : Merci beaucoup. J'aimerais maintenant céder la parole à ma collègue de Roberval.

Le Président (M. Provençal) : Alors, députée de Roberval, à vous la parole.

Mme Guillemette : Merci, M. le Président. Donc, Mme la ministre, j'aimerais vous entretenir d'Optilab, le nouveau Optilab 2.0, dont vous avez annoncé une réorientation il y a quelque temps. Donc, on sait que la démarche spécifique d'optimisation pour le secteur biomédical a été entreprise à la lumière de différents constats, dont celui, entre autres, de la croissance des dépenses, difficultés de transmission de l'information entre les laboratoires, le transport des échantillons

non sécurisé et les lacunes à l'égard du système de la qualité. Donc, il y en a bien d'autres, mais c'est les principaux. La refonte d'Optilab est basée sur la révision des cibles de performance, sur des données probantes, dans une optique d'efficience et de respect des particularités de chaque grappe.

Donc, quand il y a eu l'annonce de la réorientation, les gens dans ma région étaient bien contents, autant au niveau du CIUSSS, des milieux syndicaux que des élus, mais quelques questions quand même à ce niveau-là. Donc, quels seront les impacts pour les employés des laboratoires? Et comment ça va se traduire vraiment dans chaque région, en particulier dans la mienne?

Mme McCann : Bien, je vous remercie. Merci. Je remercie ma collègue, là, de sa question parce qu'on entend beaucoup parler, dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans les communautés, du projet Optilab. Moi, je pense qu'il est important de se rappeler que ce projet, il découle d'un rapport publié en 1999 par le Vérificateur général sur les laboratoires de biologie médicale. Et le projet avait été lancé en 2011 par le gouvernement libéral, il a été autorisé par le gouvernement péquiste de 2013.

Et la première phase, hein, parce que, là, on parle d'Optilab 2.0, mais Optilab 1.0, il y a eu beaucoup de difficultés. D'ailleurs, j'étais à l'agence de Montréal à l'époque, là, puis, je me souviens très bien, ça a été très difficile. Même au niveau de la communication, c'était très difficile. Alors, il y a eu beaucoup de critiques dans cette phase I, là, d'Optilab, puis il a même été question d'un moratoire. Mais moi, je dois dire qu'à mon arrivée, là, comme ministre de la Santé, on m'a fait une présentation d'Optilab 2.0, et j'ai vu là un projet nettement amélioré, différent d'Optilab 1.0. Et une chose qu'on doit dire aussi à la base, c'est que la centralisation des laboratoires se fait d'une manière beaucoup plus intelligente, et le transfert des analyses et des ressources humaines vers les laboratoires centraux ont été modérés, ce qui était beaucoup l'objet des critiques à l'époque.

Alors, moi, je pense qu'il y a eu beaucoup de préoccupations au niveau des techniciens en laboratoire, par exemple. Mais là-dessus ce qu'on doit répondre, là, c'est qu'il y a vraiment un plan de gestion du changement et de communication pour le personnel. On a donné la consigne aux établissements responsables de la gestion des grappes à travers le Québec de se préparer à communiquer complètement ces informations-là au personnel parce que, c'est la clé du succès, il faut que les gens comprennent le projet. Moi, j'ai eu une rencontre avec le syndicat qui représente les techniciens, là, en laboratoire, l'APTS, et c'est la demande qu'on nous a faite. Et cette rencontre, elle est importante pour que tous les acteurs, à tous les niveaux, comprennent ce projet parce que ce projet... il y a eu beaucoup de rumeurs, beaucoup de désinformation, je devrais dire.

Alors, aujourd'hui, on peut dire qu'il n'y aura pas de fermeture de laboratoire. Ça, c'est une première chose. Il n'y aura pas de changement au niveau des effectifs à plusieurs endroits, et, s'il y en a, ça va être par attrition. Donc, il n'y aura pas de coupure d'emploi au niveau des techniciens de laboratoire, ça va se faire par attrition. Alors, s'il y a un personnel qui a une sécurité d'emploi, ça va être garanti, son emploi va être garanti à l'intérieur du même établissement. Alors, là-dessus, je pense que ça va sécuriser... ça sécurise, ça devrait sécuriser le personnel.

Moi, je veux rappeler que le projet Optilab, c'est 11 grappes, hein, pour les 34 établissements du Québec. En janvier dernier, on a ajouté la grappe du CHU Sainte-Justine, qui était regroupée au CHUM. C'est 12 grappes maintenant. Et on veut s'assurer vraiment que le Québec, nonobstant le lieu de résidence du patient, va avoir les meilleurs services diagnostiques en laboratoire. Alors... Oui?

Mme Guillemette : ...parce qu'il ne doit plus nous rester beaucoup de temps.

Le Président (M. Provençal) : Il reste à peine 30 secondes.

• (21 h 20) •

Mme Guillemette : Ah! J'aurais voulu parler... En Gaspésie et en Côte-Nord, il y a peu ou pas d'échantillons qui ont été transférés vers les laboratoires centraux. Avez-vous une idée pourquoi on est à cette situation-là?

Le Président (M. Provençal) : ...

Mme McCann : Oui. C'est parce qu'on n'a pas, M. le Président, réuni toutes les conditions préalables à la sécurité, et ça, c'est normal, on y va très graduellement. D'ailleurs, on a un autre cinq ans à travailler avant de finaliser tout ce travail. Donc, il y a différentes conditions, là, qui doivent être réunies avant qu'on procède davantage dans certaines régions. Et on voit que c'est vraiment un projet qu'on fait avec la plus grande rigueur. Par exemple, il faut avoir un système de transport avec une traçabilité testée, validée, un plan clinique, un plan de main-d'oeuvre, un système informatique qui est testé, validé, interopérable, un plan de gestion du changement. Alors, tout ça, il faut le mettre en place avant de procéder.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Mme la ministre. J'invite le député de Jonquière, du troisième groupe d'opposition, à questionner la ministre pour un bloc de 15 minutes. À vous la parole.

M. Gaudreault : Oui, merci. Merci, M. le Président. Alors, on a beaucoup parlé de l'augmentation des personnes en attente sur le Guichet d'accès à un médecin de famille. Moi, les chiffres que j'ai, qui sont fournis par la RAMQ, en date du 1er octobre 2018, jour de l'élection, il y avait 485 567 personnes, et, en date de janvier 2019, à moins que la ministre ait des chiffres plus récents à nous fournir, nous étions à 504 243, donc une augmentation d'au moins 20 000... presque 20 000, là, patients en attente sur le guichet d'accès.

Donc, on a parlé beaucoup avec la ministre, depuis le début des crédits, de ses solutions. Bon, elle parle des IPS, du mode de rémunération des médecins, elle parle également des nouvelles pratiques par, par exemple, téléphone ou

autrement avec les médecins, mais j'aimerais ça l'entendre davantage sur, selon elle, ce qui explique l'augmentation, cette augmentation-là depuis le mois d'octobre, puis après ça je reviendrai sur d'autres solutions.

Mme McCann : Oui. Merci pour la question. M. le Président, je pense qu'il y a un ensemble d'éléments que j'aimerais évoquer pour mon collègue, pour expliquer cette augmentation au niveau du guichet.

Depuis notre arrivée au pouvoir, il y a 84 000 patients de plus qui ont accès à un médecin de famille. Alors, ça, c'est une diminution au niveau, là, des patients en attente, au niveau du guichet, parce que le pourcentage d'inscriptions à un médecin de famille a augmenté : il était de 80,1 % et il est maintenant à 80,6 %. Mais effectivement il y a davantage de patients qui se sont... de citoyens qui se sont inscrits au guichet d'accès, ce qui explique que le guichet augmente, hein, le nombre d'inscriptions augmente, peut-être parce qu'il y a un certain espoir de citoyens qu'ils vont être pris en charge, là, parce qu'on donne des messages quand même importants à cet effet-là. Puis on invite aussi la population à s'inscrire au guichet parce que c'est comme ça qu'on va pouvoir davantage les inscrire à un médecin de famille éventuellement. Alors, 84 000 patients de plus qui ont accès à un médecin de famille, et une augmentation parce qu'évidemment les gens s'inscrivent davantage au guichet d'accès. Il y a aussi les médecins qui partent à la retraite. Alors, leurs patients s'inscrivent au guichet, et c'est heureux, là, parce qu'il ne faut pas qu'ils tombent entre deux chaises.

Donc, en trois mois, il y avait, de septembre 2018 à décembre 2018, 110 000 patients qui ont été inscrits à un médecin de famille, donc c'est comparable à ce qu'on a actuellement. Il faut rappeler qu'il y a 6 478 000 patients inscrits à un médecin de famille, actuellement, au Québec, comparativement à 6 393 000 patients en septembre dernier. Même, on peut dire que le taux d'assiduité des médecins a aussi augmenté de 2,2 %, il atteint maintenant 84,4 %.

M. Gaudreault : Oui, O.K., mais il reste que tout ça, c'est quand même beaucoup. Je veux dire, je peux comprendre qu'il y a des gens qui... parce que, là, ils ne veulent pas tomber entre deux chaises. Leur médecin a pris leur retraite ou est sorti de la pratique, là, ils s'inscrivent. Je comprends les grandes intentions de la ministre de revoir le mode de rémunération, mais on est loin de la coupe aux lèvres; les IPS, même chose.

Moi, il y a un autre élément sur lequel j'aimerais vous entendre, puis j'ai l'impression qu'on n'en parle jamais, puis, pour moi, il y a comme un genre de mystère là-dedans, là, c'est les fameux PREM, les plans régionaux d'effectifs médicaux. Bon, moi, j'avais fait des revendications, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, parce que Jonquière, le territoire de Jonquière, dans ma circonscription, était celui qui avait le plus de gens en attente au guichet d'accès unique, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, dans tous les territoires. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, dans tous les territoires des établissements, c'est Jonquière qui avait la plus grande liste d'attente. Et là j'ai découvert cette espèce de bibitte, là, qu'on appelle le PREM, le plan régional d'effectifs médicaux. Mais comment on peut le revoir, ça? C'est quoi, la mécanique? Parce que, si je prends l'exemple de Jonquière, c'est un hôpital qui est un peu pris, au fond, en sandwich entre deux hôpitaux qui ont beaucoup de soins spécialisés, Chicoutimi et Alma. Et les médecins de famille qui font du temps hospitalier à Jonquière, à l'hôpital, passent beaucoup plus de temps à l'hôpital... ou avec leurs patients, plutôt, à l'hôpital parce qu'ils ne peuvent pas référer immédiatement à un spécialiste ou ils vont plutôt y aller par essais et erreurs, en appelant le spécialiste, qui va dire : Ah! bien... le pneumologue va dire : Essaie telle technique, etc., de sorte que ce n'est comme pas reconnu, ça. Et ce que je comprends, c'est qu'il faut revoir le plan régional d'effectifs médicaux en fonction des réalités locales des établissements. Mais comment on fait, sur un territoire, pour dire : Bien là, on serait peut-être dus pour s'ajuster? Pour moi, il y a comme une recette, là, une recette qui m'apparaît difficile. Ça me fait penser quand j'étais jeune, ma grand-mère faisait une tarte à la colle. On ne savait pas trop comment qu'elle était faite, mais elle était excellente, la tarte à la colle, là. Puis même mes tantes, aujourd'hui, elles ne sont pas capables de me donner la recette. Puis j'ai l'impression que c'est un peu ça, c'est la tarte à la colle de ma grand-mère, sauf qu'elle est moins bonne, là, dans le cas du PREM. Donc, j'aimerais connaître la recette.

Des voix : ...

Le Président (M. Provençal) : S'il vous plaît! S'il vous plaît!

M. Gaudreault : Tarte à la colle. C'était comme une tarte à la farlouche mais pas de pâte. En tout cas...

Une voix : ...

Le Président (M. Provençal) : M. le député de Pontiac, je vous demanderais de ne pas intervenir, s'il vous plaît.

Mme McCann : M. le Président, la recette est complexe, ça, c'est sûr.

M. Gaudreault : Vous me faites penser à ma grand-mère, là. Au niveau de la recette, je veux dire.

Des voix : Ha, ha, ha!

Mme McCann : Elle est très complexe.

M. Gaudreault : Bien, c'est un compliment, remarquez, là.

Mme McCann : C'est correct. Moi, j'aime ça, les grands-mères. Mais j'ai dû me faire expliquer, d'ailleurs, longuement comment on organise les PREM, au Québec, et là j'ai l'impression de comprendre un peu mieux. Mais c'est

quand même... écoutez, c'est préoccupant, parce que la première chose qu'il faut dire, là, c'est que, si on regarde juste les médecins de famille, on n'en a pas assez, au Québec, avec l'organisation actuelle. Il nous en manque probablement 200, au Québec. Avec les médecins qui partent à la retraite, le nombre de finissants qui arrivent, là, il y a un écart de 200, donc on n'est pas capables de combler au complet, premièrement. Et, les finissants qui arrivent, c'est des postes, hein, qui ont été attribués par région, mais c'est le DRMG, c'est le chef du DRMG qui organise ça au niveau de sa région. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, c'est le chef du DRMG qui organise au niveau de sa région.

• (21 h 30) •

M. Gaudreault : Bien, en fait, j'ai pris le Saguenay—Lac-Saint-Jean comme exemple parce que c'est celui que je connais le plus, mais ma question s'adresse à l'ensemble du Québec. Est-ce qu'il y a une mécanique, je dirais, obligatoire, où on dit : Bon, bien là, ça fait, je ne sais pas, moi, disons, trois ans que le PREM est fixé, donc on le révisé obligatoirement, ou il y a eu des changements importants, une usine qui a fermé, donc une augmentation, par exemple, du taux d'inactivité, d'emploi, on va revoir le PREM sur le territoire, ou, je ne sais pas, moi, il y a eu des nouveaux développements urbains, donc beaucoup de nouvelles familles avec des jeunes bébés, par exemple, on dit : On va revoir le PREM en fonction de ça? Est-ce qu'on pourrait se donner une forme de délai de rigueur pour dire : Bien là, on va revoir le PREM parce que ça affecte la location des médecins sur le territoire en fonction des réalités locales? Parce que, sinon, le PREM, là, c'est comme un mystère.

Mme McCann : Je comprends, parce que c'est complexe, mais c'est révisé chaque année. Je pense que...

M. Gaudreault : Le PREM est révisé chaque année?

Mme McCann : Le PREM est révisé chaque année. Ça, je peux rassurer mon collègue, là, que le PREM est révisé chaque année. Puis il y a vraiment un exercice qui est fait, complet, qui tient compte de la démographie, des changements, des médecins qui partent à la retraite. Alors, il y a vraiment une révision qui est faite des PREM chaque année, et c'est un exercice qui est très rigoureux.

Mais nous sommes dans une situation où il manque de médecins. Dans le contexte actuel, on sait qu'il y a... sur environ 10 000 médecins de famille, il y en a 4 000 qui ont 1 000 patients et moins, donc qui travaillent à temps partiel, sans compter d'autres activités, là, parce qu'il y a aussi d'autres activités, mais mettons ça à part. Donc, on a une pénurie au niveau des médecins de famille. C'est pour ça que je dis tout le temps que ce qu'il faut faire, c'est modifier la pratique médicale. Parce que les médecins, dans le système de rémunération actuel, là, il faut qu'ils fassent venir le patient, la rémunération est basée là-dessus, à l'acte, et là, ça, ça prend beaucoup de temps. Dans plusieurs circonstances, il faut faire venir le patient, mais, dans d'autres, on peut prendre le téléphone, on peut aller avec des systèmes Internet. Ça gagne beaucoup de temps pour le patient et pour le médecin.

C'est comme ça qu'on va faire des gains au Québec au niveau de l'offre de services. Avec le même temps passé au cabinet en première ligne par le médecin, il va pouvoir prendre davantage de patients à charge, déléguer à d'autres professionnels comme des IPS. C'est la réforme qu'on veut faire. Parce que, si on reste avec la même organisation, il nous manque 200 médecins au moins par année, et on va avoir des difficultés à couvrir. Mais là il y a de l'espoir avec l'annonce de ce matin. Les IPS vont en faire davantage, puis on va avoir davantage d'IPS. On va commencer à voir un peu de lumière au bout du tunnel.

M. Gaudreault : Bien, vous savez, on a salué l'annonce d'aujourd'hui, mais mon expérience parlementaire m'enseigne que je demeure prudent jusqu'à ce qu'on ait étudié le projet de loi et qu'on ait réussi à l'adopter à l'Assemblée nationale. Alors, on va voir, on va juger l'arbre à ses fruits quand le projet de loi sera effectivement déposé. Et je souhaite que la ministre pourra déposer ce projet de loi sur les IPS et les médecins bientôt.

Ce qui m'amène à un autre point, les enjeux d'oncologie. Le plan stratégique du MSSS 2015-2020 annonce que 90 % des patients traités par chirurgie oncologique devraient être traités dans un délai de 28 jours de calendrier. On comprend cet enjeu-là, je veux dire, quand on est dans une situation de chirurgie reliée à un cancer, il ne faut pas que ça niaise. Donc, cependant, les derniers chiffres que nous avons en date du 1er avril 2018, on était à 65 %, effectivement. Exact : 1er avril 2018, 65 % pour l'ensemble du Québec, alors on est quand même loin de la cible, là. De 65 % à 90 %, il y a tout un chemin à faire pour les interventions dans un délai de 28 jours en chirurgie en oncologie. Alors, est-ce que la ministre peut nous dire sa stratégie spécifique pour cet enjeu-là pour les chirurgies oncologiques?

Le Président (M. Provençal) : ...pour répondre, Mme la ministre.

Mme McCann : On a du travail à faire, effectivement, M. le Président, et on doit regarder également les différentes régions. Il y a huit établissements dont le délai moyen est de 32 jours... de 30 à 39 jours, là, et ça, évidemment, il faut vraiment l'améliorer, vraiment l'améliorer. En 2018-2019, pour l'ensemble du Québec en chirurgie oncologique, le délai était de 27 jours, mais il y a des établissements qui sont au-dessus de ça, et c'est ça qu'il faut travailler beaucoup.

Et il y a des problématiques qui requièrent de la chirurgie en oncologie qui sont faites de façon prioritaire. Je pense que ça, il faut le dire pour rassurer la population que, quand des pathologies demandent une chirurgie rapide, urgente, pressante, on le fait. Mais il y a d'autres types de chirurgies en oncologie où est-ce qu'on a de l'amélioration à faire. Pour les cas plus urgents, c'est fait vraiment dans les meilleurs délais. Donc, on est à pied d'oeuvre pour travailler à diminuer les délais en oncologie.

Le Président (M. Provençal) : Merci, Mme la ministre. Je vais céder maintenant la parole au gouvernement pour le huitième bloc de 18 minutes, alors, la députée de Roberval.

Mme Guillemette : Merci, M. le Président. Donc, Mme la ministre, en 2020, le Plan de développement 2015-2020 en soins palliatifs et de fin de vie vient à échéance. Donc, de nombreux groupes professionnels et de la santé réclament des changements. Les médecins de famille, entre autres, qui veulent faire des soins palliatifs doivent faire de la prise en charge en première ligne. Ça devient très difficile d'établir un juste équilibre entre les deux. Et au Québec on a 896 lits réservés en soins palliatifs, et il y a seulement 11 % des patients québécois qui ont accès aux soins de confort à leur maison ou en CHSLD. Donc, la cible du gouvernement à atteindre est de 20 %. Donc, comment faire pour atteindre les cibles, les objectifs d'équité et l'accès en soins palliatifs?

Mme McCann : M. le Président, je pense que, dans le contexte actuel, même depuis plusieurs années, là, il est important d'améliorer nos services en soins palliatifs, on en a parlé lors du dépôt, là, du rapport de la commission soins de vie, parce qu'on voit que, dans certaines régions du Québec, il y a encore du travail à faire au niveau des soins palliatifs. Et on doit développer les soins palliatifs en général, incluant les soins palliatifs à domicile aussi, c'est une priorité.

On va poursuivre le plan d'action. Il y a un plan d'action 2015-2020. On veut avoir une approche palliative intégrée, centrée, évidemment, sur le patient, mais aussi sur les proches. On doit, évidemment, prendre en considération non seulement les besoins physiques, mais aussi les besoins psychologiques et spirituels. Il faut décloisonner les pratiques.

Et évidemment l'interdisciplinarité, c'est très important, là, au niveau de l'approche en soins palliatifs. Alors, on a mis en place un groupe de travail, le Groupe de travail national sur l'amélioration de l'accès équitable et de qualité en soins palliatifs et de fin de vie. Alors, ça a été mis en place, je l'ai annoncé le 21 décembre dernier, et la mission, c'est d'améliorer une démarche multidisciplinaire en soins palliatifs. Ce groupe de travail va déterminer les besoins pour toutes les clientèles sur l'ensemble du continuum. On va cibler des aspects prioritaires à présenter, là, dans le plan d'action du ministère de la Santé, au niveau de l'accès équitable, là, à ces services. Alors, il y a eu déjà trois ateliers qui ont été réalisés par le groupe de travail et qui vont déterminer, évidemment, un plan d'action. Ça va être une réponse, là, aux constats qui ont été faits par la Commission sur les soins de fin de vie et qui ont été déposés, comme vous vous en rappelez, à l'Assemblée nationale le 3 avril dernier.

• (21 h 40) •

Alors, on a beaucoup de défis parce que, d'ici 2030, il y a 25 % des Québécois qui vont être âgés de 65 ans et plus, il va y avoir 2,7 millions de Québécois qui vont avoir une multimorbidité, dont 25 % avec plus que trois maladies chroniques. Les plus récentes données, là, parlent d'une hausse des maladies chroniques autres que le cancer, dont les tumeurs, l'appareil respiratoire, des maladies cardiovasculaires. Alors, le nombre de décès au Québec, pour l'année 2012, était à 60 800, donc il y a une augmentation, par rapport à l'an 2000, de 14 %, et on pense qu'évidemment il y aura augmentation, là, au fil du temps.

Alors, des facteurs comme le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'avancement des thérapies curatives, évidemment, qui donnent lieu à davantage de services ou de soins palliatifs, ça va augmenter les besoins et ça interpelle, évidemment, le ministère. Les principes directeurs, là, du comité de travail, c'est que la personne qui présente une maladie à pronostic réservé doit pouvoir compter sur le soutien du réseau, pour lui assurer des services de proximité au sein de sa communauté.

Alors, c'est vraiment les soins palliatifs dans un sens plus large, hein, dont on parle aujourd'hui. Les soins palliatifs et de fin de vie s'inscrivent dans un continuum de soins où les besoins et les choix des personnes sont placés au cœur de la planification et de l'organisation de la prestation de services afin d'assurer un accompagnement de qualité, adapté à sa condition de vie et en fin de vie aussi, et à une approche collaborative et intégrée dans des soins palliatifs de fin de vie, le maintien et l'accompagnement des personnes aussi jusqu'à la fin de leur vie dans leur communauté, si elles le souhaitent, et ça doit être privilégié. Le soutien accordé aux proches, aussi bien sur le plan physique que moral, pendant l'évolution de la maladie, ça, c'est un incontournable, et les actions des services de santé et services sociaux doivent avoir comme objectif de produire une valeur pour l'utilisateur et ses proches en réponse à des besoins de santé et de bien-être.

Alors, les grandes priorités qui ont été identifiées à mi-parcours par le groupe de travail, j'aimerais que la sous-ministre adjointe vienne vous en parler quelques minutes parce que je pense qu'il y a des avancées intéressantes. Et on va prendre quelques minutes pour l'écouter, avec le consentement des collègues.

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

M. Fortin : ...des questions au sous-ministre adjoint. Alors, je pense que c'est...

Le Président (M. Provençal) : Il n'y a pas de consentement?

M. Fortin : Il n'y a pas de consentement pour l'instant.

Le Président (M. Provençal) : Pas de consentement.

Mme McCann : M. le Président, moi, ce qu'on me dit, c'est que la tradition parlementaire est à l'effet que les oppositions, habituellement, donnent leur consentement pour qu'on ait davantage d'information sur un dossier particulier. Alors, je pense que c'est normal, là, dans le cadre de l'étude des crédits, qu'on puisse demander à une sous-ministre adjointe de venir nous donner davantage d'information sur un dossier d'intérêt public.

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre, je dois vous rappeler que, pour qu'il y ait une personne autre que celles qui sont déjà admises, ça prend le consentement autour de la table. Et je n'ai pas le consentement, je ne peux donc permettre à la personne du ministère de venir donner une réponse ou de venir faire une présentation.

M. Fortin : ...forme, si vous le permettez, pendant que la ministre cherche sa réponse, ça nous est arrivé deux fois en deux jours que le gouvernement a refusé le consentement pour un des fonctionnaires, alors c'est la seule raison pour laquelle on s'oppose au consentement en ce moment.

Le Président (M. Provençal) : ...de toute façon, je voulais simplement rappeler à Mme la ministre qu'il y a une règle qui dit : pas de consentement, donc, je ne peux pas admettre la personne.

Mme McCann : Je vais faire un dernier commentaire juste pour rappeler que, le député de Pontiac, là, quand il était ministre des Transports, il y a eu une étude de crédits, et il a demandé le consentement aux parlementaires à trois reprises, et ça lui a été consenti. Alors, c'est un bris de tradition parlementaire, là, qu'on peut invoquer.

Mme Guillemette : ...que j'aimerais vous entretenir, donc, c'est un sujet qui me tient à coeur également. J'ai travaillé pendant 15 ans dans une clinique dentaire comme coordonnatrice et j'ai vu les effets dévastateurs des traitements d'oncologie sur nos jeunes qui sont en traitement. Donc, il y a 300 enfants qui reçoivent des diagnostics de cancer à chaque année, et 15 % d'entre eux développent des séquelles buccodentaires. Souvent, les traitements arrivent dans une phase de développement critique du développement dentaire, l'os, les tissus mous, donc ils entraînent ces problèmes-là souvent tout au long de leur vie. Et la bouche, bien, ça fait partie du système digestif, donc ça engendre d'autres problèmes.

J'aimerais savoir, avec le nouveau programme buccodentaire que vous avez implanté, quand les patients qui présentent des séquelles aujourd'hui auront-ils accès aux soins et comment devront-ils s'y prendre.

Le Président (M. Provençal) : Vous pouvez y aller, Mme la ministre.

Mme McCann : Merci pour la question, parce que ça, ça a été une annonce qui m'a beaucoup touchée. On parle de 300 enfants, là, qui reçoivent un diagnostic de cancer chaque année, et j'ai eu l'occasion de rencontrer l'un d'entre eux. C'est sûr que, quand on a des traitements, là, comme ceux qu'ont reçus ces enfants, des traitements oncologiques, ça peut évidemment beaucoup affecter le développement puis la croissance buccodentaire parce que les traitements ont lieu pendant une période critique, là, du développement dentaire, et donc l'impact est très réel. Et il y a des séquelles importantes, là, qui peuvent survenir après des années, survenir plusieurs années après, même, un cancer chez l'enfant.

Alors, ce sont des soins qui, quand ils ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance maladie, donc, dans le passé, coûtent... coûtaient beaucoup d'argent. Et il y a des familles, évidemment, qui n'étaient pas capables de se payer ces traitements, et ça a même fait l'objet d'un reportage que plusieurs d'entre nous ont vu à *La facture*, là, en décembre dernier. Et, nous, ça nous a beaucoup touchés parce qu'il y avait là, en quelque part, une situation qu'on ne trouvait peut-être pas tout à fait normale, là. Et donc nous, on veut vraiment offrir des services, hein, adaptés pour l'ensemble des Québécois. Et d'habitude la Régie de l'assurance maladie va couvrir, là, pour des enfants de moins de 10 ans, mais elle ne couvre pas les soins orthodontiques, là, les implants. Mais les traitements pour ces enfants, là, survivants du cancer, ça coûtait des sommes extrêmement faramineuses.

• (21 h 50) •

Alors, évidemment, on a étudié le dossier et on a annoncé, le 18 janvier dernier, qu'il y a un programme qu'on mettait en place et qu'on mettait en place à partir, là, du 1er avril 2019. Nous, on trouvait qu'en mettant en place ce programme-là on réparait une injustice, une injustice parce qu'on trouvait, là, que, là, il y avait un fardeau pour les familles et qu'on devait faire quelque chose. Alors, on a créé ce nouveau programme puis on l'a mis sur pied suite aux recommandations du Comité de travail sur la prise en charge des séquelles buccodentaires des survivants de cancers pédiatriques. Ça, ça a été mis en place par la Direction générale de cancérologie et ça a été présidé par Leucan. C'est un organisme qui nous a beaucoup aidés et qui aide beaucoup, là, au niveau, là, de tout ce qui tourne autour du cancer. J'ai eu l'occasion de rencontrer sa représentante, ils se sont beaucoup investis dans ce dossier-là comme dans beaucoup d'autres.

Et ce programme-là, il s'adresse aux personnes qui ont eu un diagnostic de cancer avant l'âge de 18 ans et qui sont nées après le 1er janvier 1990, donc qui ont soit un risque de développer des séquelles buccodentaires primaires associées au cancer ou aux traitements oncologiques reçus ou développé des séquelles buccodentaires primaires associées à ce cancer ou aux traitements oncologiques reçus. Alors, ils doivent être référés, ces patients, au programme par un professionnel de la santé. Alors, pour connaître la marche à suivre, le patient ou le professionnel, il doit contacter les responsables du programme, et il y a une ligne téléphonique, là, qui est opérée à Sainte-Justine. Évidemment, les demandes peuvent être accueillies, recueillies, là, dès maintenant. Et c'est déjà commencé, et les plans de traitement vont être fonctionnels d'ici juin 2019.

Alors, il faut noter que les soins nécessaires au traitement des cancers, ils vont s'inscrire dans un plan de traitement complexe qui peut dans plusieurs cas, il faut le dire, s'échelonner sur plusieurs années. Alors, ces soins-là, ils sont bien importants pour la qualité de vie, on le sait, mais ils ne sont généralement pas urgents. Alors, là-dessus, il n'y a pas une anxiété à faire, là, s'il y a un peu d'attente. Et il faut aussi souligner que les services préventifs et curatifs nécessaires pendant la période, là, de péroncologie, donc avant et après les traitements, et qui nécessitent une prise en charge rapide vont toujours être accessibles par l'intermédiaire du programme depuis le 1er avril 2019.

Alors, selon les modalités d'admissibilité et d'autorisation prévues, le programme, voici ce qu'il couvre pour les patients lors des trois périodes différentes de leur parcours de soins. Il y a d'abord la période péroncologique, qui inclut les services préventifs et curatifs requis en vue des traitements oncologiques pour réduire les risques de complication liés au traitement. Ensuite, il y a une période de surveillance pour les patients présentant un risque de développer des séquelles buccodentaires oncologiques, et ça, ça inclut un examen annuel pendant la période précédant l'apparition des séquelles. Puis il y a une période de traitement des séquelles buccodentaires qui inclut les soins prévus au plan de traitement personnalisé qui va devoir préalablement avoir été approuvé par le comité clinique du programme.

Alors, il y a beaucoup de modalités à mettre en place, et on est en travaux, actuellement, pour les mettre complètement en place. Mais la couverture, donc le paiement des services, dans les centres pédiatriques pour la période péroncologique est déjà mise en place. Alors, c'est débuté, et ce volet-là, évidemment, il inclut les services préventifs, curatifs pendant et après les traitements oncologiques. Et les patients actuellement traités pour leur cancer, ils vont avoir aussi accès aux services préventifs. Le déploiement d'une ligne téléphonique au CHU de Sainte-Justine est déjà accessible aux patients, aux cliniciens. Puis il y a de l'information qui est donnée sur le programme, c'est diffusé sur la page Web du ministère, du gouvernement.

Alors, comme on l'a annoncé en janvier 2018, le programme va prendre forme par un projet de démonstration pour les trois premières années. Ça va nous permettre de réviser les modalités, parce que c'est un nouveau programme, et ça va être assuré, la gestion de tout ce programme-là, par le ministère, toujours en collaboration avec le CHU de Sainte-Justine puis la participation des autres établissements, hein, pédiatries oncologiques du réseau de cancérologie du Québec.

Alors, nous, on a prévu une enveloppe suffisante cette année pour couvrir les frais, les coûts, ce qui doit être couvert autant au niveau de la prévention que des chirurgies et des traitements nécessaires pour les survivants du cancer. Les coûts annuels du programme, ils sont passés, donc, de 559 000 \$ en 2009-2010, à 1 067 000 \$ en 2017-2018. Et c'est en mars 2019 qu'on a une allocation au budget provincial de 2019-2020 d'un montant de 2 millions par année à compter de 2019-2020, évidemment, pour mettre en place le programme.

Le Président (M. Provençal) : ...beaucoup, Mme la ministre, pour l'ensemble de vos explications. Nous en sommes au cinquième bloc de l'opposition officielle. Alors, vous disposez, M. le député de Pontiac, de 20 minutes. À vous la parole.

M. Fortin : Merci. Merci, M. le Président. Ce soir, j'ai quelques projets bien spécifiques pour lesquels je pense qu'il y a bien des citoyens dans ces régions-là qui aimeraient des précisions quant aux échéanciers ou quant aux prochaines étapes pour les différents projets. Vous le savez, c'est des projets... bien, en fait, ce sont des projets majeurs, des projets qui, entre autres, sont inscrits au Plan québécois des infrastructures.

Je commence avec le centre mère-enfant de Sherbrooke, un projet qui est inscrit dans les documents budgétaires, dans le Plan québécois d'infrastructures qui a été déposé en mars, qui est inscrit comme en réalisation, hein? Il y a trois phases, au PQI, là : à l'étude, en planification, en réalisation. Ce projet-là est en réalisation. Et, si vous êtes allés sur le site, effectivement, ça a l'air d'un projet qui est en réalisation, là. Il y a des travaux qui se font sur le site en ce moment ou jusqu'à il n'y a pas très longtemps.

Dans les documents budgétaires, réalisation, donc, premier patient vu, 2021. Aujourd'hui, maintenant, à travers les médias et en Chambre, on parle de 2024. Donc, dans le dernier mois, là, dans le dernier mois et demi, il s'est passé quelque chose pour qu'on passe de premier patient, 2021, à premier patient en 2024 ou 2025, si on se fie aux médias de la région.

Alors, la ministre nous parle d'un changement de processus. Si je comprends bien, là, l'appel d'offres était plus élevé qu'attendu. Le gouvernement dit : On est responsables, alors on va lancer un processus différent. J'aimerais ça savoir c'est quoi, le processus différent qui fait en sorte que ça va prendre trois ou quatre ans de plus.

Le Président (M. Provençal) : Mme la ministre, s'il vous plaît.

Mme McCann : Oui, M. le Président. D'ailleurs, on en a parlé en période de questions, j'avais mentionné, à ce moment-là, que ce qui s'est produit dans le projet du centre mère-enfant, c'est que, lors du premier appel d'offres, il y a eu un soumissionnaire, et le soumissionnaire... la soumission que nous avons eue, le coût était vraiment, par des dizaines de millions, plus élevé, beaucoup plus élevé que ce à quoi on s'attendait, là, d'un coup, et ça, je l'avais dit en période de questions. C'est l'argent des contribuables, là, et, vous savez, plusieurs dizaines de millions, ça pourrait servir à d'autres projets, là, au niveau du Québec.

Alors, nous avons dû reprendre les travaux là-dessus, et il a lancé un nouvel appel d'offres par lots. Et on réalise bien, là, que cet appel d'offres, là, il y a des délais additionnels assez longs, et c'est un projet qui est dirigé par la Société québécoise d'infrastructures. Et moi, je suis prête à interpeler la Société québécoise d'infrastructures là-dessus parce que j'aimerais bien que les délais soient réduits et je suis préoccupée de l'échéancier du projet. Alors, je vais interpeler la Société québécoise d'infrastructures pour qu'on diminue les délais dans ce projet avec ce nouvel appel d'offres par lots.

M. Fortin : Est-ce qu'on vous a... est-ce qu'on a expliqué à la ministre pourquoi, pourquoi ça prenait trois ou quatre ans de plus dans... quand on a changé le mode... On est venu voir la ministre puis on a dit : O.K., on a un enjeu, les coûts sont trop élevés, pas de problème avec ça. Mais est-ce qu'on vous a expliqué, entre-temps... est-ce qu'on a expliqué à la ministre pourquoi ça prenait trois à quatre ans de plus? Et, si elle est prête à s'opposer aujourd'hui à ce délai, est-ce qu'elle l'a fait initialement? Est-ce que les députés de la région... bon, j'imagine, ont fait pression sur vous pour que ça aille plus vite, c'est le travail d'un député de la région, mais est-ce que vous, vous avez posé une question en disant : Bien voyons, ça n'a pas de bon sens, trois, quatre ans, là, êtes-vous capables de nous raccourcir ça?, avant de mettre cette date-là dans la sphère publique?

Mme McCann : C'est sûr que, M. le Président, c'est préoccupant, les délais et le décalage de 34 mois, là, dont on parle. On parle de 17 mois de décalage entre le début du projet en mode CCF et la reprise du projet au niveau, là, du nouveau mode de réalisation en gérance de construction, hein? Le premier projet, l'appel d'offres qu'on a fait, initial, c'était un mode de conception-construction, ça va plus vite. Le nouveau, c'est par lots, on a dû retourner en appel d'offres, on l'a fait sous une nouvelle modalité. Alors, le décalage de 17 mois, là, entre le début du projet puis la reprise, évidemment, le... Il y a

10 mois de plus pour la réalisation des plans et devis. On pense que l'échéancier initial était sous-estimé dans le premier appel d'offres. Et, le sept mois de plus pour la construction, là aussi, on pense que c'était sous-estimé lors du premier appel d'offres. Mais, nonobstant, là, ce que je viens de dire, je vais interpeler la Société québécoise d'infrastructures pour diminuer les délais, notamment le 17 mois dont on parle.

M. Fortin : Si je comprends bien, vous allez interpeler la SQI, mais pour l'instant, là, pour l'instant, l'échéancier, c'est 2024 puis 2025, là. Mais vous allez interpeler, si j'ai bien compris?

Mme McCann : Je vais interpeler.

M. Fortin : O.K. C'est bon. C'est quoi, votre objectif? Qu'est-ce que vous aimeriez?

Mme McCann : Diminuer les délais.

• (22 heures) •

M. Fortin : O.K., c'est bon. O.K. Vaudreuil, on a parlé de l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges un petit peu plus tôt. Vaudreuil-Soulanges, là, je veux juste bien comprendre les propos que vous avez dits, il a été annoncé... Et vous pouvez me dire, Mme la ministre... M. le Président, la ministre peut me dire... Si j'ai bien compris ce qu'elle a dit, ce qu'elle a dit, c'est : Le gouvernement précédent a annoncé la construction de 404 lits à l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges, c'est ça?

Mme McCann : C'est le gouvernement précédent qui a annoncé les 404 lits, oui, effectivement. J'ai pu faire une erreur, là, dans ma première intervention tout à l'heure.

M. Fortin : Très bien, merci. À ce moment-ci, le début des travaux est prévu pour quand? Le début des travaux de construction, avec le délai, là, qui est imputé au fait que vous avez pensé changer de terrain pendant un bout de temps, vous êtes revenus au terrain initial, le début de la construction est prévu pour quand?

Mme McCann : Je l'ai mentionné tout à l'heure, M. le Président, le début des travaux de construction est prévu pour 2022.

M. Fortin : En campagne électorale, en campagne électorale, le premier ministre, aujourd'hui le premier ministre, là, a dit, et je le cite : «Il faut faciliter la bureaucratie[...], la construction pourra se faire. [Et] ça prend des résultats.» Alors, lui disait, en campagne électorale, que 2022, c'était trop loin, il disait : «Il faut faciliter la bureaucratie...» Est-ce qu'il vous a demandé de faciliter la bureaucratie dans ce dossier-là? Et comment?

Mme McCann : C'est sûr, M. le Président, là, qu'on fait tout pour accélérer les projets. À ce moment-ci, la construction de l'hôpital de Vaudreuil est prévue pour 2022. On va évidemment suivre le projet de façon très serrée parce qu'il y a des besoins importants dans ce secteur-là. À ce moment-ci, c'est 2022 pour le début de la construction.

M. Fortin : Construction de quatre ans environ pour se terminer en 2026 à l'hôpital de Vaudreuil-Soulanges?

Mme McCann : La construction devrait se terminer en 2026.

M. Fortin : Très bien. Pouvez-vous m'expliquer... Là, on a deux projets, là, un qui est en réalisation, celui du centre mère-enfant, et, en ce moment, l'échéancier, et je conviens que vous aimeriez le diminuer, là, mais, en ce moment, l'échéancier, c'est 2024 ou 2025, l'hôpital de Vaudreuil, l'échéancier, c'est 2026. L'hôpital de Vaudreuil, en planification, j'imagine, dans le PQI, si je ne me trompe pas, là? En tout cas, en planification...

Mme McCann : Oui, il est en planification, l'hôpital de Vaudreuil.

M. Fortin : Campagne électorale, vous avez promis... ou bien votre parti, là, la Coalition avenir Québec, a promis un nouvel hôpital à Gatineau, hein? 19 août, là, *Le Droit* titrait *Legault promet... Le premier ministre promet un hôpital*. Le 19 octobre, après la campagne électorale : un nouvel hôpital fonctionnel en cinq ans. Là, vous avez un centre mère-enfant fonctionnel en cinq ans, six ans peut-être, vous avez un hôpital plus grand, j'en conviens, fonctionnel en sept ans et qui est déjà en planification. Le projet du nouvel hôpital à Gatineau, vous venez tout juste de l'inscrire au Plan québécois des infrastructures. Il est à l'étude, il n'y a pas de terrain d'identifié. On ne sait pas si ça va être un hôpital, si ça va être des ajouts d'étages. On ne sait pas exactement ça va être quoi. Comment vous êtes capable de dire aux gens de l'Outaouais aujourd'hui que ce projet-là va être en service en 2023, donc un an ou deux ans avant le centre mère-enfant et trois ans avant l'hôpital de Vaudreuil, sur lequel le gouvernement travaille depuis des années?

Mme McCann : M. le Président, c'est difficile de comparer, hein, un projet et l'autre, hein, parce qu'on parle de contextes différents, d'enjeux différents. Alors, le projet de l'hôpital de l'Outaouais ou du secteur hospitalier de l'Outaouais... On attend d'ailleurs le projet clinique, là, du CISSS de l'Outaouais, qui devrait nous être déposé à la fin juin, et on veut que ça se fasse aussi rapidement. On le voit, là, c'est des secteurs, là, où est-ce qu'il y a un besoin au niveau du secteur hospitalier, autant, comme mon collègue le mentionne, au niveau de l'Outaouais, qu'au niveau de la Montérégie-Ouest, qu'au niveau du centre mère-enfant.

Alors, chaque projet a des enjeux différents. Comme je mentionnais pour le centre mère-enfant, moi, je vais interpeler la SQI. Mais, chaque projet, on le suit de façon très serrée et on veut vraiment que ce soit fait dans les meilleurs délais, mais chaque projet a des réalités différentes.

M. Fortin : Ce qui me chicote dans cette histoire-là, c'est que vous avez dit, votre parti a dit, le premier ministre a dit aux gens de l'Outaouais : Vous allez avoir un hôpital en fonction en cinq ans, un hôpital de 170 lits. Bien, quand on parle d'un hôpital, là, d'habitude il y a une urgence qui vient avec ça, d'habitude il y a d'autres services qui viennent avec ça. Vous allez avoir un hôpital en service en cinq ans, mais vous le savez très bien que vous ne pouvez pas, on est rendus à quatre ans. Parce qu'il parlait de 2023, là, bien, vous savez très bien que vous ne pouvez pas garantir ça. Dans le projet du centre mère-enfant, là, entre la date du budget, là, il y a un mois et demi et aujourd'hui, là, vient d'apparaître comme ça un délai de trois ans. Comment vous êtes capable de dire aux gens de l'Outaouais : Ça va être en service en quatre ans?

Mme McCann : Bien, M. le Président, je pense qu'il faut bien noter que ce qui s'est passé pour le centre mère-enfant, là, c'est un changement de processus de réalisation. On est passés d'un appel d'offres en conception, construction à un appel d'offres par lots avec la SQI. Et je viens de dire, là, que je vais interpeler la SQI là-dessus pour diminuer les délais. Ce n'est pas la réalité, actuellement, en Outaouais ni à Vaudreuil. Alors, on ne peut pas comparer ces trois projets, là, chaque projet a ses réalités particulières.

M. Fortin : ...vous maintenez aujourd'hui que le nouvel hôpital en Outaouais va être en fonction en 2023?

Mme McCann : Ce que je maintiens aujourd'hui, c'est qu'il va être réalisé dans les plus brefs délais, parce qu'on doit recevoir le projet clinique d'abord et avant tout et voir qu'est-ce qu'il y a à faire comme construction. Je pense que c'est raisonnable et responsable de répondre de cette façon quand on a un projet dont on attend le projet clinique, actuellement. Et on l'a dit, et je l'ai dit à la population de l'Outaouais, on va le faire dans les meilleurs délais.

M. Fortin : Vous me dites : C'est raisonnable et responsable de ne pas répondre à ma question et de ne pas dire : Ça va être construit en 2023. Pourtant, c'est ce que le ministre responsable de l'Outaouais véhicule aux gens de l'Outaouais, c'est ce que les députés de la région disent aux gens de l'Outaouais, c'est : Ça va être complété en 2023. Puis vous êtes en train de me dire : Ce n'est pas raisonnable, ce n'est pas responsable, je ne m'engage pas à 2023. Est-ce que vous avez une date limite, là, je ne veux pas dire 2023 aujourd'hui, mais je vous dis : Ça n'ira pas plus loin que x? Est-ce que vous avez une date, là, butoir, ça va être fini, il n'y a pas de chance que ça dépasse cette date-là, qui n'est pas 2023?

Mme McCann : M. le Président, 2023 est une date qui est réaliste. Mais il faut rester aussi réalistes dans nos propos parce que c'est un projet, là, qui débute. Donc, 2023, si c'est invoqué, oui, effectivement, c'est réaliste de penser que c'est réalisable. Mais mon collègue député de Pontiac s'attache beaucoup à des délais, des dates. Nous, ce qu'on dit, c'est qu'on est pragmatiques et qu'on veut que ça se réalise dans les meilleurs délais.

M. Fortin : ...la date, c'est vous, Mme la ministre, c'est votre parti, c'est votre premier ministre, c'est vos candidats, vos députés de la région qui l'avancent, cette date-là.

Mme McCann : Alors, M. le Président, donc, la question n'est pas nécessairement pertinente, là. Si on a parlé de 2023, c'est que c'est une date réaliste, donc on va tout faire pour que ça se réalise en 2023.

M. Fortin : Très bien. On a un projet à l'étude, pour lequel on ne sait pas où on va le construire. On ne sait pas si ça va être un hôpital, ou si on va rajouter des étages sur un édifice existant, ou si on va simplement ajouter à un hôpital déjà en fonction, mais on va faire ça en quatre ans. Et, de l'autre côté, on a un hôpital à Vaudreuil, pour lequel on a un terrain, qu'on va faire en huit ans. C'est la comparaison que je tire. Je comprends que c'est un plus grand hôpital, mais, quand même, j'ai hâte de voir comment se dessine le projet de Gatineau au cours des prochaines années. C'est vrai qu'il y a un besoin. C'est vrai que les citoyens s'attendent à ça rapidement parce que ça a été promis par la Coalition avenir Québec. Je comprends que leur engagement, aujourd'hui, est encore 2023. Même si la ministre nous dit que ce n'est peut-être pas responsable de s'avancer comme ça, c'est quand même ce qu'elle fait aujourd'hui.

Une voix : ...

• (22 h 10) •

M. Fortin : Cinq minutes? Je veux vous parler d'un enjeu qui est ressorti dans les médias cette semaine : Fortierville, Fortierville, un CLSC avec une urgence 24/7. 350 citoyens se sont présentés lundi à une assemblée publique. 350 personnes, à Fortierville, c'est du monde. En 2019, on ne voit pas des assemblées citoyennes de cette taille-là souvent dans des villages de la taille de... dans des villes de la taille de Fortierville. Alors, ce qu'ils entendent du CISSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, c'est qu'il n'y en aura plus, d'urgence 24/7, c'est qu'entre minuit puis 6 heures, là, oubliez ça, vous avez une crise cardiaque, vous ne vous rendez pas à l'urgence là, vous avez un petit qui est malade, vous n'irez pas à l'urgence là, vous avez un accident, vous n'irez pas à l'urgence là, vous allez faire 100 kilomètres pour vous rendre à Lévis, à Drummondville ou à Trois-Rivières. Et tantôt la ministre nous disait : 100 kilomètres, c'est loin, hein, pour un patient qui a besoin de soins. De toute évidence, là, les gens de Fortierville sont attachés à l'urgence 24/7, de toute évidence, se sentent rassurés par la présence d'un médecin dans leur communauté, d'un médecin disponible 24/7. Est-ce que vous approuvez la fermeture du CLSC entre minuit et 6 heures du matin?

Mme McCann : M. le Président, la situation à Fortierville, moi, on m'a bien informée de ce qui se passe, et ce que j'apprécie, c'est justement l'implication des citoyens puis la consultation citoyenne qui est faite à Fortierville par le P.D.G. du CIUSSS de Mauricie—Centre-du-Québec et avec les médecins aussi sur place. Et je pense d'ailleurs que la population apprécie énormément les médecins qui travaillent à Fortierville, et la population comprend aussi la situation, mais je comprends aussi la population d'être attachée à ses services de première ligne, là, et la décision n'est pas prise encore, là. On est en train de consulter la population là-dessus. On est sensibles aux besoins de la population puis on est sensibles à la situation des médecins. Parce que les médecins qui travaillent à Fortierville, ils n'habitent pas nécessairement Fortierville, ils habitent un petit peu plus loin et ils ont de la misère, actuellement, là, à voir aux services de jour, et de soir, et, en plus, de nuit.

Alors, la proposition qui a été faite par l'équipe à Fortierville, les médecins et l'équipe multidisciplinaire, mais surtout les médecins parce qu'actuellement le recrutement est difficile pour des nouveaux médecins, puis le dépannage, même, est difficile pour Fortierville, alors les médecins, ce qu'ils ont proposé, c'est qu'il y ait suspension des services entre minuit et 6 heures parce que, d'après leur évaluation, il y a à peu près, en moyenne, deux visites à l'urgence de nuit. Alors, la majorité des cas, d'ailleurs, c'est des cas mineurs, et, dans ce sens-là, ils ont pensé que de renforcer les services de jour et de soir, ce serait meilleur pour la population, et de suspendre entre minuit et 6 heures. Puis il faut d'ailleurs dire rapidement qu'il y a des services d'ambulance qui sont présents à Fortierville de façon continue la nuit aussi. Alors, ils sont en discussion, actuellement, avec la population...

Le Président (M. Provençal) : Je vais vous arrêter. Une question.

M. Fortin : M. le Président, je fais fi du commentaire de la ministre, à savoir que le médecin n'habite pas dans Fortierville. Je ne suis pas sûr que ça devrait être le critère pour savoir si on maintient l'urgence dans Fortierville ou pas. Mais de toute évidence, là, il y a des citoyens qui sont préoccupés. Je veux savoir si la ministre pense que c'est une bonne idée d'avoir un CLSC 24/7 qui passe à un CLSC qui n'est plus 24/7 partout.

Mme McCann : Bien, moi, je vais vous dire, M. le Président, que ce que j'appuie fortement dans cette situation, c'est la démarche qui est faite par l'établissement, par les médecins avec la population. Je ne vais pas me substituer à une communauté qui se mobilise pour voir à un service qui est important pour eux. Alors, je ne vais pas...

M. Fortin : Elle a raison, M. le Président, il ne faudrait pas se substituer à une communauté qui, de toute évidence, a une opposition au projet. Mais je veux savoir. Est-ce qu'elle va approuver si les médecins de la place décident, si le CISSS de Mauricie—Centre-du-Québec décide : C'est une bonne idée, on va le fermer de minuit à 6 heures? Et, si ça se répète ailleurs... Il y en a d'autres, des CLSC 24/7, il y en a en Gaspésie, il y en a chez nous, dans le Pontiac. Est-ce que c'est un modèle qu'elle aime, des CLSC 24/7 qui passent à des CLSC qui ne sont plus 24/7?

Le Président (M. Provençal) : ...le temps de réponse est...

M. Fortin : On y reviendra, alors.

Le Président (M. Provençal) : On pourra y revenir. Je m'excuse. Ça va, monsieur?

M. Fortin : ...plus tard.

Le Président (M. Provençal) : Effectivement. Alors, il nous reste environ, je dirais, 15 minutes pour terminer cette séance de travail aujourd'hui. Je cède la parole au gouvernement. Donc, la députée de... Roberval, excusez-moi.

Mme Guillemette : Merci, M. le Président. Donc, Mme la ministre, le Programme québécois de lutte contre le cancer et le Plan directeur en cancérologie établissent les fondements en termes de mission, vision, valeurs et gouvernement le Réseau de cancérologie du Québec. Donc, ces plans d'action sont le fruit d'une vaste consultation auprès des acteurs du milieu de la cancérologie et impliquent notamment les établissements du RCQ, les directions générales du ministère de la Santé et des Services sociaux de même que certaines organisations partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Donc, le budget présent, 2019-2020, permet de renforcer l'accès à des soins et des services de qualité.

Donc, l'an prochain, il y aura révision de ce plan directeur. J'aimerais savoir comment s'articule le plan d'action du programme de cancérologie actuellement, le bilan que la ministre en fait et, pour terminer, les grandes orientations que la ministre aimerait voir élaborer lors du prochain plan directeur.

Mme McCann : Votre question, ça me permet de parler de cette direction très importante au sein, là, du ministère, dirigée par le Dr Jean Latreille, qui oeuvre dans le secteur depuis de nombreuses années, qui est un leader vraiment dans le domaine. Alors, on sait que le plan d'action, là, de 2018-2019 de cette direction priorisait des actions à entreprendre, des nouvelles mais aussi des actions antérieures à poursuivre. Ça se basait, évidemment, sur le mandat général de la direction. Il fallait planifier, coordonner l'organisation des activités de cancérologie dans l'ensemble du Québec dans un modèle hiérarchisé et intégré et il fallait le faire en collaboration avec d'autres directions du ministère et pour un mandat important qui est d'assurer aux personnes qui sont touchées par le cancer des soins et des services de qualité accessibles et continus. Alors, il y avait sept principaux axes : la qualité des soins et services en cancérologie, l'accessibilité des soins et services en cancérologie, la promotion de la santé, prévention et dépistage du cancer, l'organisation efficiente des soins et services

en oncologie, les soins et services axés sur les besoins des patients, la surveillance du cancer et le réseau de oncologie par siège tumoral.

Alors, j'aimerais donner la parole à Dr Jean Latreille, qui connaît très bien le dossier et qui pourrait vous parler du bilan et des grandes orientations du plan directeur 2020. Est-ce que j'ai le consentement?

Le Président (M. Provençal) : Consentement? Consentement.

Des voix : ...

Le Président (M. Provençal) : S'il vous plaît, pas de commentaire. Merci. Alors, M. Latreille, allez-y. Je vous cède la parole.

• (22 h 20) •

M. Latreille (Jean) : Oui, bonsoir. Jean Latreille. Je suis directeur du Programme québécois de oncologie.

Écoutez, c'est difficile de... Ça remonte à 1998, on a fêté nos 20 ans l'an dernier. Il y a eu le programme de lutte contre le cancer. Il y a eu, par après, un plan directeur en 2013, et, depuis 2013, on fait des plans d'action annuellement. Le dernier est pour deux ans.

Ce qu'on est en train de faire, à la demande de la ministre, c'est de revoir le plan directeur. Donc, il va y avoir un plan directeur 2. Pourquoi est-ce qu'on veut faire ça? Bien, parce que... Tantôt, on posait la question sur la chirurgie. On s'est rendu compte qu'il y a des chirurgies que de vouloir les faire en dedans de 28 jours, ce n'est pas requis. Il y a des cancers qui évoluent très, très, très lentement, et que, donc, on peut très bien, sans nuire à la santé de la personne, attendre trois mois. Il y a même des cancers, maintenant, que les gens recommandent d'attendre, justement, pour voir comment est-ce qu'ils évoluent. Des fois, c'est des cancers bénins que tu n'as pas besoin d'agir aussi rapidement, et, d'autres, on doit agir plus rapidement. Et donc il y a comme une personnalisation des soins en oncologie, et c'est ce que la ministre nous a demandé.

Il faut, pour la chirurgie, regarder ça et catégoriser peut-être les chirurgies en fonction de la malignité. Comme elle disait tantôt, les cancers qui sont plus urgents, les gens les opèrent plus vite versus... Déjà, on voit que le réseau est en train de faire ça. Et donc on est en train, là, avec Dre Opatmy puis avec le reste des gens au ministère, de préparer une modulation de la chirurgie en fonction de la malignité des cancers. Et là ça ne sera plus 90 % en 28 jours, ce serait 100 % en 28 jours pour les cancers qui en ont besoin ou c'est 100 % en 14 jours. On va vous revenir avec ça, sans doute, l'an prochain.

L'autre enjeu qu'on a, c'est que le nombre de personnes atteintes de cancer augmente. On se rend compte aussi que le nombre de traitements augmente. On se rend compte aussi que le nombre de personnes que... grâce aux traitements, parce qu'ils sont bons, ils coûtent plus chers, mais ils sont très bons, il y a beaucoup plus de gens qui vivent avec un cancer métastatique puis il y a beaucoup plus de gens qui sont guéris, et ça veut dire que la prévalence des cas de cancer augmente de façon significative.

Les connaissances en oncologie, quand j'ai commencé, moi, c'était... les connaissances doubleraient à 25 ans, là c'est 17 mois. Alors, vous vous rendez compte qu'on ne peut plus faire comme on faisait jusqu'à tout récemment, on a un défi des connaissances, on a un défi de la complexité. On a aussi un défi qu'on parle depuis tantôt, il manque du monde partout, puis on a surtout un défi du stress que tout ça donne aux intervenants, et donc il faut... aux professionnels de la santé. C'est beau, dire qu'on travaille en équipes interprofessionnelles, mais là on est rendus à travailler en réseaux. On le dit depuis déjà depuis plusieurs années, mais là la petite tournure qu'on rajoute, c'est qu'il faut vraiment travailler en réseaux par siège tumoral.

On a expérimenté ça avec les gens de l'IUCPQ et l'Est du Québec, donc c'est le réseau de oncologie pulmonaire IUCPQ et de l'Est du Québec, des succès très probants. Les gens de l'IUCPQ ont un rôle de formation, de soutien, de supervision et d'évaluation pour le reste de l'Est du Québec. On a parti le réseau Estrie-Montérégie-Université de Sherbrooke. On est en train de partir celui du CHUM puis celui du CUSM avec leurs territoires de réseau, et on s'est rendu compte que cette façon-là de travailler, bien, ça rend plus facile l'apport de nouvelles connaissances d'une personne qui serait à Rimouski, ou en Gaspésie, ou au Saguenay, et ça permet, à ce moment-là, aux gens de maintenir un sens à leur travail, et on bâtit la résilience des équipes.

Donc, c'est là où est-ce qu'on veut aller, c'est ça qu'on veut vous écrire dans un nouveau plan directeur, et puis on pense qu'on est dans la bonne direction. D'ailleurs, si on regarde tout ce qui se passe dans le monde, là, c'est de plus en plus des réseaux comme ça qu'il faut faire, où est-ce qu'on s'entraide l'un avec l'autre, c'est faire avec les gens, c'est... Beaucoup de gens nous disent : On se sent seuls — quand c'était très ministérocentriste, là — on se sent très seuls. Bien là, on les fait travailler ensemble. Vous vousentraidez, chacun a son rôle, et c'est de même qu'on arrive avec une grande communauté où est-ce qu'il faut qu'on communique.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup.

Mme Guillemette : ...ma question, merci. Je passerais la parole à ma collègue de Lotbinière-Frontenac.

Le Président (M. Provençal) : Alors, Mme la députée.

Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) : Merci, M. le Président. Moi, je vais vous parler des campagnes antivaccination. Les récents cas de rougeole au Canada ont rappelé l'importance de la vaccination. La montée du mouvement antivaccination en Occident, motivé par des raisons religieuses ou par crainte de conséquences sur la santé, est liée au retour

de la rougeole, une maladie très contagieuse qui peut entraîner des complications médicales puis même la mort. La ville de New York annonçait récemment qu'elle obligera ses résidents à se faire vacciner. Pour le moment, le Québec n'envisage pas cette option.

Donc, face à la montée en puissance des théories antivaccinales à l'échelle de la planète et leur impact sur la santé publique, qui se traduit par une baisse de couverture vaccinale et la résurgence de la maladie, comme la rougeole, qu'on croyait éradiquée, quelles mesures envisagez-vous de mettre en place pour endiguer ce phénomène et mieux protéger la population québécoise?

Mme McCann : Bien, merci pour votre question, parce que la vaccination, c'est une mesure préventive cruciale, là, au niveau de la santé publique, au niveau de la population. Évidemment, au Québec, on cherche toujours à améliorer nos programmes de vaccination et on s'appuie sur des données scientifiques solides et des stratégies qui ont été prouvées efficaces. Alors, on a mis de l'avant, depuis longtemps, la gratuité des vaccins, là, ça, c'est une chose importante, des programmes de vaccination en milieu scolaire, lorsque c'est approprié, et la formation des professionnels de la santé, mais aussi le Registre de vaccination, qui est en train d'être implanté à travers toute la province.

Alors, le ministère, on s'intéresse aussi aux différentes mesures législatives et on analyse les différents modèles en place, ceux des États-Unis, en Europe, ailleurs au Canada, évidemment, en Ontario. Et pour mettre en place des mesures législatives, il faut qu'on ait un registre de vaccination pour toute la population, et là on n'est pas rendu encore à bon port. On poursuit nos travaux pour le mettre en place à travers le Québec.

Au niveau des mesures législatives, parce que ça revient, hein, dans la sphère publique depuis au moins une dizaine d'années, lorsqu'on voit une résurgence des maladies qui sont évitables par la vaccination dans les pays développés, on parle de la rougeole beaucoup, hein, dernièrement, mais aussi de la coqueluche, par exemple... et le phénomène croissant de l'hésitation, parce qu'on parle aussi de l'hésitation à se faire vacciner, mais même du refus de la vaccination pour des groupes de la population, ça existe malheureusement un peu plus dans la population, actuellement, alors la Direction générale de la santé publique s'intéresse aux mesures législatives. Ce sont des stratégies complémentaires à des activités qu'on a déjà, actuellement.

Il faut qu'on augmente toujours le taux de couverture vaccinale. C'est ça qui est la plus grande protection pour la population. Et, depuis 2011, on avait eu une épidémie majeure, là, de rougeole au Québec, il y avait eu 700 cas, et on avait eu des inquiétudes quant au statut d'élimination de la rougeole, ce qui était extrêmement préoccupant. C'était une épidémie qui s'était concentrée dans les milieux scolaires. Alors, on avait investi 8,7 millions dans l'opération rougeole de 2011. On avait créé un registre de vaccination pour l'opération, et on avait fait beaucoup d'efforts pour documenter le statut vaccinal des élèves, du personnel, et on a continué dans les années qui ont suivi, et la couverture vaccinale documentée, bien, elle est demeurée à 85 %. Et le 85 %, c'est bien au-delà du seuil d'immunité collective nécessaire pour maintenir le statut d'élimination de la rougeole, alors c'est quand même rassurant.

À titre d'exemple, donc, en 2015 aussi, il y a eu une deuxième épidémie de rougeole importante au Québec, et on a relancé encore le débat sur les mesures législatives. Et on s'en souvient, que c'était une exposition en Californie, au parc Disneyland. Il y avait eu 159 cas de rougeole dans les environs de Joliette — et ça, ça a été documenté — dans une communauté religieuse qui refuse la vaccination. Alors, il y a eu deux cas contagieux, là, qui avaient fréquenté des écoles primaires de Joliette, et évidemment on a été très préoccupés par la situation. Puis il y a eu l'application des mesures, de la politique de retrait, hein? On a dû retirer des enfants, étant donné que le taux de protection contre la rougeole chez les élèves était préoccupant, là, ceux qui ont été retirés, et, quand on les a retirés, on a passé d'un taux de 88 % à 95 % en 48 heures.

Alors, ce sont des situations qui nous ont amenés à réviser la littérature... dans la littérature, des stratégies complémentaires à la législation : toujours la gratuité du vaccin, mais aussi la promotion de la vaccination, les activités de relance et de rappel pour les vaccinations manquantes au calendrier, la vaccination en milieu scolaire, le soutien à la pratique professionnelle et le déploiement du registre de vaccination.

Alors, on continue dans cette voie-là. On poursuit des activités de documentation du statut vaccinal contre la rougeole en milieu scolaire annuellement, depuis 2012, et une politique de retrait du milieu scolaire pour la rougeole, en vigueur depuis 2011. Elle prévoit le retrait du milieu de toute personne considérée non protégée et dont le statut vaccinal est inconnu, et, dès l'apparition d'un cas de rougeole, on met en application cette politique.

Le Président (M. Provençal) : Merci beaucoup, Mme la ministre, ainsi qu'aux membres de votre équipe, pour cette séance de travail et les réponses que vous avez données aux différentes questions qui vous ont été données.

Compte tenu de l'heure, la commission ajourne ses travaux au jeudi 2 mai, où elle poursuivra l'étude du volet Santé, Accessibilité aux soins et Santé publique des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux. Merci beaucoup.

(Fin de la séance à 22 h 31)