



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

---

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE-DEUXIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

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

**Le mercredi 30 octobre 2019 — Vol. 45 N° 5**

Audition du ministère de la Santé et des Services  
sociaux sur sa gestion administrative et sur ses  
engagements financiers

**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](http://www.assnat.qc.ca)**

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

**Commission de l'administration publique**

**Le mercredi 30 octobre 2019 — Vol. 45 N° 5**

**Table des matières**

Exposé du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yvan Gendron	1
Discussion générale	3

**Autres intervenants**

M. Carlos J. Leitão, président

M. Vincent Caron

M. André Fortin

M. Denis Tardif

Mme Isabelle Lecours

M. Vincent Marissal

M. Joël Arseneau

Mme Marwah Rizqy

\* Mme Lyne Jobin, ministère de la Santé et des Services sociaux

\* Mme Lucie Opatrny, idem

\* M. Luc Bouchard, idem

\* M. Horacio Arruda, idem

\* M. Vincent Lehouillier, idem

\* Mme Élyse Berger Pelletier, idem

\* M. Luc Desbiens, idem

\* M. Pierre-Albert Coubat, idem

\* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mercredi 30 octobre 2019 — Vol. 45 N° 5

**Audition du ministère de la Santé et des Services sociaux sur sa  
gestion administrative et sur ses engagements financiers***(Quinze heures dix minutes)*

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Bonjour, bonjour. Alors, à l'ordre! J'aurais dû dire ça depuis le début, comme... Non, j'allais faire une blague sur nos amis au Parlement britannique... non, ce n'est pas ça.

Donc, ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de l'administration publique ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs appareils électroniques.

Je vais souhaiter la bienvenue à l'équipe du ministère de la Santé et des Services sociaux. Merci. Merci d'être là en si grand nombre.

Alors, la commission est réunie afin de procéder à l'audition du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la gestion administrative et ses engagements financiers.

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

**Le Secrétaire :** Oui, M. le Président. M. Fortin (Pontiac) remplace M. Polo (Laval-des-Rapides) et M. Arseneau (Îles-de-la-Madeleine) remplace M. Gaudreault (Jonquière).

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien, merci beaucoup.

Alors, nous débiterons cet après-midi par l'exposé de M. le sous-ministre, M. Gendron, puis le reste de la séance sera consacré aux échanges avec les membres de la commission. Les échanges se dérouleront par blocs d'une durée d'environ 10 minutes, incluant les questions et les réponses, en alternance entre le gouvernement et les oppositions afin de permettre à tous les groupes parlementaires d'écouler graduellement leur temps de parole.

Alors, M. Breton... M. Gendron, pardon, vous êtes aussi accompagné de Mme Breton ainsi que de votre équipe. Par la suite, arrivé à la période de questions, si un de vos collègues veut répondre, bien sûr, il pourrait le faire. Juste, à ce moment-là, de s'identifier et de procéder. Alors, M. Gendron, à vous la parole.

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

**M. Gendron (Yvan) :** Merci, M. le Président. Mesdames et Messieurs les députés, chers membres de la commission, bonjour. Donc, c'est avec un grand intérêt que je participe à ces travaux, donc à cette audition qui nous donne la chance d'échanger avec vous et au sujet de la gestion administrative et des engagements financiers du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette gestion, je tiens à le souligner, ça tient quand même d'un excellent travail de toute une équipe, une équipe qui est représentée par plusieurs personnes qui sont derrière moi et avec moi, surtout, à travers les années, bien sûr, à travers le temps et les travaux. Donc, une collaboration entre le personnel du ministère et celui du réseau de la santé et des services sociaux, et je les en remercie sincèrement.

Aussi, depuis mon arrivée, en novembre 2018, là, depuis près d'un an, j'ai eu l'occasion de découvrir le talent et le dévouement des employés qui travaillent au ministère. Cette équipe, dont plusieurs membres m'accompagnent aujourd'hui, se consacre à relever de nombreux défis, de nombreux défis au quotidien, et ce, toujours avec le souci de s'améliorer, de s'assurer que les services aux citoyens, là, soient de mieux en mieux, qu'ils soient mieux outillés et qu'ils soient mieux desservis. Donc, à cet égard, je tiens personnellement à remercier plusieurs personnes, dont Mme Dominique Breton, qui est directrice exécutive du bureau du sous-ministre, qui siège à mes côtés, pour son rôle névralgique au sein du ministère.

Maintenant, les sous-ministres adjoints et associés du ministère, le Dr Horacio Arruda, qui est le directeur national et sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé publique, M. Luc Bouchard, sous-ministre associé de la Direction générale des technologies de l'information, M. Pierre-Albert Coubat, sous-ministre adjoint de la Direction générale du financement, de l'allocation des ressources et du budget, M. Luc Desbiens, sous-ministre adjoint à la Direction générale des infrastructures, de la logistique, des équipements et de l'approvisionnement, Mme Lyne Jobin, sous-ministre adjointe de la Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés, M. Vincent Lehoullier, sous-ministre adjoint à la Direction générale du personnel réseau et ministériel, Dr Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe de la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, ainsi que Mme Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe de la Direction générale des aînés et des proches aidants.

La mission du ministère de la Santé et des Services sociaux est de maintenir, d'améliorer, de restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessibles un ensemble de services de santé et de services sociaux, qu'ils soient intégrés, de qualité, afin de contribuer au développement social et économique du Québec. Notre ministère a comme rôle premier de voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les objectifs en fonction des orientations qui lui sont données dans le domaine de la santé et des services sociaux et il veille à leur application.

Le ministère doit, en outre, exercer des fonctions nationales de santé publique, assurer la coordination interrégionale des services, s'assurer que les mécanismes de coordination, les services entre les établissements sont fonctionnels, qu'ils

sont répartis de façon équitable au niveau de l'ensemble des ressources financières, humaines et matérielles et voir au contrôle de leur utilisation. De plus, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

Enfin, il peut proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

Le ministère accomplit sa mission grâce, bien sûr, à ses équipes internes mais également grâce à l'étroite collaboration de tout le personnel du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires comme les organismes communautaires, par exemple, les pharmaciens communautaires, les services préhospitaliers d'urgence ainsi que le milieu de l'éducation et municipal pour n'en nommer que quelques-uns.

Au 31 mars 2018, la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux représentait environ 6,8 % de la population active du Québec. On dénombrait 275 352 employés dans le réseau public de la santé et des services sociaux ainsi qu'au niveau des établissements privés conventionnés, ce qui inclut notamment 111 569 infirmières, infirmières auxiliaires ou préposés aux bénéficiaires ainsi que plus de 61 000 techniciens ou professionnels de la santé et des services sociaux.

Parmi les 31 050 professionnels rémunérés de la Régie de l'assurance maladie du Québec, on dénombrait 9 260 médecins omnipraticiens, 10 402 médecins spécialistes ainsi pour... il y avait aussi, de leur côté... du côté du ministère, pardon, on comptait de plus de 1 168 employés pour réaliser l'ensemble sa mission.

Par ailleurs, le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas exempté de la pénurie de main-d'oeuvre, comme tous les secteurs, d'ailleurs, qui frappe le Québec actuellement. Ainsi, en fonction des besoins grandissants de la population en matière de services, nous devons redoubler les efforts pour attirer, retenir, s'assurer de trouver des solutions qui vont permettre de mieux desservir notre population en fonction de l'évolution de leurs besoins. Donc, il faut mieux soutenir nos équipes dans leur travail.

Notons que, depuis l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, le ministère travaille maintenant en relation directe et croissante avec les établissements.

À la suite des changements introduits en 2015, le plan stratégique 2015-2020 du ministère est le document regroupant l'ensemble des priorités pluriannuelles du ministère et de son réseau. Les objectifs de son plan sont reflétés dans les ententes de gestion et d'imputabilité conclues annuellement avec les établissements pour permettre une gestion efficiente et ainsi favoriser l'atteinte des objectifs des engagements nationaux. Le ministère et les établissements doivent rendre compte de l'atteinte de leurs résultats respectifs par l'entremise de leurs rapports annuels de gestion, bien sûr, lesquels sont déposés à l'Assemblée nationale. Par exemple, depuis 2015, plusieurs engagements et cibles ont été atteints.

La poursuite du développement des groupes de médecine de famille, communément appelés GMF, dont le nombre a atteint 342 au 31 mars 2019, la cible était de 300. Donc, nous avons poursuivi le développement et nous avons augmenté au-delà de la cible.

On peut parler aussi de l'accroissement du nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes de 15 à 24 ans qui a largement dépassé la cible de plus de 55 % avec une augmentation, dans la dernière année, de 15 %, passant de 30 627 à plus de 47 603 en 2018-2019. Donc, c'est vraiment important comme augmentation.

Si on pense au niveau d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées, pour laquelle la cible était de 80 %... a été dépassée, nous sommes rendus à 82 réseaux implantés sur 94. Donc, c'est 87 % d'atteinte.

Le nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie, avec un nombre de 898 lits, soit 36 lits de plus que la cible fixée pour 2020. Donc, on est au-delà de la cible fixée.

Des progrès significatifs ont également été réalisés quant à l'augmentation du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, lequel est passé de 66 % au 31 mars 2015 à 81 % au 31 mars 2019.

Du nombre des personnes desservies en soutien à domicile et de longue durée, qui est passé de 130 707, en 2015, à 147 000 en 2019... et les demandes chirurgies en attente de plus d'un an ont diminué de façon importante de 6 191 à 1 398.

Les actions et les progrès réalisés dans le cadre du plan stratégique 2015-2020 témoignent de la part indéniable du ministère de la Santé et de son réseau dans le déploiement d'une offre de services de qualité, accessible et qui répond aux besoins et critères de la population.

• (15 h 20) •

Plusieurs initiatives déployées par le ministère illustrent également sa volonté d'améliorer les services offerts à la population telles que le rehaussement du Programme de soutien aux organismes communautaires, les investissements majeurs visant à éliminer les attentes et à consolider les services en protection de la jeunesse, le lancement des points de service Aire ouverte et du programme Agir tôt, le lancement du premier programme public pour les troubles mentaux, l'élargissement de l'exercice de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées, les IPS, la bonification du programme de soutien aux familles, le développement des maisons des aînés et des maisons alternatives, l'élaboration de la première politique nationale pour les personnes proches aidantes et le lancement du Plan d'action 2018-2023 — Un Québec pour tous les âges. Un nouveau plan stratégique couvrant la période 2019-2024 a été élaboré et devrait être déposé prochainement à l'Assemblée nationale par la ministre de la Santé et des Services sociaux.

En terminant, j'aimerais vous partager une réalisation qui concerne spécifiquement le ministère et dont nous sommes très fiers, à savoir que le ministère est devenu, en avril 2013, le premier ministère certifié Entreprise en santé Élite. Depuis, les audits du Bureau de normalisation du Québec, dont le dernier en février 2019, ont confirmé le maintien de cette certification. Ceci témoigne du ferme engagement du ministère à créer un environnement propice où la santé et le mieux-être sont des éléments prioritaires.

Mes collègues et moi-même sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

### Discussion générale

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien, M. Gendron. Merci beaucoup.

Alors, voilà, collègues, nous sommes rendus à la période d'échange avec les membres de la commission. Donc, nous allons commencer par un bloc d'intervention du groupe parlementaire formant le gouvernement pour ensuite passer du côté de l'opposition officielle. Alors, qui commence? M. le député de Portneuf, allez-y. Vous avez pour neuf minutes.

**M. Caron :** Merci, M. le Président. Merci à mesdames, messieurs, de vous être déplacés aujourd'hui. C'est un bel exercice pour en savoir un petit peu plus sur tout ce que vous faites tout au long de l'année. Je vois que la salle n'est pas particulièrement adaptée à ce genre de rencontre, mais le principal, c'est que vous soyez là.

M. Gendron, j'ai été étonné, tout à l'heure, de relire les chiffres, 38,4 milliards, soit 45 % des dépenses budgétaires, mais surtout ce qui m'a impressionné le plus, c'est le nombre d'employés qui travaillent au sein de votre réseau, 6,8 % de la population active. J'avoue que ça m'impressionne et ça m'interpelle beaucoup.

Et je voulais d'ailleurs dire toute mon admiration à vous qui êtes là, mais aussi à toutes ces femmes et ces hommes qui travaillent dans le réseau de la santé. Je peux vous assurer que notre gouvernement, le premier ministre au premier chef, la ministre et les deux ministres qui l'accompagnent ainsi que toute la députation travaillent d'arrache-pied pour redorer le blason de la profession, revaloriser la profession, parce que ces gens sont vraiment essentiels dans le fonctionnement du système de santé, et leur rôle est fondamental. Bien entendu, je parle de vous, mais je parle aussi des préposés aux bénéficiaires, des infirmières, des techniciens, des techniciennes, bref, toutes celles et ceux qui travaillent avec vous. Je voulais vraiment souligner ça parce que c'est indispensable de le faire.

Vous y travaillez donc, vous aussi. Tout à l'heure, vous parliez de talent, vous avez présenté l'ensemble des personnes qui travaillent avec vous. Pour reprendre une expression chère à notre président, il faut remettre parfois de l'ordre dans la maison. Vous travaillez là-dessus. C'est un travail de longue haleine, et je peux comprendre qu'en un an, eh bien, tout ne peut pas être réalisé.

Je voulais aussi faire une petite parenthèse puisque nous, les députés... je suis député de Portneuf, comme M. le président le disait tout à l'heure, on travaille essentiellement avec les P.D.G., hein, c'est notre interlocuteur direct.

Et je voulais saluer M. Delamarre, P.D.G. de la Capitale-Nationale, qui... L'autre fois, après une rencontre que j'ai eue avec lui, la semaine dernière, j'étais dans la voiture, et j'imaginais le travail colossal qu'il supporte, et j'étais aussi étonné par toute la détermination et tout le dévouement qu'il met au service de la population pour améliorer la qualité des services.

Revenons au plan stratégique 2015-2020 où on en est à la troisième année de sa mise en oeuvre. On peut constater, et c'est indéniable, que c'est toujours en progrès. Il reste encore beaucoup de choses à faire, chacun peut être d'accord là-dessus. À l'avant-dernière année, sur 22 objectifs, six étaient atteints, selon moi, trois, quatre étaient en excellente progression, 12 demeurent à surveiller. Parmi ceux-là, j'en ai identifié quelques-uns qui m'interpellent plus : réduire le temps d'attente aux urgences, améliorer les services aux patients atteints d'un cancer, le soutien aux familles en situation de négligence et aussi favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'oeuvre.

Je voulais, et c'est là qu'arrive ma première question, bien entendu dans le respect de toutes ces femmes et ces hommes qui travaillent et qui donne déjà leur 100 %... Quelles autres mesures vous pensez et vous pourriez mettre en oeuvre pour atteindre cette cible qui n'est pas atteinte pour l'instant?

**M. Gendron (Yvan) :** Écoutez, vous avez parlé de quatre cibles différentes qui amènent des solutions...

**M. Caron :** La dernière, favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'oeuvre.

**M. Gendron (Yvan) :** La dernière? Parfait. Donc, M. le Président, par rapport à la main-d'oeuvre, évidemment, c'est un grand défi tant pour le secteur santé et services sociaux que tous les autres secteurs. On est toujours en compétition un peu pour essayer de dénicher les talents, de les former, de les conserver. Moi-même, j'ai été préposé aux bénéficiaires pendant quatre années. Après ça, j'ai eu une expérience, un temps clinique avant de devenir administrateur, là. Donc, c'est un défi d'aller chercher et de former nos gens, et d'autant plus avec l'augmentation des besoins de la clientèle, de la population. Ça nous amène des défis supplémentaires parce que les attentes sont grandes, et avec raison. Quand on pense à une augmentation de 6 % par année, le vieillissement de la population, et autres, là, ça nous amène des défis supplémentaires.

Et, pour les établissements, évidemment, les gens arrivent maintenant plus tard, et tant mieux, parce qu'ils sont mieux desservis à domicile avec une augmentation de soins à domicile. Donc, on doit engager beaucoup plus de personnes à domicile, qu'ils soient préposés, infirmières, infirmières auxiliaires, et on pourrait penser aux ergos, physios, et autres, parce qu'il y a différentes, aussi, natures de services à être offerts.

Mais évidemment, par rapport à l'augmentation, nous, quand on regarde l'ensemble, mettons, justement, des différentes ressources humaines, quand on pense aux infirmières, c'est 57 000 infirmières qu'il y a dans le réseau, hein? Mais, quand on pense, nous, on pense, oui, en ce moment, mais on pense aux cinq prochaines années. Et le défi... Par exemple, il faut en remplacer 23 000 qui vont quitter dans les cinq prochaines années pour la retraite, O.K., et aussi le roulement qu'on aperçoit. Donc, il y a des défis importants. Puis, pour le ministère, on l'avait sorti à l'adoption des crédits, hein, c'est plus de 32 000 préposés aux bénéficiaires dans les cinq prochaines années qu'il faut aller recruter. C'est très important.

Donc, je pense que, dans l'effort, je dirais, global gouvernemental ou des partenaires des différents établissements, il faut se donner des stratégies. Et, là-dessus, on a appuyé, entre autres, avec la dernière adoption des crédits, un montant de 86 millions pour aider, O.K., tout ce qui touche à la main-d'oeuvre, au bien-être des employés, pour baisser l'assurance

salaires, augmenter, donner la formation, et autres, pour s'assurer d'aller chercher nos gens et de les conserver. Et des stratégies, bien sûr, qui touchent, là, à toutes les écoles, O.K., les unités d'enseignement. Plusieurs se sont associés des écoles directement, soit dans leur institution, pour s'assurer que, dès qu'ils entrent en stage, ils sont même déjà employés à temps partiel. Donc, on développe différentes stratégies pour attirer, retenir, et intéresser, et faciliter leur entrée au travail.

Donc, on pourrait mentionner différentes mesures, aussi, qui se dégagent en 2018-2019, là. Les gens retraités, hein, on en a parlé, il y en a qui reviennent. Je pense qu'il faut utiliser différentes stratégies puis leur donner des conditions aussi qui leur permettent de revenir, là, le taux étant à peu près de 3,45 % qu'on peut aller chercher. Donc, on veut travailler à ce niveau-là. Mais il y a beaucoup des gens qui quittent la fonction publique aussi, O.K.? Privé... Donc, on essaie d'établir les bons partenariats entre les différents établissements, qu'ils soient publics, qu'ils soient des ressources de personnes âgées, O.K., souvent, bien sûr, là, privés, pour s'assurer que notre clientèle est bien desservie. Nous, on se centre sur l'offre de services à la clientèle, sur la continuité d'accessibilité. Donc, comment on travaille mieux ensemble, je pense que c'est là-dessus qu'il faut vraiment mettre des efforts importants.

Évidemment, il y a des taux de rotation aussi au niveau du personnel quand on ajoute des nouveaux programmes, des nouveaux services, et tant mieux, des programmes Agir tôt, des programmes Aire ouverte, des programmes de soins à domicile de différentes natures, de différentes façons, bien, il se trouve à avoir du roulement de personnel. Donc, à nous, c'est le défi important du réseau, bien sûr, à former nos gens. Donc, on est très préoccupé, mais très impliqués pour s'assurer, bien sûr, d'aller les chercher, de les intégrer, ces gens-là, pour éviter qu'il y ait trop de départs. Parce qu'on connaissait ça dans les dernières années, beaucoup de départs lors de la première année. Bien, il faut vraiment travailler à ce niveau-là. Et, bien sûr, tout ce qui est de la question de la charge de travail, hein, c'est un élément très important, donc comment, par des analyses ratio, par augmenter justement le taux de personnes dans les structures de poste, là... Il y a eu des ajouts d'argent, et je vous en remercie, là, d'avoir voté pour ça dans la dernière année, là. Ça nous permet d'avoir plus de moyens pour attirer avec des conditions plus intéressantes aussi quand on augmente aussi le nombre de personnes disponibles sur les différentes structures de travail. Donc, tant mieux pour ça. Donc, évidemment, quand il y a aussi beaucoup de départs à la retraite, c'est un défi de perte d'expertise, O.K.?

Donc, à nous, avec les maisons d'enseignement, là, qui sont fort impliquées, on travaille vraiment de façon très proche l'un de l'autre, là, pour s'assurer qu'il y ait un transfert au maximum du secteur clinique, là, de ceux qui partent vers ceux qui demeurent et ceux qui arrivent dans le réseau, donc au plan de connaissances. Donc, faire attention, bien sûr, aux successeurs, aux titulaires de postes et, bien sûr aussi, bien soutenir nos gestionnaires.

**Le Président (M. Leitão) :** Une minute.

• (15 h 30) •

**M. Caron :** Une minute? On va manquer de temps. Vous allez manquer de temps pour y répondre, c'est sûr. J'avais constaté aussi le taux de départs volontaires qui a presque doublé en cinq ans et atteint un peu plus de 18 % en 2018-2019. Est-ce que, là, vous mettez en place... est-ce que vous faites des sondages qui... vous allez me dire : Il y a des raisons évidentes qui motivent le départ de certains, mais est-ce que vous faites des sondages? Est-ce que vous en tirez des enseignements? Et enfin est-ce que vous prenez des mesures pour limiter ce taux de départs volontaires important?

**M. Gendron (Yvan) :** Oui. Bien, tous les établissements... Est-ce que, M. le Président, j'ai quelques secondes?

**Le Président (M. Leitão) :** Oui, oui, une trentaine de secondes.

**M. Gendron (Yvan) :** O.K., quelques secondes. Tous les établissements en font. D'ailleurs, j'ai reçu le mien quand j'étais P.D.G. du CIUSSS de l'Est, je l'ai eu la semaine passée pour savoir pourquoi j'ai quitté. Donc, je devrais le remplir, là. Mais tous les établissements, en fonction des normes d'agrément, et autres, doivent justement faire ce genre de sondage là parce que c'est comme ça qu'on capte l'information et qu'on s'adapte.

**M. Caron :** On pourra revenir tout à l'heure, si on a du temps, sur les mesures que vous mettez en place. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Vous allez avoir du temps après, certainement. On va du côté de l'opposition officielle. M. le député de Pontiac, vous disposez aussi de 10 minutes.

**M. Fortin :** Merci. Très bien, merci. Merci, M. le Président. Bonjour à tout le monde. M. Gendron et toute votre équipe, merci d'être avec nous.

Je veux commencer en parlant d'accès, parce que je pense que c'est ce qui intéresse le patient, le citoyen moyen, le plus. Et je vais peut-être commencer par quelque chose de particulier parce qu'on s'est vu cette semaine au forum sur la santé mentale, le Forum Adultes et santé mentale, et vous avez mentionné justement, dans vos remarques d'ouverture, le nouveau programme sur les... vous avez dit les troubles mentaux, là. Il me semble qu'au forum on s'est fait dire de ne pas utiliser le terme «troubles mentaux» mais d'utiliser le terme «santé mentale», mais, si le programme est nommé comme ça, ça va. Mais j'aimerais savoir votre analyse de ce programme-là. Est-ce qu'il fonctionne jusqu'à maintenant? Est-ce qu'il est... Comment va le déploiement de ce programme-là?

**M. Gendron (Yvan) :** Bien, ce qu'on pourrait dire d'emblée, pour la clientèle qui est spécifique avec des troubles de santé mentale, là, c'est une clientèle qui n'est pas facilement accessible.

**M. Fortin** : C'est vrai.

**M. Gendron (Yvan)** : O.K.? Donc, avec le temps, les différents établissements se sont donné différentes stratégies pour aller les... je dirais, les atteindre, rendre accessibles, leur donner l'information. Et, pour moi, avec mon expérience d'ex-P.D.G. du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal... et j'étais dans un établissement, c'était l'institut de santé mentale, par exemple. Donc, au-delà des services de proximité en CLSC, j'avais six endroits de CLSC, j'avais l'institut de santé mentale, plan de stratégie avec les urgences, là, que ce soit Maisonneuve, Santa Cabrini. Donc, l'enjeu, c'est d'aller les chercher, O.K.? C'est d'aller s'assurer qu'ils ont accès à l'information, qu'on ne les perde pas, O.K.? Ce n'est pas une clientèle qui est très facile à retenir, donc, à ce moment-là, on se donne des stratégies.

Donc, pour répondre à votre question... et d'autant plus qu'il y a une augmentation de ces troubles-là, O.K., ou plutôt, je dirais, il y a une augmentation aussi de prise de conscience de la part, bien sûr, des intervenants, mais aussi des proches, hein, parce que c'est un tout, hein? Comme on le disait au niveau du forum, il faut qu'autant les proches, qu'ils soient famille, amis, etc., qu'ils soient au niveau des gens qui sont au niveau de l'école, au niveau de l'emploi, et autre, là, qu'on puisse vraiment améliorer le tissu par rapport à ça. Donc, c'est année après année, on essaie d'améliorer ça. Donc, le plan de développement touche vraiment à ce niveau-là, donc avoir un plan de... programme d'accès et d'accompagnement en santé mentale qui soit plus adapté à la clientèle.

Le territoire que j'avais, entre autres, j'avais comme trois territoires totalement différents : l'est, côté de Saint-Léonard, Saint-Michel, côté Hochelaga-Maisonneuve. Hochelaga-Maisonneuve, santé mentale, dépendance, itinérance, toxico, etc., là. Ça fait que, donc, les approches doivent être différentes et différentes aussi, bien sûr, avec le milieu, mettons, par contre, par exemple, policier, organisme communautaire, et autres.

**M. Fortin** : O.K. Je vois dans vos données, là, dans les différentes cibles que le ministère s'était données au cours des dernières années, là, la cible sur le pourcentage des premiers services de nature psychosociale, et, vous venez de le dire, là, c'est une clientèle qui est difficile à rejoindre. Souvent, par le temps qu'on demande de l'aide, c'est parce qu'on a besoin de l'aide, hein?

**M. Gendron (Yvan)** : Tout à fait.

**M. Fortin** : Donc, on devrait vouloir diminuer au maximum ce délai-là entre la demande et les premiers services. Je vois que, disons, au cours des dernières années, là, c'est demeuré assez stable, le pourcentage de gens qu'ils ont réussi à aider dans les 30 premiers jours. Déjà, je trouve que 30 jours, c'est un peu long, là. C'est très long, même. Quand quelqu'un demande de l'aide, souvent il en a besoin tout de suite. Mais est-ce que le pourcentage est resté stable, parce que, comme vous le dites, il y a tellement plus de demandes en aide psychosociale, ou est-ce qu'on dessert le même nombre de monde qu'on desservait, disons, en 2015, là? Est-ce que... combien de... J'aimerais ça avoir le chiffre brut. Est-ce qu'on réussit à aider plus de monde qu'avant?

**M. Gendron (Yvan)** : ...oui, je vais vous donner ça dans quelques secondes. Évidemment, on rejoint plus de personnes, là. On rejoint... On est passé, mettons, des résultats, mettons... des premiers services de nature psychosociale qui ont été dispensés dans un délai de 30 jours, là, ils étaient autour de 62 % en 2015-2016. Là, on est autour de...

**M. Fortin** : Oui. Il est encore là.

**M. Gendron (Yvan)** : La cible est de 75 %. On est encore stable, 62 %, 61 %, 62 %. On voit ça. Évidemment, il y a beaucoup de travaux qui ont été faits pour améliorer l'accès de proximité, d'aller chercher des gens. Il y a un mandat qui est particulier qui a été donné au CIUSSS de la Capitale-Nationale et à celui de l'Estrie afin d'élaborer un cadre, là, qui va nous permettre, là, je dirais, de soutenir, d'améliorer la pratique entre les intervenants, parce que c'est très difficile.

**M. Fortin** : O.K. Mais ce n'est pas exactement ça, ma question, M. Gendron. J'essaie de comprendre, est-ce qu'on réussit à aider plus de monde qu'avant? Je comprends qu'on est encore à 62 %, là, qu'on vise 75 %. C'est bien, mais vous me dites : D'année en année, il y a plus de monde qui demande des services. Donc, est-ce qu'on réussit vraiment à aider plus de monde ou est-ce qu'on fait juste... on stagne, on dessert un peu les mêmes gens d'année en année, mais on n'en dessert pas plus, pas moins, là?

**M. Gendron (Yvan)** : C'est ça. Je dirais que de faire... on en suit de plus en plus, O.K.? En nombre relatif, là, évidemment, quand on pense, là, à l'augmentation des personnes âgées, parce que ça devient... À un moment donné, ceux qui ont un problème de santé mentale, quand ils vieillissent, c'est plus un problème de santé... de personnes âgées que de santé mentale parce que, bon, ça diminue, là. Mais, quand le besoin est urgent, là, puis ça, c'est un des éléments sur lesquels on a mis une priorité, c'est de s'assurer que... de définir l'urgence pour pouvoir rejoindre... donner les premiers services rapidement, O.K., donner les premiers services.

**M. Fortin** : Qui définit cette urgence-là? C'est le médecin? Le médecin de famille? La première personne qui voit le patient? Le 8-1-1 quand des personnes appellent? Comment ça... Qui définit cette urgence-là?

**M. Gendron (Yvan)** : Il y a plusieurs intervenants. C'est évident que, mettons, tous les intervenants psychosociaux sont souvent en première ligne. Ils sont sur le terrain avec organismes, avec les CLSL puis, bon, centres jeunesse, et autres.

Il y en a de différents types. Et évidemment les infirmières, mettons, qui sont interpellées sur le terrain. Et, bien sûr, il y a beaucoup, je dirais, d'alternatives qui sont faites ou d'initiatives avec, mettons, exemple, le service de police de Montréal, O.K.? Il y en a plusieurs.

**M. Fortin :** Je vais vous poser la question comme ça parce que je ne pense pas qu'il reste beaucoup de temps, là. La cible de 75 %, déjà, m'apparaît comme la moindre des choses, là, disons. Il me semble qu'on devrait vouloir que tout le monde ait accès en 30 jours à un service d'aide psychosociale. Ça, je le comprends. Mais disons que la côte est abrupte à remonter pour vous...

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait.

**M. Fortin :** ...au cours des prochaines années, là. Avez-vous mis une mesure en place? Ça fait un an que vous êtes là, et je vous en félicite. Mais, souvent, avec les anniversaires, viennent en même temps les rappels qu'on a des cibles à rencontrer, des obligations à rencontrer. Alors, comment vous allez faire pour arriver à votre cible et même dépasser votre cible, je l'espère, là? Parce qu'il y en a beaucoup à faire, puis ça fait longtemps que ça ne bouge pas. Donc, ça n'empire pas, mais ça ne s'améliore pas non plus.

**M. Gendron (Yvan) :** C'est probablement une des cibles les plus difficiles à atteindre dans tout ce qu'on a comme cibles à atteindre par rapport à, justement, la clientèle. Il y a beaucoup d'initiatives qui ont été prises, comme je mentionnais tantôt, avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale et celui de l'Estrie, là, pour donner des meilleurs outils, O.K., auprès des gens. On travaille beaucoup sur tous les troubles concomitants, les troubles persévérant au niveau de leur santé, là, de dégradation. Mais on ose espérer aussi que les gains qu'on va faire dans les prochains mois, dans la prochaine année, vont nous amener un peu plus haut. Mais 75 %, il faut se le dire, quand même, c'est une clientèle, là, difficile à atteindre, O.K.? On ne les connaît pas tous, malheureusement. Donc, c'est un défi important. Je vous le mentionnerais comme ça, c'est un autre des défis.

**M. Fortin :** O.K., mais je reviens à ma question puis je vous mets dans le contexte, là. Je ne me souviens plus si vous étiez là ou pas à ce moment-là, mais, lors du forum sur adultes et santé mentale, la ministre McCann a pris l'engagement qu'à travers le programme public de troubles mentaux... elle a dit que tous les citoyens, elle l'a dit comme ça, là, tous les citoyens et citoyennes de zéro à 100 ans vont avoir accès, vont être pris en charge gratuitement. L'objectif, là, il était loin de ça, là, disons, là. Alors là, on vous dit : O.K., vous avez un objectif de 75 % en 30 jours. Là, la ministre vous met la barre encore plus haute. Est-ce qu'au moment de prononcer ces paroles-là le ministère avait un plan pour y arriver? Est-ce qu'il y avait quelque chose de spécifique en tête? Est-ce que vous savez un peu, là, vers... comment vous allez arriver à ça?

**M. Gendron (Yvan) :** Oui. Je vais introduire puis je vais demander à Mme Lyne Jobin d'intervenir à ce niveau-là. Bien sûr que le déploiement du programme, là, québécois de psychothérapie, là, qui est ouvert de façon plus large depuis dernièrement, va permettre, en tout cas, de faire un pas de plus, là, justement, pour cette clientèle-là, d'avoir un accès aux services de façon gratuite, et autres, là.

Je vais passer la parole à Lyne Jobin, qui a travaillé, justement, sur l'élaboration du forum de santé mentale, là, dans le détail.

**Mme Jobin (Lyne) :** Bonjour, bonjour. Lyne Jobin, donc, sous-ministre adjointe à la Direction générale des programmes destinés aux personnes, aux familles et aux communautés.

Et effectivement la réponse pour améliorer l'accès aux services de santé mentale, c'est vraiment le déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux, parce qu'on parle, de façon globale, de santé mentale, mais il n'en demeure pas moins qu'il faut aussi répondre aux personnes qui ont des problèmes vraiment réels de troubles mentaux, puis c'est correct de nommer ça comme ça.

Donc, le programme québécois a été expérimenté dans deux territoires, sur une base pilote, au cours des deux dernières années. Et on n'est pas à avoir des résultats de données probantes quantitatives. Ce programme-là a été expérimenté, et c'est... toute la documentation nous vient de l'Angleterre, dans le fond, de NICE, qui est vraiment un organisme, une société savante majeure, qui nous a donné, qui nous a transmis toute l'information sur le programme, les outils, les guides d'évaluation, les guides d'intervention. Et on a testé ça au Québec. Est-ce que ça tient la route? Est-ce que ça s'intègre bien dans notre système à nous? Et la réponse a été oui.

Donc là, on est dans le déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux, avec cinq établissements qu'on dit précurseurs, qui déploient le programme, et là on se met à récolter les données sur... qui entrent : quels types de services on offre, qui sort avec quel taux de rétablissement, on est en train, même, définir des... ce qui se fait... ce qui ne s'est jamais fait, là, définir un taux de rétablissement, jusqu'à quel point les personnes qui on eu accès à ces programmes-là se sont rétablies et sont devenues plus fonctionnelles, plus heureuses dans la vie, avec une meilleure qualité de vie, et tout. Donc, on est vraiment en déploiement dans les cinq territoires précurseurs, excusez.

• (15 h 40) •

**M. Fortin :** O.K. Donc, avant qu'on arrive à ce que la ministre disait, là, qui est, dans le fond, qui était une façon très imagée de dire : Tous les Québécois vont avoir accès au programme public de troubles mentaux, de psychothérapie, avant d'arriver là, on en a pour un bout de temps, là. Parce que, là, vous l'avez testé. Ça a pris deux ans, disons, pour le premier projet pilote. Là, vous lancez un autre... je ne veux pas dire un autre projet pilote, mais c'est un peu un déploiement initial, disons, là.

**Mme Jobin (Lyne) :** Non, graduel, graduel.

**M. Fortin :** Graduel, oui, comme vous voulez. Il y avait deux régions où on l'a testé. Là, on le déploie dans cinq régions. Pourquoi on ne peut le déployer à grande échelle, si vous êtes rendus à faire un déploiement, là? D'habitude, une fois qu'on est rendu à faire un déploiement de programme, on est un peu prêt à le faire partout, là. Pourquoi vous... Je ne veux pas dire que vous hésitez, mais pourquoi on n'y va pas de façon plus large?

**Mme Jobin (Lyne) :** Oui. En fait, c'est... déjà en mars, le déploiement va être généralisé dans tous les territoires, mais, de l'automne à mars, c'est qu'il faut aussi développer les... dans le fond, continuer et consolider tous les outils de formation, s'assurer qu'on transforme ce qui est offert présentement vers le nouveau programme. Donc, il y a tout un travail d'implantation, de mise à niveau de l'offre de services, de développement des capacités, développement des habiletés, embauche du personnel, et tout. Donc, on est là-dedans. Et les autres territoires qui ne sont pas parmi les cinq se préparent déjà pour le déploiement de mars.

Mais j'aimerais ça peut-être, si vous permettez, préciser quelque chose.

**Le Président (M. Leitão) :** Rapidement.

**Mme Jobin (Lyne) :** C'est un programme québécois pour les troubles mentaux. Il y a... Dans le fond, il y a un sous-titre à ce programme-là qui s'appelle de l'autosoins à la psychothérapie. Donc, l'idée, ce n'est pas que tout le monde a besoin d'une psychothérapie, mais, quand ils entrent dans le programme, il y a une évaluation des besoins qui se fait à partir de grilles standardisées, ce qu'on n'avait pas encore au Québec, et on évalue les besoins et on offre le service selon le besoin, qui peut être de l'autosoins jusqu'à la psychothérapie.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Merci. Je m'excuse, M. le député, vous êtes arrivé à la fin. On continuera dans le prochain bloc.

Alors, on revient du côté du gouvernement. Monsieur... allez-y.

**M. Tardif :** Alors, merci, M. le Président.

**Le Président (M. Leitão) :** Vous disposez de 10 minutes.

**M. Tardif :** Parfait. Merci bien. M. Gendron, toute l'équipe, merci de vous être déplacés. Écoutez, moi, mes préoccupations aujourd'hui dans l'ensemble des questions que je vais vous poser, je suis un client type du réseau. Depuis que je suis au monde, je suis à peu près sûr que si je... individuellement, c'est moi qui est allé le plus souvent à l'hôpital, pour différentes raisons, de longues périodes. Alors, j'ai vécu à l'intérieur, comme patient, entre parenthèses, notre réseau. Alors, les questions vont aller vers ma préoccupation première, qui sont les patients, qui sont également le personnel qui y travaille et les électeurs que je représente, qui m'ont posé plusieurs fois différentes questions.

Écoutez, la première irritation que j'ai, c'est : Comment faisons-nous pour arriver à dire que nous avons atteint 38 % des objectifs seulement? Moi, je trouve ça terriblement épeurant. Je viens du domaine privé. Je suis habitué de travailler avec des plans stratégiques. Quand on dit 38 % d'objectifs atteints, j'ai un malaise là-dessus. J'ai sincèrement un gros malaise qui s'installe, et ça veut dire que j'ai manqué le bateau à quelque part ou, possiblement, il va falloir que je fasse vite, vite, vite dans les prochaines années pour atteindre l'objectif.

Donc, à ça, je rattache un taux de roulement, et, mon collègue le soulevait tantôt, on a quand même des départs volontaires de 18,7 %, qu'on nous dit, alors que la fonction publique, c'est de 13 %, actuellement, la moyenne pour l'ensemble. Alors, là aussi, il y a quand même quelque chose administrativement, il y a une lumière orange foncé qui s'annonce, en tout cas, qui s'annonce et qui s'allume dans ce point-là.

Donc, ma question serait : Depuis votre arrivée, M. Gendron, il y a bientôt un an, avez-vous observé une culture administrative qui est en changement? Avez-vous des points, je comprends ce que vous m'avez dit, ce que vous avez dit tantôt, mais est-ce qu'on a des points, là, précis, là, qui nous démontrent, qui vont démontrer à la population qu'il y a vraiment quelque chose qui se passe depuis un an là-dessus?

**M. Gendron (Yvan) :** Oui, d'abord il y a plusieurs éléments, il y a plusieurs actions qui ont été posées depuis un an, et aussi on faisait face, mettons, au suivi de la réforme il y a trois ans, O.K.? Donc, après trois ans, on arrive dans un mouvement un peu plus de stabilisation. Là, on est en train de baisser les taux d'assurance salaire, les taux d'absence pour différentes raisons, parce que, bon, il y a une meilleure prise en charge, les gens sont un peu plus stabilisés. Donc, ça, on sent qu'il y a un changement par rapport à ça. Mais, évidemment, le milieu de la santé, services sociaux, c'est un milieu qui est quand même difficile en termes de charge de travail, et autres, en fonction des besoins, de l'évolution des besoins de la population, et ce qui nous amène quand même des défis sans arrêt.

Nous, évidemment, comparativement, mettons, à un secteur privé, on ne peut pas arrêter l'arrivée de la population, l'arrivée, justement, pour répondre aux besoins, entre autres au niveau de l'urgence, là. Malgré le fait qu'on suit de plus en plus de personnes à domicile, tant au niveau de son nombre d'heures que de l'intensité, bien, évidemment, il y a quand même beaucoup de gens qui passent par les urgences. Nous avons aussi beaucoup plus de patients à opérer, hein, de façon importante. C'est normal, on vit plus vieux, donc le risque potentiel d'avoir plus de besoins de chirurgie est là. Donc, on arrive là-dedans.

L'atteinte des objectifs, il y a plusieurs objectifs qui sont dans la zone de l'urgence, O.K., dans le temps d'attente à l'urgence, dans le nombre d'heures passées sur une civière, et autres, comme tels. Ces objectifs sont quand même fixés depuis un certain nombre d'années, là, qui étaient vraiment des objectifs qu'il était fort important à atteindre, tantôt difficiles, mais qui... bien sûr, on doit tenir compte, là, le vieillissement de la population de façon particulière. C'est pour ça que les injections d'argent qu'il y a eu dans les trois dernières années, dans la dernière année, on sent qu'il y a un changement.

Il y a une augmentation importante du nombre d'heures, des places, comme du côté du CIUSSS du Nord-de-Montréal, il y a plus de 1 million d'heures de plus, là, qui a été donné au niveau des soins à domicile. Donc, oui, il y a des gains qui ont été faits à ce niveau-là. Il y a beaucoup plus de patients qui ne vont plus à l'urgence, ce qu'on appelle les P4, P5. Donc, oui, il y a un changement à ce niveau-là. Il y a une meilleure synergie avec les équipes médicales, il y a plus de patients inscrits. Donc, on sent qu'il y a un changement, on s'en va vers quelque chose de pas mal mieux, en passant.

**M. Tardif** : Parfait. Je vais quand même compléter. Bien sûr, on n'est pas dans le privé, je comprends très bien, sauf que ça n'empêche pas qu'on est imputable dans des objectifs. Quand on prend des démarches de travail, à mes yeux, on est quand même imputable sur ce qu'on doit livrer, à un moment donné, aux gens qui s'en servent et aux contribuables.

Ceci dit, ça me ramène à vous parler d'une autre partie. Je suis député du magnifique comté de Rivière-du-Loup—Témiscouata. Donc, très belle région dans le Bas-Saint-Laurent, beau comté. J'aimerais qu'on parle un petit peu de tout ce qui se rattache à l'accessibilité aux médecins de famille.

Encore vendredi, je suis un député, c'est mon job, donc, vendredi, je suis au hockey par plaisir puis pour encourager une cause. Et des gens viennent me voir pour me dire : Denis, on n'est pas capable d'avoir de médecin de famille. Qu'est-ce que tu peux faire? Tu peux-tu me régler ça? Alors, je vous pose puis je vais leur transmettre avec plaisir leur réponse.

**M. Gendron (Yvan)** : Parfait. Bien, écoutez, ça va me faire plaisir d'y répondre. C'est un défi, quand même, qu'on atteint de plus en plus, parce qu'on est passés de près de 60 % à 81 %, là, hein, de patients inscrits au niveau des médecins de famille, tant en région qu'en milieu plus municipal, si je peux m'exprimer ainsi, là, parce que ces efforts-là, dus avec les 350, 342 groupes de médecins de famille, là, on fait des gains.

Il y a eu, dans les dernières années, une meilleure, je dirais, synergie qui a été organisée entre les médecins de famille, O.K.? Beaucoup de médecins travaillaient en solo, là, ils travaillent beaucoup plus en équipe. Ça permet une meilleure transition puis un meilleur support à quelqu'un qui a besoin de voir son médecin de famille. L'arrivée des GMF en réseau a augmenté le nombre d'heures de disponibilité. Mais en région, comme la vôtre, c'est un grand défi. C'est un grand défi.

**M. Tardif** : Dépendamment des régions, justement, là.

**M. Gendron (Yvan)** : Tout à fait. Il y a un défi dans les régions où les gens travaillent plus en solo, O.K.? Ils sont moins en grand nombre dans leurs GMF, et autres, là. Donc, il faut vraiment s'assurer qu'avec l'arrivée, l'introduction, il y a de plus en plus soit des infirmières, des travailleurs sociaux et, dans ce cas-ci, des IPS, là, on va améliorer l'accessibilité aux services.

La nouvelle loi qu'il va y avoir aussi, qui va être adoptée pour la question des infirmières, les pharmaciens aussi, là, vont, je dirais, élargir et répartir les tâches, là, entre les différents professionnels, et les médecins, et là on va avoir un meilleur accès, O.K., un meilleur accès qui va être dosé en fonction de ce que la personne peut offrir comme services, qu'elle soit médecin, infirmière, pharmacien communautaire, par exemple, là. Donc, on va faire des gains à ce niveau-là, mais c'est un défi constant, là, O.K.? Mais on est sur la bonne voie, on s'améliore beaucoup à ce niveau-là.

**M. Tardif** : O.K. Combien de temps, M. le Président?

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

• (15 h 50) •

**M. Tardif** : Trois minutes? O.K. Alors, merci.

Donc, est-ce qu'il y a une orientation, est-ce qu'il y a une espèce de certitude qui peut se dégager sur l'atteinte des objectifs puis sur l'atteinte, justement, de la question de l'accès des médecins de famille? Parce qu'on sait que c'est un problème. J'ai très bien compris votre réponse, je sais que ça varie par région également, et ça, régions, là, c'est l'ensemble du Québec qui a des régions différentes. Est-ce qu'on peut aller de façon plus pointue, pour dire à des gens : Oui, on avance, oui, tu vas avoir un médecin de famille?

Je vous contera une histoire pour vous faire rire, mais ça fait pratiquement un an que je n'ai pas de médecin de famille, moi aussi. Mais ce n'est pas de mon cas que je parle, là, c'est réglé. Mais qu'est-ce que je veux vous dire, c'est : Qu'est-ce qu'on peut dire concrètement? C'est ça, c'est vraiment ce niveau-là qui m'intéresse. Je comprends le reste de la stratégie, mais, un peu comme mon collègue, sur quelque chose de plus pointu : Comment pouvons-nous réussir à s'en sortir pour rassurer nos gens? Puis vous l'avez mentionné, vous savez, dans le Bas-Saint-Laurent, j'ai la clientèle la plus âgée du Québec, vous connaissez très bien le profil sociodémographique de notre région, nous avons besoin de médecins, nous avons besoin de tout ce qui se rattache à ça. Mais il y a un petit vide actuellement, puis c'est ce vide-là que j'aimerais vous réentendre, là, me préciser.

**M. Gendron (Yvan)** : Oui. Bien, en plus des réponses que j'ai données tantôt sur le travail justement des médecins, des infirmières spécialisées, là, praticiennes spécialisées, et autres, on s'est donné aussi une façon d'augmenter dans la

négociation, parce que c'est un engagement, là, du gouvernement, dans la négociation avec la Fédération des médecins omnis, O.K., puis s'assurer une meilleure couverture, meilleure prise en charge de la clientèle avec une augmentation de 175 000, là, des personnes qui devront être inscrites d'ici juin 2020. Mais, en plus de ça, il y a des éléments, je dirais, qui sont plus technologiques, là, le Rendez-vous santé Québec, là, les Bonjour-Santé de ce monde, et autres, là, s'assurer que, quand le client, le citoyen veut prendre rendez-vous, là, de pouvoir justement avoir accès, O.K., de s'assurer qu'il va avoir accès à une plage, parce qu'il y a beaucoup de plages qui ont été faites de façon supplémentaire.

Et on pense beaucoup aussi, là, la question des spécialistes, là, versus les omnis. Quand un omni demande l'accès à un spécialiste, bien, on a fait beaucoup de changements, là, avec les centres de répartition des demandes de services, là. Il y a une meilleure accessibilité, de façon très importante, au niveau de l'ensemble des régions du Québec, là, O.K.? Donc, différentes stratégies comme ça pour s'assurer justement que le citoyen, en fonction de son besoin, puisse avoir accès à son médecin de famille, mais pas juste à son médecin de famille, O.K.? Il faut libérer le médecin de famille pour qu'il se consacre de plus en plus aux tâches pour lesquelles il a été formé versus pour les autres tâches pour lesquelles les autres professionnels ont été formés. Et, là-dessus, il y a une ouverture, là, de plus en plus importante, comme vous avez pu voir, là, avec l'augmentation des tâches ou la répartition des actes, là, au niveau des infirmières.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. C'est déjà tout, M. le député. M. Gendron, merci.

On revient du côté de l'opposition officielle. M. le député de Pontiac, vous pouvez poursuivre, 10 minutes.

**M. Fortin :** Merci, M. le Président. Je comprends les préoccupations du député de Rivière-du-Loup puis je vais peut-être juste continuer dans cette avenue-là, si vous le permettez, là. L'enjeu de l'accès à un médecin de famille, c'est quelque chose qui est bien réel, au coeur des préoccupations des gens, là. Tout le monde veut avoir accès à un médecin de famille rapidement, tout le monde veut avoir un médecin de famille puis veut être capable de le voir.

Vous avez parlé des difficultés particulières en région. Je ne vous l'enlève pas, vous avez raison, c'est peut-être plus dur d'attirer un médecin en région, c'est peut-être plus difficile de convaincre quelqu'un de s'établir en région. Mais, quand je regarde les taux, et ça, c'est en date du 11 octobre 2019, là, pourcentage de patients inscrits auprès d'un médecin de famille, je vois qu'en Estrie on est à 86 %, en Outaouais, on est à 83 %, en Abitibi, on est à 82 % puis, à Montréal, on est à 69 %. Et Montréal, c'est comme ça depuis longtemps dans le sens où on est en bas, on est inférieur au taux de pas mal toutes les autres régions, là. Il y a un défi d'attirer des médecins en région, mais qu'est-ce qui fait qu'à Montréal c'est toujours, toujours, toujours plus bas qu'ailleurs?

**M. Gendron (Yvan) :** Je vais vous donner un début de réponse, puis Dre Lucie Opatrny, qui est ma sous-ministre adjointe, Affaires médicales, universitaires, là, va compléter.

Évidemment, Montréal... puis, comme je l'ai dit d'entrée de jeu, tantôt, j'étais P.D.G. du CIUSSS de l'Est-de-Montréal pour lequel il manquait au moins 65 médecins de famille. Donc, juste par le fait qu'il manquait 65 médecins de famille versus, mettons, le Centre-Ouest-de-Montréal, où il y avait beaucoup plus de médecins de famille, la répartition n'est pas évidente, O.K.? En même temps, la clientèle, elle est plus mobile à Montréal, dans le sens que ce n'est pas parce que tu es dans l'est que tu ne peux pas voir un médecin dans l'ouest ou dans le centre ouest, là. Ça fait qu'il y a des enjeux comme ça de répartition qui sont tantôt historiques, tantôt aussi de répartition en fonction des... justement de la population, l'augmentation.

**M. Fortin :** Oui, mais en même temps, le PREM, là, le fameux nombre de médecins qui est alloué à chaque région annuellement, là, le ministère a le pouvoir de dire : On en alloue un paquet de plus à Montréal cette année-là ou un paquet de plus à l'Outaouais cette année-là. Tu sais, le ministère peut jouer avec ces paramètres-là. Alors, qu'est-ce qui fait en sorte qu'il en manque? Comme je disais, j'ai des chiffres à 70 ou quelque chose comme ça à Montréal, là, environ.

**M. Gendron (Yvan) :** Oui, je vais laisser Dre Opatrny.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Alors, la répartition, on est dans une situation où on est en train de regarder...

**Le Président (M. Leitão) :** Excusez, pourriez-vous juste vous présenter pour que ça soit... c'est enregistré.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe dans la direction DGAUMIP.

**Le Président (M. Leitão) :** Merci.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Alors, pour... On est dans un contexte où on a une pénurie absolue, qu'il faut diviser, mais aussi dans un contexte où on essaie d'augmenter la productivité de ceux qui sont là. Alors, c'est une question aussi de distribuer un nombre qui est sous-optimal dans toutes les régions.

La question était vraiment pour la région de Montréal, puis il y a des enjeux différents. Quand on regarde les patients qui sont suivis par les médecins de Montréal, il y a beaucoup plus de pourcentage des personnes qui ne proviennent pas de Montréal, comparé aux autres régions, alors, les personnes des trois L ou de Montérégie qui viennent sur l'île pour travailler, qui sont suivies par les médecins sur l'île. Alors, c'est un phénomène qu'on voit plus à Montréal qu'on voit dans d'autres régions. Alors, ça explique en partie cet élément-là. Alors, ça, ça explique en partie.

Maintenant, qu'est-ce qu'on fait pour voir comment rehausser l'accessibilité à un médecin de famille? Il y a plusieurs axes que... M. Gendron a mentionné déjà quelques-uns. Par exemple, on a une cible absolue de 175 000 répartis dans tous les RLS...

**M. Fortin** : Une cible absolue de quoi, pardon?

**Mme Opatrny (Lucie)** : Pardon?

**M. Fortin** : Une cible absolue de quoi? C'est quoi? 175 000 quoi?

**Mme Opatrny (Lucie)** : 175 000 personnes nouvelles, du guichet, qui vont être suivies par un médecin de famille d'ici 2020 pour voir comment on peut aller... juin 2020, pour aller vers notre cible de 85, puis espérons même aller plus si on peut.

**M. Fortin** : Je vous arrête deux secondes, si vous le permettez. M. le Président, j'aimerais ça savoir essentiellement... Là, vous me dites qu'il y a une pénurie absolue, hein? Donc, il manque de médecins de façon générale. C'est ce que vous dites. Ce n'est pas juste à Montréal qu'il en manque, là, il en manque ailleurs, puis là on s'arrange, on essaie de répartir la pénurie, dans le fond, là, puis, à Montréal, vous êtes à moins 70.

Mais, quand vous dites : On veut, d'ici huit, neuf mois, là, qu'il y ait 175 000 patients de plus qui soient pris, est-ce que vous vous adressez à la pénurie de médecins? Est-ce que vous dites : Il va y avoir plus de médecins formés cette année qu'il y en a qui vont prendre leur retraite? Est-ce qu'il va y avoir plus de médecins?

Dans le fond, ma question, là, c'est : C'est quoi, la pénurie absolue, là? Est-ce qu'il manque 300, 400, 500, 600 médecins au Québec, médecins de famille? Et est-ce qu'essentiellement on est en train d'en former plus qu'il y en a qui prennent leur retraite?

**Mme Opatrny (Lucie)** : On est en train de former plus de médecins que... prennent leur retraite actuellement et on est en train de regarder les calculs actuariels pour voir est-ce qu'on devrait augmenter ce chiffre-là encore plus. En plus de ça, est-ce qu'il y a une façon qu'on peut aller chercher les médecins qui ont quitté le Québec, de les ramener ici pour travailler?

**M. Fortin** : Il y en a-tu tant que ça?

**Mme Opatrny (Lucie)** : Pardon?

**M. Fortin** : Il y en a-tu tant que ça, des médecins qui ont quitté le Québec pour aller ailleurs pour... qui pourraient être intéressés à revenir? Est-ce que notre taux de, disons, d'échange avec les autres provinces canadiennes est si négatif que ça?

**Mme Opatrny (Lucie)** : À chaque année, on a un net exode de médecins qui terminent l'école pour... et l'école et aussi pour la résidence, qui quittent le Québec, oui.

**M. Fortin** : De combien environ?

**Mme Opatrny (Lucie)** : L'année passée, je crois que c'était 65. C'est environ une soixantaine.

**M. Fortin** : 65 médecins qui terminent l'école, qui quittent le Québec. Il y en a combien qui...

**Mme Opatrny (Lucie)** : Net, parce qu'il y a aussi des gens qui viennent ici pour faire la résidence. Alors, je parle de l'exode net.

**M. Fortin** : Il y en a combien qui graduent à chaque année au Québec?

**Mme Opatrny (Lucie)** : Je crois qu'il y a 800... il y a plus... il y a entre 800 et 900. Il y a 873, je crois.

**M. Fortin** : Donc, on en perd 7 %, 8 %, là, disons, à chaque année au net, là.

**Mme Opatrny (Lucie)** : À peu près.

**M. Fortin** : O.K. Et donc, là, vous allez faire un effort pour rapatrier ces gens-là.

**Mme Opatrny (Lucie)** : Exactement.

**M. Fortin** : Comment vous allez faire ça? Un médecin qui est établi, je ne sais pas, moi, à Thunder Bay, ou à Regina, ou ailleurs, là, comment vous allez le convaincre de revenir au Québec?

**Mme Opatrny (Lucie)** : C'est une combinaison. En partie, nos conditions de pratique sont intéressantes ici. Deuxièmement, beaucoup d'entre eux qui ont quitté ont quand même de la famille ici, qui sont intéressés à revenir. C'est aussi de diminuer la bureaucratie, de voir comment revenir, de faciliter le processus, comme on a fait, par exemple, avec les médecins hôtes. Il y a le Recrutement Santé Québec qui nous aide en lien avec ça aussi.

**M. Fortin** : O.K. J'aurais 1 million de questions là-dessus, là, mais je vais arrêter. Je veux vous parler... puis je ne sais pas combien de temps il me reste, M. le Président...

**Le Président (M. Leitão)** : ...

• (16 heures) •

**M. Fortin** : Trois minutes. En trois minutes, on va essayer de résoudre quelque chose, vous et moi, là, si c'est possible, là. Un médecin qui quitte, qui prend sa retraite, là. Disons qu'il est dans une clinique. On est deux, là. Moi et le député de Rivière-du-Loup, on est deux médecins, on pratique ensemble, on est dans la même clinique. Moi, je décide de prendre ma retraite. J'en informe le CISSS, le CISSS de ma région. Je prends ma retraite au 1er janvier, mais le PREM, il n'est pas alloué encore, là. Alors, il n'y a pas nécessairement de médecin qui s'en vient, là. Le député de Rivière-du-Loup, qui est médecin avec moi, il est pris tout seul pour s'occuper de plus de patients parce qu'il n'y a pas de médecin alloué à cette clinique-là pour les 1 500 patients desquels je prends soin.

Alors, comment on améliore le système? Comment vous allez faire pour s'assurer que tous ces patients-là, là... Là, je me mets dans la peau du patient. Il apprend que son médecin s'en va, il n'y a pas de nouveau médecin d'alloué à cette clinique-là, là. Ça ne marche pas comme ça en ce moment, là. Il faut attendre, il y a une allocation régionale qui va être offerte, puis peut-être que la clinique va être capable d'attirer ce médecin-là, peut-être qu'il va aller ailleurs. Mais les 1 500 patients, eux autres, ils se retrouvent, du jour au lendemain, pas de médecin.

Alors, est-ce que la formule actuelle fonctionne? Quand on parle d'améliorer, là, disons, le pourcentage de monde qui ont un médecin de famille, on peut-tu commencer par s'occuper du monde qui en ont un puis qui veulent juste le garder, là? Eux autres, ils sont déjà dans le système, puis ça va déjà bien. Comment on s'assure que ces gens-là ne perdent pas leur médecin de famille? Ça se fait-tu?

**Mme Opatrny (Lucie)** : Les médecins de famille et le ministère partagent votre inquiétude là-dessus. Alors, quand un médecin prépare sa retraite, et j'utilise le mot «prépare» parce que, souvent, il va annoncer des mois ou même une année à l'avance qu'il va prendre sa retraite, il y a différentes stratégies pour que soit ses collègues dans son milieu, parce que souvent, maintenant, on a des groupes des médecins de famille, alors ce n'est pas deux qui pratiquent, c'est maintenant plus des groupes qui le reprend, ou d'autres cliniques reprend les patients qui vont perdre leur médecin de famille à la retraite. Alors, il y a des différentes stratégies qui sont en place pour voir comment faciliter cette retraite éventuelle.

**M. Fortin** : Mais attendez-moi une seconde, là, mes patients, là, les 1 500 que moi, j'ai, ils ne vont pas se faire prendre en charge par une autre clinique. Là, vous êtes en train de me dire que tous ces patients-là vont passer en avant du monde qui sont sur la liste d'attente en ce moment? Je ne peux pas croire.

**Mme Opatrny (Lucie)** : Il y a un processus de regarder leur niveau de vulnérabilité, etc., mais les personnes, souvent, ils ont plusieurs médicaments que ça prend des renouvellements, etc., alors il y a une stratégie d'arrimage pour voir comment, tout en respectant les délais dans le GAMF, d'aussi prendre en charge les patients. Mais il y a... ce n'est pas tous les patients qui proviennent de la liste d'attente du GAMF. Il y a plusieurs façons que les nouveaux patients sont pris en charge par les médecins de famille.

**M. Fortin** : Mais ce n'est pas un problème, ça, que les gens ne passent pas par la liste d'attente? Est-ce que vous ne trouvez pas que c'est un enjeu que... Tu sais, vous dites : Il y a plusieurs façons d'avoir un médecin de famille. Mais il me semble que, pour le patient, de savoir que la liste est là, que tout le monde suit la liste, là, ce serait logique. Là, vous me dites qu'il y a d'autres façons d'y arriver. J'essaie de comprendre c'est quoi.

**Mme Opatrny (Lucie)** : De s'inscrire sur une liste de GAMF est volontaire. Il faut que... C'est un acte volontaire.

**M. Fortin** : Bien sûr.

**Mme Opatrny (Lucie)** : Et ce n'est pas tous les Québécois qui décident de s'inscrire sur une liste.

**M. Fortin** : Je suis d'accord.

**Mme Opatrny (Lucie)** : On ne peut pas prévenir qu'un Québécois qui décide de ne pas s'inscrire au GAMF, de dire : Parce que vous avez... ou, en tout cas, en ce moment, on n'est pas là pour dire que, parce que vous n'avez pas décidé de vous inscrire, vous n'avez pas le droit d'avoir un accès à un médecin de famille.

**M. Fortin** : Non, non, je comprends ça. Ce n'est pas là, l'enjeu. En fait, ce que j'essaie de comprendre... Et vous me dites : Les médecins sont préoccupés par ça. Et, absolument, je n'en doute pas qu'ils sont préoccupés. Mais, moi, ce qui m'inquiète, c'est que tous ces patients-là tombent sans médecin du jour au lendemain. Le jour où je décide, là... La façon que le PREM est octroyé en ce moment, ça ne garantit pas à une clinique... bien, même pas la clinique, là, ce n'est pas la clinique qui est importante, c'est le patient, ça ne garantit pas au patient qui est suivi par un médecin depuis plusieurs années qu'il y a quelqu'un qui va le reprendre en charge.

Donc, il y a des cliniques qui sont bien organisées, disons, qui n'ont pas de problème à attirer des nouveaux médecins qui, eux, vont être capables de le faire. Mais il y a des cliniques où c'est peut-être plus difficile, ce n'est pas naturel, on

n'est pas sûr s'il va y avoir un PREM, où tous ces patients-là vont tomber puis vont se retrouver sur la liste d'attente, probablement, là.

Mais vous me dites que ça préoccupe les médecins. Mais est-ce qu'il y a quelque chose... Il y a-tu une formule nouvelle pour le PREM qui est en train d'être travaillée? Il y a-tu une nouvelle façon d'octroyer ça qui est en train d'être préparée au ministère? C'est ça qui m'inquiète, puis je pense que ça inquiète bien des patients qui se disent : Mon médecin va prendre sa retraite dans un, deux, trois ans, je ne sais pas ce qui va m'arriver.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Ce n'est pas un transfert de quelqu'un qui prend la retraite vers un nouveau facturant. Le transfert se fait, puis on a un système de directeurs de médecine générale régionale, des DRMG, qui sont au courant de qui sur leur territoire va prendre leur retraite, et ils sont en lien avec tous les GMF et tous les médecins pour organiser la retraite. Ça serait très lourd pour, en bloc, donner tous les patients de quelqu'un qui est en pratique depuis des... quelques décennies tout à un nouveau facturant. Alors, ce n'est pas le processus. Et souvent c'est en blocs de... en tout cas, des regroupements de 100, 200, 300 patients qui sont donnés aux collègues en pratique pour s'assurer qu'il y a une continuité de soins.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien, merci beaucoup. C'est déjà tout le temps que nous avons pour ce bloc. Alors, on revient du côté gouvernemental, et je pense que c'est Mme la députée de Lotbinière-Frontenac.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) :** Merci. Donc, bonjour. Moi, ma question va être sur les contrats gré à gré. Dans le rapport concernant l'application de la Loi sur les contrats des organismes publics, on indique que, pour l'ensemble des organismes publics, de 2014 à 2019, la proportion des contrats de gré à gré par rapport à l'ensemble des contrats conclus est de 20 %. Par contre, pour votre ministère, pour la même période, 2014 à 2019, le pourcentage total des contrats de gré à gré est de 80 %. Donc, qu'est-ce qui explique cette disproportion-là par rapport aux autres organismes?

**M. Gendron (Yvan) :** C'est ça. Je débiterais la réponse, puis après ça Luc Bouchard va pouvoir poursuivre la réponse de ce côté-là. Mais, évidemment, le nombre de contrats qui ont été conclus de gré à gré au ministère, c'est de 20 %, là, mais il est vrai que la proportion en termes monétaires, et autres, là, c'est 80 %. Donc, la valeur des contrats de gré à gré s'explique par le fait qu'il y a 10 contrats, O.K., de gré à gré qui ont été donnés, là, dont 4 % qui accaparent à eux seuls, là, 60 % des valeurs des contrats. Donc, il faut faire la relativité par rapport à ça. Mais évidemment il y a des éléments qui touchent, là, à des règles qui sont... exemple, le fournisseur unique, O.K.? Puis, évidemment, 90 % de la valeur des contrats qui ont été donnés de gré à gré, c'est avec un fournisseur unique. Donc, après vérification, après analyse, après avis d'intention, et autres, là, on s'aperçoit qu'il n'y a seulement qu'un fournisseur unique à laquelle on peut donner, finalement, le contrat.

Je pourrais peut-être passer la parole à M. Luc Bouchard, qui est mon sous-ministre adjoint à ce niveau-là, de poursuivre, si vous permettez.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. M. Bouchard, vous vous identifiez.

**M. Bouchard (Luc) :** Merci beaucoup. Effectivement, comme le disait M. Gendron...

**Le Président (M. Leitão) :** ...

**M. Bouchard (Luc) :** Luc Bouchard, je m'excuse, sous-ministre associé, Direction générale des technologies de l'information, au ministère de la Santé.

**Le Président (M. Leitão) :** Merci. Allez-y.

**M. Bouchard (Luc) :** Bienvenue. Alors, comme le disait M. Gendron, en valeur absolue, le 20 % représente le nombre. Le montant est plus de l'ordre de 80 %. C'est une question de travail. On travaille avec le CSPQ. Beaucoup de mandats sont donnés au CSPQ pour... et, au nom du ministère de la Santé, négocier des contrats avec nous, pour nous, O.K.? Alors, beaucoup de contrats passent via le CSPQ, par les voies officielles, l'appel d'offres, etc.

Pour ce qui est des contrats avec des composantes exceptionnelles, fournisseur unique, autres circonstances comme ça, à ce moment-là, le ministère va commencer à négocier, il va faire la négociation avec les organisations ou avec les firmes. Et, en valeur absolue, même si c'est 20 % des contrats qui représentent 80 %, ce sont des contrats importants. On pense... le contrat avec Microsoft, qui est de 71 millions de dollars. Sur la valeur totale des contrats négociés en gré à gré, c'est important. Puis pourquoi on a négocié avec Microsoft en gré à gré, c'était pour l'ensemble des licences du Québec d'Office, les systèmes informatiques, etc., O.K.? Alors, c'est un fournisseur unique, clause 13.2 ou 13.4, peu importe, et c'est ça qui nous amène à négocier en gré à gré avec des firmes qui ont un produit unique.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) :** O.K. Je vais passer à une autre question. J'ai regardé dans le rapport, j'ai été un petit peu surprise de voir ça. C'est concernant le lavage de mains, c'est marqué «taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements». Pour moi, le lavage de mains va de soi, surtout pour les personnes qui travaillent dans les établissements de santé. Votre cible était de 80 %, puis le résultat en 2018-2019, il a quand même augmenté aux années passées, est de 69 %, là. Comment vous expliquez ça puis qu'est-ce que vous allez faire pour atteindre votre cible, là?

• (16 h 10) •

**M. Gendron (Yvan) :** C'est une lutte constante, O.K.? Le contrôle des infections, le travail auprès de nos intervenants, qu'ils soient médecins, qu'ils soient préposés, qu'ils soient hygiénistes, qu'ils soient, tu sais, à tous les niveaux, là, c'est un travail constant, mais aussi auprès des familles, O.K., les familles des proches, qui sont aussi des vecteurs, donc des transporteurs, là, de germes, et autres, comme tels. Donc, tous les établissements, là, à l'expérience de beaucoup de situations qui se sont passées, épidémiologiques, puis le Dr Horacio Arruda va pouvoir compléter par la suite, là, mais ça fait partie de nos us et coutumes. Et on met même jusqu'à, des fois, des agents de sécurité pour contrôler justement le lavage des mains dans les zones où est-ce qu'il y a de l'éclosion, O.K., pour s'assurer que les gens prennent les bonnes façons de faire et s'assurent... Parce que ça va vite, hein? Et le personnel de la santé a beaucoup de travail, il doit multiplier le nombre d'actes, et autres, là. C'est impressionnant, le nombre d'actes qu'ils doivent poser, mais c'est un défi régulier à ce niveau-là. Et l'équipe d'Horacio Arruda, avec l'ensemble des directions, là, et les groupes de prévention de lutte contre les infections, là, s'y attellent jour après jour. Mais c'est un élément de base, au niveau de la prévention des infections, qu'est le lavage de mains, là, et ce, pour tous les professionnels. Donc, Dr Arruda?

**Le Président (M. Leitão) :** En vous identifiant, s'il vous plaît.

**M. Arruda (Horacio) :** Bonjour. Horacio Arruda, M. le Président, Horacio Arruda, directeur national de la santé publique et sous-ministre adjoint à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé. Bonjour.

Écoutez, le comportement... Premièrement, il faut comprendre qu'il y a des cohortes de nouvelles personnes qui rentrent à chaque année au niveau du travail. Le comportement de lavage de mains, c'est un comportement qui est une bataille continue autant au Québec qu'ailleurs. Il fait partie maintenant de nos indicateurs de suivi pour augmenter la sécurité de soins. On a aussi une campagne de sécurité de soin, là, qui est en cours avec les directions de qualité dans les différents établissements pour mettre ces indicateurs-là. On les a dans les ententes de gestion.

Donc, on utilise différentes stratégies comme telles, avec des semaines de promotion du lavage de mains, puis c'est ça qu'on veut atteindre, ce 80 %. Il y a des secteurs où c'est plus que 80 %, mais, si on regarde l'ensemble du personnel, ce n'est pas encore atteint, mais ça va être un travail qui est continu et qui va devoir même demeurer dans le temps compte tenu des nouvelles cohortes d'individus et de travailleurs. Et je pense qu'on essaie aussi de responsabiliser aussi même le patient, qui peut aussi demander à s'assurer que les personnes le font, là, parce que, des fois dans l'oubli, dans la vitesse, ils peuvent oublier de se laver les mains d'un patient à l'autre.

Mais c'est un travail qui est continu. Comme ailleurs, on essaie de... mais, par contre, nous, on l'a placé comme haute priorité en termes de gestion et de prévention. Quand il y a des situations d'éclosion, comme le disait le sous-ministre, il y a même des fois des gardiens qui sont là pour observer.

On fait aussi, en termes d'évaluation, si vous me permettez, des audits. C'est-à-dire qu'on avalise, on vérifie le lavage des mains par une personne qui observe les gens sans le savoir que c'est dans une perspective d'évaluation pour éviter ce que j'appellerais les périodes où les gens savent qu'il y a une évaluation, ils vont se laver les mains devant l'évaluateur.

Donc, les chiffres qu'on a sont des chiffres qui sont quand même relativement solides et qui sont faits avec une méthodologie qui est recommandée par les autorités de santé publique.

**M. Gendron (Yvan) :** Et, en complément, si vous permettez, là, je pourrais vous dire que c'est quand on pense, mettons, toute la question de la diarrhée associée au clostridium difficile, hein, au C difficile, pour juste vous montrer quand même, parce que, malgré le fait qu'on veut vraiment augmenter de façon importante le pourcentage de lavage de mains, mais 99 % des établissements observent, dans le fond, l'ensemble, là, des pratiques, là, donc un taux d'infections nosocomiales qui est conforme au taux établi.

Donc, on a quand même des succès fort importants. On est passés de 87 % à 99 % et, dans plusieurs sources comme ça, on augmente. Maintenant, on fait face, bien sûr, à l'évolution de ces bactéries-là, de ces virus-là, etc. Donc, c'est un combat de tous les jours et de tout le temps.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) :** Parfait.

**Le Président (M. Leitão) :** Deux minutes.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) :** Deux minutes? O.K. Je remarquais aussi le nombre d'activités de dépistage d'ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans. J'ai vu qu'il y avait... c'était toujours... le nombre est toujours en augmentation. Les chiffres, selon moi, sont quand même très alarmants. Donc, qu'est-ce que... Bien, pour quelle raison, premièrement, puis qu'est-ce que vous comptez faire, là, pour atteindre votre cible ou que ce soit un petit peu...

**M. Gendron (Yvan) :** Oui. Bien, écoutez, puis je vais passer la parole à Dr Arruda, là, mais, évidemment, il faut dépister, il faut sensibiliser. Et les cohortes de jeunes changent, hein, au fur et à mesure. Donc, je dirais, c'est un éternel recommencement pour s'assurer, là, qu'ils ont des bonnes pratiques, là, pour éviter justement toutes ces infections-là transmises sexuellement et par le sang, là. Donc, il faut poursuivre, puis avec les CLSC, avec différentes stratégies, avec les organismes communautaires, par exemple, là, il faut se rapprocher. Dr Arruda.

**M. Arruda (Horacio) :** Oui. Est-ce que je dois me représenter? J'ai été présenté.

**Le Président (M. Leitão) :** Continuez.

**M. Arruda (Horacio) :** Bonjour. C'est parce que j'essaie de suivre le protocole. Écoutez, le défi des ITSS est un défi international. Il y a une augmentation, notamment d'infections par les ITSS, autant de la chlamydia que des cas de syphilis qui sont réapparus actuellement. Il faut voir qu'après la période, je vous dirais, sida, comme tel, il y a eu comme un certain recul, l'utilisation du condom était devenue une norme comme telle. Maintenant que les maladies de cette nature-là sont traitables, il y a comme un certain relâchement au niveau du comportement.

Ça fait que nos stratégies sont multiples. Elles sont, un, premièrement d'éduquer, de commencer très jeune à éduquer. On commence même sans parler de sexualité, mais d'apprendre aux jeunes de ne pas céder sous la pression des autres soit par rapport à la drogue ou par rapport à une relation sexuelle non protégée. Donc, des actions qui sont en amont, dès le milieu scolaire, adaptées, bien entendu, au niveau comme tel. Et il y a... et on essaie de rejoindre les jeunes par différentes stratégies, certains jeunes à l'intérieur de cliniques de CLSC ou cliniques de dépistage des ITSS. Il y a aussi des organismes communautaires qui vont rejoindre les individus là où il y a des plus grands risques, des organismes communautaires qui vont notamment intervenir dans certaines zones particulières, des cliniques adaptées aux clientèles qui ne consultent pas le système de soins habituel, notamment les gens qui utilisent des drogues., etc.

Donc, dans le fond, c'est une augmentation de stratégies, en termes communicationnels par rapport aux comportements, qui commencent très jeune, et puis avec des cliniques de dépistage qui sont offertes, et, bien entendu, un traitement. Il y a même, dans certaines situations, ce qu'on appelle de l'intervention auprès des partenaires multiples, c'est-à-dire que les équipes de santé publique, en collaboration avec le médecin traitant, peuvent aider à faire du dépistage chez les contacts étroits des personnes individuelles.

En fin de compte, on intensifie ces éléments à travers aussi, je vous dirais, des nouvelles approches qu'il va y avoir dans les milieux de soins, auprès de la jeunesse, notamment, en lien avec des dossiers comme Aire ouverte. On va aussi s'assurer que, dans le cadre des consultations qu'un individu pourrait avoir soit pour un problème de santé mentale ou un problème de toxicomanie, mais que les services soient disponibles là, proche des individus. Donc, cette nouvelle approche là va peut-être contribuer, mais ça demeure un défi important en termes de santé publique.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Merci beaucoup. C'est déjà tout pour ce bloc.

Et on va du côté du deuxième groupe d'opposition. M. le député de Rosemont, la parole est à vous pour bloc de huit minutes.

**M. Marissal :** Huit minutes. Merci, M. le Président. Messieurs, dames, je ne vous saluerai pas tous, les huit minutes vont y passer. Alors, merci d'être là quand même, c'est un exercice qui est agréable, puis je vous dirais franchement, sur une note personnelle, que, pour un ancien journaliste, c'est presque un fantôme, là, que d'avoir tous ces gens à qui on peut poser toutes les questions pendant huit minutes. Bon, mais on aura deux fois huit minutes, ça fait...

**Des voix : ...**

**M. Marissal :** Mais là je m'é gare puis je suis en train de brûler mon temps en niaiseries. Alors, j'y vais, je fonce. Alors, vous avez parlé de pénurie de main-d'oeuvre tout à l'heure, M. Gendron, mais vos termes sont assez généraux. Vous parlez d'effort, oui, c'est bien. Et le taux de rétention, en particulier des infirmières, est-ce que vous avez des statistiques là-dessus? On a eu des statistiques récemment, notamment sur les enseignantes qui quittent avant d'avoir atteint cinq ans d'ancienneté. C'est assez alarmant. Chez les infirmières, avez-vous ce type de statistiques soit dans les cinq premières années, soit avant l'âge de 35 ans?

**M. Gendron (Yvan) :** Oui. Donc là, je dissocie mes taux de rétention. Parfait. O.K. Quand on regarde, mettons, pour la question des infirmières, c'est bien ça, nos infirmières, là, O.K., on a plusieurs taux. Quand on regarde de façon générale l'évolution, là, du nombre de personnes à temps complet, l'évolution du nombre d'heures travaillées par période de paie, des éléments de ce style-là, on est en augmentation à peu près partout dans toutes les régions, O.K.? Donc, on augmente.

Est-ce que, dans le taux de rétention du personnel... Souvent, quand on regarde à Montréal, les jeunes, on a une stratégie différente de ceux qui étaient plus vieux, donc, ils sont plus volages, donc ils se promènent des fois dans plusieurs établissements dans leurs premières années de vie, mais on les récupère tout le temps, donc, dans ce temps-là. Mais... Parce qu'il y a une période de temps où il y avait plus de 50 % des infirmières qui quittaient dans la première année, là, c'est beaucoup moins maintenant. Mais là ils transitent des fois dans différents centres hospitaliers. Mais, quand on regarde l'évolution, mettons, du taux d'heures travaillées par statut d'emploi, il a augmenté, O.K.? Donc, c'est intéressant là-dedans.

Mais évidemment on a différentes stratégies pour pouvoir les retenir, là, parce que, malgré le fait qu'on augmente le pourcentage de personnes qui travaillent ou le nombre de personnes, bien, la question... on peut donner l'exemple du programme de bourses des préposés aux bénéficiaires qui étaient données, les 2 000, là, qui n'ont pas toutes été données encore parce que, bon, je pense qu'on est dans la promotion, là, mais on attire des gens. Ça, c'est une stratégie, par exemple, toutes les bourses au niveau des préposés aux bénéficiaires. On a des bourses de différents types dans différentes professions qu'on essaie d'augmenter, qu'on a augmentées, d'ailleurs, dans les derniers temps, pour s'assurer d'intéresser les jeunes, de leur donner des plus grandes formations, de donner accès à ce niveau-là.

Évidemment, il faut améliorer aussi l'environnement physique, l'environnement de la charge de travail. Donc, l'environnement physique, il y a beaucoup de rénovations dans les différents établissements, qui vont améliorer un peu, là, je dirais, la rétention du personnel, des environnements qui sont plus adéquats en termes de milieu sain, un environnement sain de travail, là, c'est important là-dedans.

**M. Marissal :** M. Gendron, ma question était vraiment plus statistique. Avez-vous...

**M. Gendron (Yvan) :** Plus statistique?

**M. Marissal :** ...statistique sur vous en perdez combien, d'infirmières, après cinq ans. Je dis cinq ans parce que c'est souvent une mesure qui est donnée, là. Combien quittent la profession? Pas pour la retraite, là, évidemment.

• (16 h 20) •

**M. Gendron (Yvan) :** O.K. Je vais passer... Non, je comprends. Je vais passer la parole à Vincent Lehouillier, qui est le sous-ministre adjoint, puis je vais le laisser se présenter. Vincent.

**M. Lehouillier (Vincent) :** M. le Président, Vincent Lehouillier, sous-ministre adjoint à la Direction générale du personnel réseau et ministériel.

Alors, on n'a pas les données avec nous spécifiquement sur la rétention, là, des infirmières, on pourra les acheminer au secrétariat de la commission, mais, globalement, comme le disait le sous-ministre, les infirmières vont demeurer à l'intérieur du réseau de la santé, mais il se peut, effectivement, dans certains milieux, qu'elles vont changer d'employeur. On a... Quand elles quittent, elles vont souvent vers les agences de main-d'oeuvre indépendantes, puis il y a un indicateur dans notre entente de gestion et d'imputabilité, puis c'est dans notre rapport annuel de gestion, puis notre défi, là, c'est de les ramener de ces entreprises privées là puis de les ramener dans le réseau de la santé et des services sociaux, là. Et c'est pour ça qu'on donne une cible aux établissements, dans le fond, pour s'assurer qu'on puisse déployer des efforts. Au nombre des efforts, en plus de ce qu'a nommé le sous-ministre, c'est vraiment de proposer des postes aux infirmières qui sont intéressants, des postes à temps complet le plus possible, et des postes où il y a une prévisibilité dans l'horaire, puis d'être capables, dans le fond, d'avoir des équipes complètes, là. C'est un peu les éléments sur lesquels on travaille pour favoriser la rétention, en plus de ce que M. Gendron a avancé.

**M. Marissal :** Vous en perdez combien vers les agences?

**M. Lehouillier (Vincent) :** En fait, si on le prend à l'envers, là, du côté de la main-d'oeuvre indépendante, là, on a les données dans l'entente de gestion et d'imputabilité, mais on a un pourcentage... Dans le fond, c'est une de nos trois cibles, là, dans notre... Je vais trouver la donnée, mais on a quelque chose comme moins de 10 %, là, dans le fond, des heures travaillées dans le réseau qui sont en heures supplémentaires... en main-d'oeuvre indépendante. Donc, je vous donne ça tout de suite. Donc, on est à peu près à 2,38 % de nos heures travaillées qui sont en main-d'oeuvre indépendante. Donc, ce sont des personnes qui travaillent physiquement dans nos murs, mais qu'on voudrait ramener à l'embauche des établissements pour favoriser une plus grande collaboration dans les équipes.

**M. Marissal :** O.K. Dites-moi si je suis complètement dans le champ, là. Nous, on a des sources qui nous disent qu'environ 6 000 infirmières travaillent hors du réseau, que 6 000 travaillent à temps partiel.

**M. Lehouillier (Vincent) :** Du côté des infirmières à temps partiel dans le réseau, il y en a de moins en moins, en ce sens qu'il y a une pénurie de main-d'oeuvre. Donc, on est en mesure d'offrir... les établissements sont en mesure d'offrir des postes à temps complet à toutes les infirmières qui le souhaitent. Il y a des infirmières, par contre, qui font le choix personnel de ne pas accepter un poste à temps complet et, à l'occasion, d'accepter du temps supplémentaire. Donc, ça, c'est une réalité avec laquelle on vit, parce qu'une infirmière ne veut plus dire un ETC nécessairement dans le réseau. Pour toutes sortes de raisons personnelles, les gens font de plus en plus ces choix-là.

S'il y a des infirmières hors réseau, ce n'est pas toujours non plus un enjeu majeur. Quand on retrouve des infirmières en résidence de personnes âgées, dans des ressources intermédiaires, à titre d'exemple, ou dans des partenaires du réseau, ces infirmières-là contribuent aussi à l'offre de services à la population. Donc, pour nous, on ne veut pas aller, disons, cannibaliser les partenaires du réseau pour les ramener, mais ce qu'on vise, c'est vraiment aller chercher les infirmières qui travaillent dans les agences de main-d'oeuvre et les ramener davantage à l'emploi des établissements. C'est davantage cette catégorie d'infirmières là qu'on souhaite voir revenir dans le réseau.

**M. Marissal :** Très bien, merci. Et là je comprends que vous acheminerez à la commission...

**M. Lehouillier (Vincent) :** Les données.

**M. Marissal :** ...les chiffres plus précis quant à la rétention...

**M. Lehouillier (Vincent) :** Le taux de rétention, oui.

**M. Marissal :** ...des infirmières. On se comprend bien là-dessus.

**M. Lehouillier (Vincent) :** Oui, tout à fait.

**M. Marissal :** Très bien. Merci. Je vais commencer, là, je ferai sur le deuxième tour, parce qu'on n'aura pas le temps, je ne peux pas ne pas parler des systèmes informatiques et de l'informatisation du réseau de la santé. Ça fait partie de nos travaux ici aussi. La Vérificatrice générale, vous le savez, en a parlé à l'occasion. Je vais y aller d'abord avec une question générale puis je pourrai peut-être y aller plus précisément tout à l'heure. Avez-vous... Parce que ça ne va pas

superbien, on va se le dire, là, on entend parler régulièrement de ratés, pour ne pas dire plus. Avez-vous les ressources et l'expertise pour y arriver ou si on va être obligé d'aller vers le privé, comme semble vouloir le faire le gouvernement actuellement?

**M. Gendron (Yvan) :** Bien d'abord, la réponse est à deux niveaux, hein? Évidemment, le ministère de la Santé n'est pas là pour développer des applications informatiques, n'est pas là pour soutenir des applications informatiques, mais pour s'assurer de répondre aux besoins, définir les besoins, les orientations, soutenir les établissements dans leurs, je dirais, acquisitions, et autres, là. Puis une acquisition, pour moi, là, c'est de s'assurer que l'information qui va transiter par une application informatique, là, elle va être au service du patient, du citoyen et du clinicien, de l'utilisateur, finalement. Puis ça, c'est le grand défi actuellement.

On est dans une phase de transition informatique importante au niveau de l'ensemble du ministère de la Santé et Services sociaux, là, parce qu'il y a beaucoup d'applications qui sont très désuètes, il y a eu un moratoire pendant de nombreuses années, et là on sort du moratoire. Mais évidemment ça prend des dossiers qu'on appelait dossiers cliniques informatisés, que, maintenant, on appelle dossiers santé numériques, là, qui vont venir faire comme le lien, le noyau avec les différentes applications de laboratoire, de prélèvement, et autres comme telles. Il y a un défi important là-dessus. Je pourrais laisser la parole à Luc Bouchard, là, qui est responsable de ce secteur-là comme sous-ministre adjoint.

**Le Président (M. Leitão) :** Peut-être dans le prochain bloc puisque nous avons... notre temps est écoulé. Alors, M. le député de Portneuf, vous discutez... vous disposez, excusez-moi, d'un bloc de huit minutes.

**M. Caron :** Merci, M. le Président. Je voudrais revenir un petit peu, parce que c'est un sujet vraiment préoccupant, la question des médecins de famille, et puis je pense qu'il faut qu'on travaille pour rassurer notre population puis s'assurer que ça s'améliore. Peut-être qu'il y a une mauvaise évaluation qui a été faite dans les dernières années avec les départs en retraite, etc. Selon les données de l'OCDE, pour 1 000 habitants, bien, on est assez loin derrière dans les ratios. Il y a des projets intéressants à l'université de Rimouski, Lévis, Gatineau, mais ces mesures vont tarder à se concrétiser sur le terrain. Et en plus, bien, il y a cette réalité des nouveaux médecins, la féminisation de la profession. Et on sait — n'y voyez pas là du tout une critique — qu'une femme, bien, espère aussi avoir des enfants. Et puis il y a tout ce temps de la maternité qui y est consacré. Il y a la conciliation travail-famille. Il y a les médecins qui veulent de plus en plus s'accorder une belle qualité de vie. C'est sûr que les chiffres, et, tout à l'heure, j'entendais la dame qui vous accompagnait, les chiffres sont beaux. En réalité, je veux dire, les statistiques sont beaux, beaucoup de gens sont inscrits à un médecin, mais la difficulté, c'est d'y avoir accès. Juste dans Portneuf, il y a 1 926 personnes qui sont en attente d'un médecin de famille.

Tout à l'heure vous parliez d'une mesure que je trouve vraiment très intéressante, les IPS. Est-ce que, là, on connaît déjà leur nombre, dans un premier temps? Et j'aimerais connaître la manière dont ils vont être déployés. Est-ce que c'est le DRMG qui va les déployer ou est-ce que c'est les directions régionales? Comment ça se passe?

**M. Gendron (Yvan) :** Vous avez plusieurs questions dans votre ouverture, là.

**M. Caron :** C'est parce qu'on a peu de temps.

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait. Vous avez bien fait. C'était un bon moment.

**M. Caron :** Puis j'en ai d'autres encore.

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait. Je vais répondre de différentes façons, et, au besoin, je ferai intervenir Dre Lucie Opatny à ce niveau-là, là. Je vais commencer par le dernier électeur, les IPS. O.K.? Les IPS, la façon que ça fonctionne au départ, c'est d'aller chercher l'intérêt, quelles personnes sont intéressées. Puis là il y a un concours qui émerge, là. Puis on regarde avec les établissements : Combien pensez-vous... avez-vous besoin d'IPS dans votre territoire, qu'ils soient en CLSC, qu'ils soient en CHSLD, qu'ils soient en soins à domicile, et autres, O.K.? Ça fait qu'on détermine ça un peu en fonction des besoins, puis après ça, bien là c'est un concours, hein? Qui est intéressé, finalement, à s'intégrer, justement, à cette formation-là, qui est quand même une surspécialisation? Déjà qu'ils ont fait leur bac et la maîtrise, là, donc c'est important.

Donc, à ce niveau-là, il y a des concours qui se passent. Et il y a un budget qui a été justement octroyé, dans la dernière adoption des crédits, là, pour aller chercher, pour compléter, pour les 2 000 IPS en 2025, O.K.? On pourrait dire : Peut-on le faire plus court? La réponse, c'est non, parce que c'est quand même quelques années de formation. Ces gens-là, donc, il y en a qui vont arriver plus vite que d'autres. On est quand même à quelques centaines en ce moment. On veut graduer vers l'ensemble de ces éléments pour s'assurer que 2018, par exemple, on a cinq spécialités d'IPS, hein, qui ont été déterminées par un règlement des classes, là, des spécialités d'infirmières spécialisées qui sont en première ligne, comme je le disais tantôt, les soins aux adultes, santé mentale, en néonatalogie ainsi qu'au niveau des soins pédiatriques. Donc, on a ciblé cinq secteurs pour lesquels on pense que, nous, là, il y avait un accès important pour assurer l'accessibilité aux services pour l'ensemble de la clientèle, quelle qu'elle soit.

**M. Caron :** ...comprendre un petit peu.

**M. Gendron (Yvan) :** Oui, allez-y.

**M. Caron** : Ce n'est pas parce que c'est inintéressant du tout, mais ma question était plus pour l'accessibilité des patients à la maison, de pouvoir rencontrer un médecin. On sait qu'ils ne peuvent pas le rencontrer. Donc, aujourd'hui, il y a des IPS qui vont être déployées aussi pour venir donner un coup de main au médecin de famille. Est-ce qu'un médecin de famille... Est-ce qu'on peut imposer à un médecin... Si je prends ma région, la région de Portneuf, tout à l'heure, vous me parlez des médecins solos et des médecins qui travaillent en GMF, bien, mais région est, d'un côté, un petit peu plus... j'allais dire, le secteur qui est plus proche de Québec, ville, on a beaucoup de médecins dans le secteur est. Et, dans le secteur ouest, parce que c'est plus la campagne, parce que c'est plus rural, on a beaucoup moins de médecins ou voire quasiment pas. Une des solutions pour palier à cette réalité, ce serait d'avoir des IPS.

Est-ce qu'on peut exiger qu'un médecin... Parce qu'il y a des médecins qui font, entendons-nous, là, encore la pratique comme avant. Et puis, aujourd'hui, de leur dire : Bien, tu vas prendre sous ton aile une IPS, certains ne sont pas très enclins à le faire. Est-ce qu'on a un moyen d'exercer une pression sur eux pour qu'ils puissent prendre une IPS et qu'on puisse répondre aux besoins de la population?

• (16 h 30) •

**M. Gendron (Yvan)** : Je vais passer la parole à Dre Opatrny, mais, d'abord et avant tout, disons que les médecins sont de plus en plus ouverts à cette pratique-là. O.K.? Le Collège des médecins aussi. Donc, ça favorise justement l'arrivée. Donc, imposition, on n'est plus dans l'imposition, on est dans trouver le bon partenariat au bon moment, là, en fonction des besoins de la clientèle. Dre Opatrny.

**Mme Opatrny (Lucie)** : Oui. Est-ce que je me réintroduis ou c'était...

**Le Président (M. Leitão)** : ...

**Mme Opatrny (Lucie)** : Oui. Alors, effectivement, l'important, c'est, un, d'avoir un médecin de famille et, deuxièmement, d'avoir accès aux soins. Je dis maintenant «accès aux soins» parce que ce qu'on a besoin, c'est d'avoir accès au professionnel qui peut nous donner les soins dont on a besoin. Et, des fois, c'est sûr, ça peut être un médecin de famille, qui est vraiment une pierre angulaire dans le système de première ligne, alors... et on a des indicateurs qu'on travaille avec les médecins de famille pour s'assurer que, quand on a besoin, là, d'un médecin de famille, de voir comment quelqu'un peut l'accéder rapidement. Mais, comme mentionnait M. Gendron, il y a aussi d'autres intervenants qu'on est en train de regarder en lien avec les projets de loi puis aussi avec le volet d'interdisciplinarité, comment d'autres intervenants — vous avez mentionné les IPS, aussi le projet de loi avec les pharmaciens a été discuté tout récemment — peuvent aussi donner les soins et l'accessibilité quand on a besoin dans les situations et contextes qu'on a besoin.

Vous avez parlé d'obliger un médecin de travailler avec les IPS. Comme a mentionné M. Gendron, cette dynamique-là et ce paradigme de... est vraiment en train de changer. Il y a toute une ouverture de travailler vraiment dans des équipes collaboratives dans les cliniques et aussi de regarder la fluidité entre la clinique, soins à domicile, hospitaliers, de travailler en équipe, de regarder comment donner cette accessibilité-là. Et souvent ce changement-là, ça prend plus de temps d'organiser qu'on aimerait le voir, mais il y a vraiment un dynamisme en ce moment qui fait en sorte qu'on a vraiment... on est très optimistes qu'on va arriver rapidement.

**M. Caron** : Je comprends qu'on soit très optimistes, mais je peux vous assurer que, sur le terrain, la réalité n'est pas celle-là encore. Qu'est-ce que je réponde, moi, aux gens qui appellent ou qui viennent me voir à mon bureau de circonscription, qui me disent : Moi, je dois renouveler une ordonnance et je ne peux tout simplement pas le faire?

C'est juste... Je veux dire, oui, je vous sens habités d'une volonté, et ça a l'air de jaser et de s'organiser, mais là il y a une urgence d'agir. Est-ce qu'on a un moyen de répondre à ces gens-là? Parce que, quand je vous parle des secteurs un peu plus ruraux, on va trouver aussi une population vieillissante. Quand vous dites à quelqu'un qui a 85 ans qu'elle ne peut plus renouveler sa prescription, bien, elle tombe en panique, tout simplement, même si c'est pour, parfois, un médicament pour le cholestérol qui n'est pas... c'est vital, mais, je veux dire, ce n'est pas d'une importance primordiale. Mais qu'est-ce qu'on répond à ces gens-là aujourd'hui pour répondre avant que tout ce que vous nous exposez là se mette en place?

**Mme Opatrny (Lucie)** : Alors, un renouvellement de prescription, c'est un excellent exemple de quelque chose qu'un pharmacien serait capable de faire sans aller voir nécessairement le médecin pour un renouvellement. Alors, quand et si le projet de loi va passer, ça, c'est quelque chose qu'un pharmacien va être en mesure de faire.

**M. Caron** : O.K.

**Le Président (M. Leitão)** : ...merci beaucoup. On y est déjà. Alors, on va du côté de la troisième opposition. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, vous disposez de huit minutes.

**M. Arseneau** : Merci beaucoup, M. le Président. Alors, moi aussi, je vais passer rapidement aux salutations puis aux remerciements de nous donner ce temps dans votre horaire sans doute chargé pour répondre à nos questions, et les questions seraient multiples. Dans huit minutes, on fait des choix. Moi, je vais faire aussi, à l'image de mon collègue de Rivière-du-Loup, des choix qui relèvent des préoccupations des citoyens que je rencontre au quotidien.

Samedi dernier, il y avait une rencontre sur l'arthrite, des rencontres à travers le Québec avec sept villes satellites qui étaient jointes, et, chez nous, la rencontre n'a pas pu avoir lieu parce que le système d'Internet est déficient. Alors, je me suis présenté là et j'ai eu la chance de discuter avec des gens qui étaient en attente, l'image était figée sur le conférencier.

Mais cette parenthèse à part, j'ai pu découvrir un peu mieux la réalité de ces gens-là. Et on m'a soulevé un des problèmes chez une personne en particulier, puis, j'imagine, c'est un cas d'espèce, vous comprendrez, là, sur la question de la chirurgie, une chirurgie qui est attendue depuis des mois et des mois. Et j'ai sursauté un peu quand j'ai vu que votre bilan s'améliorait, alors que nous, dans la conversation, on prenait pour acquis que, sa chirurgie n'étant pas urgente, elle fait de la polyarthrite inflammatoire sévère, qu'elle s'attendait à attendre au-delà d'un an, et elle était déjà en attente depuis plusieurs mois.

Donc, ma question est la suivante : Si vos cibles ne sont pas atteintes, mais, quand même, si la performance s'est améliorée, est-ce qu'on peut penser que les éléments qui sont identifiés dans le rapport, à savoir qu'il y a peut-être une planification chirurgicale qui est inefficace ou un manque de suivi des listes d'attente... est-ce que ça s'améliore? Est-ce qu'on peut véritablement penser qu'il y a une amélioration dans le temps d'attente pour les chirurgies qui seraient, disons, moins urgentes, mais extrêmement souffrantes pour les gens?

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait. Bien, écoutez, j'entends bien. L'ensemble des établissements, dont, moi, où j'étais précédemment, entre autres au niveau de Maisonneuve et de Santa-Cabrini, par exemple... très soucieux. Il y a eu une nette amélioration du temps d'attente, ça, c'est évident, du côté des attentes en chirurgie. Il y a une augmentation importante du nombre de chirurgies réalisées.

Il y a différentes stratégies. D'abord et avant tout, s'assurer, bien sûr, d'avoir la bonne information à partir du chirurgien, O.K., d'avoir aussi le délai d'attente entre le médecin omni versus, mettons, le spécialiste, là. Avec les centres de répartition de demandes spécialisées, on a augmenté vraiment l'accessibilité... plus grande, O.K.? Donc, les spécialistes doivent offrir des plages horaires disponibles beaucoup plus qu'avant puis s'assurer de recevoir la clientèle et les diriger rapidement vers une chirurgie, au besoin, ou une thérapie, selon la situation, bien sûr. Donc, nette amélioration par rapport à ça.

Évidemment, le nombre de personnes vieillissantes nous oblige à augmenter le nombre d'accessibilité au... d'opération. Il y a des endroits qui ont augmenté de 10 %, de 15 %, de 20 % le nombre d'opérations effectuées dans chacun des établissements de santé, O.K., santé physique particulièrement. Puis il y a même le projet pilote qui dure depuis quelques années dans différents centres comme le Dix30, comme Rockland, et autres, qui augmente, justement, cette prestation d'accessibilité... là. Peut-être Dre Opatry.

**Mme Opatry (Lucie) :** Bonjour. Alors, le bilan, effectivement, le bilan, quand on regarde, le nombre absolu diminue, mais ce qu'il faut faire, là, par la suite, pour voir comment améliorer la situation, c'est de regarder individuellement dans chacun des établissements pour voir comment, comme ministère, on peut aider les établissements individuels, parce que, des fois, les problématiques se concentrent dans les établissements individuels.

Alors, les améliorations que vous avez notées, c'est avec des réunions en lien avec des parties prenantes avec ces établissements-là pour vraiment pousser les améliorations qui sont beaucoup avec la planification chirurgicale. Dans le passé, les chirurgiens avaient beaucoup leur liste d'attente dans leur poche, donc sur des petits papiers dans leur poche, puis on est vraiment allé vers une planification stratégique selon les délais et selon la gravité. Et, quand les établissements vont vers une planification stratégique, on voit une amélioration.

Maintenant, la cible, c'est plus qu'un an. Ceci dit, il y a des situations, peut-être c'est le cas dans ce cas-ci que vous mentionnez, qu'un an n'est pas acceptable, que ça devrait être moins qu'un an pour une situation clinique. Alors, dans ces cas-là, c'est sûr qu'il y a une interaction puis des échanges entre le chirurgien puis l'établissement de voir comment est-ce qu'on peut faire cette chirurgie-là plus rapidement. Et même la vision du ministère, qui est partagée avec la ministre, c'est de voir : Est-ce qu'on peut diminuer la cible qu'on a vers un six mois, même? Pour... parce que peut-être un an, c'est trop long. Alors... Je m'arrête ici.

**M. Arseneau :** Oui, bien, c'est ça. Le temps file, j'ai une sous-question, parce que ce qu'on me faisait valoir également, c'est que les modalités de calcul du temps ne sont pas nécessairement les mêmes pour le patient que pour le système de santé, à savoir que, lorsqu'on consulte un médecin traitant, il va recommander la chirurgie, mais que ce délai-là, entre la recommandation ou, en fait, la référence à un chirurgien et le temps d'attente... en fait, on ne calcule pas la première période d'attente.

Est-ce que ça, ça fait partie du calcul ou non, la durée qui s'écoule, le temps qui s'écoule entre, finalement, la recommandation du médecin traitant et la prise en charge par un chirurgien, qui, lui, va le planifier dans six mois ou dans un an?

**M. Gendron (Yvan) :** Je débiterais pour dire qu'on est en train de changer le système. Avec l'arrivée des centres de répartition, là, demande de services, là, d'omni à spécialiste, on va réduire ce temps-là. Évidemment, le temps... Tant que le chirurgien n'a pas décidé d'une opération, évidemment, le temps ne compte pas, O.K.?

• (16 h 40) •

**M. Arseneau :** Donc, le temps ne compte pas, c'est ça.

**M. Gendron (Yvan) :** C'est ça. Mais, maintenant, en rapetissant le délai d'accessibilité aux médecins en spécialité, en chirurgie, par exemple, on réduit ce délai-là, donc on fait des gains. Parce que, quand on regarde sur les 241 000 opérations, il y a 91,8 %, puis en date d'aujourd'hui, là, O.K., de la dernière période, là, qui sont opérés en dedans de six mois, donc dans des délais, là, tout à fait respectables. Et, pour moins d'un an, six mois à deux ans, on va chercher un autre 7,4 %. Donc, on est rendu à 99 %. On fait des gains importants à ce niveau-là, mais évidemment il y a des cas qui sont moins urgents, évidemment. Les cas urgents sont tous passés, là, hein?

**M. Arseneau :** Mais est-ce qu'il est possible d'imaginer qu'on ait un système qui puisse gérer également le temps d'attente entre la requête du médecin de famille et la réception par un médecin chirurgien pour qu'on ait le véritable temps d'attente du patient et non pas celui du système?

**Mme Opatrny (Lucie) :** Alors, cette même observation que vous faites, c'est quelque chose qui était dans le rapport du V.G.

**M. Arseneau :** Exact.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Oui, alors... du Vérificateur général. Alors, on est en train de regarder comment on peut être très clairs avec les établissements pour que tout est vraiment... toutes les dates sont entrées de façon égale. Alors, on a tout un plan d'action avec les établissements, de clarifier puis, comme vous avez mentionné, d'avoir une compréhension pareille pour l'individu, comme pour le système, de qu'est-ce qui est un temps d'attente.

**M. Arseneau :** Je vous remercie.

**Le Président (M. Leitaño) :** Très bien. Merci beaucoup. Alors, on revient du côté gouvernemental. Allez-y, M. le député de... excusez-moi, de Rivière-du-Loup—Témiscouata. Allez-y. Oui, 10 minutes.

**M. Tardif :** Merci, M. le Président. Écoutez, j'aime bien entendre parler de la notion de temps, puis on dit que c'est une notion qui est relative, mais, quand tu es patient, je vais dire que... et que tu es malade, le temps devient une éternité. Ça, c'est ma réflexion. Et je vous l'ai dit que je reviens sur la notion d'accessibilité.

Je vais rester dans le domaine de l'accessibilité puis je vais prendre le moyen de transport qui peut me permettre d'arriver dans un hôpital. Vous savez, dans certaines régions, comme celle que je représente, entre autres, il y a des critères d'évaluation pour savoir les horaires de faction et tout ce qui s'en retient. J'ai deux cas précis, puis c'est deux MRC, puis vous allez dire... je fais mon job de député, mais c'est la réalité. Avez-vous déjà attendu après une ambulance quand vous faites une crise de cœur? On s'en reparlera. Vous allez voir que le temps n'est pas très relatif.

Alors, ce que je veux dire, c'est qu'au Témiscouata et dans Les Basques j'ai deux services ambulanciers, on parle d'horaires de faction et on semble avoir des difficultés à se comprendre au niveau des critères, qui fait que... qu'est-ce qui fait que ce service-là pourrait finalement tomber sur quelque chose qui rendrait le service accessible puis qui permettrait également aux ambulanciers, aux ambulancières de gagner leur vie, pas toujours de façon d'être en attente, et vous connaissez le système. Et la différence aussi, puisqu'on est dans la notion de temps, la différence entre ce que l'ambulancier parte de chez lui pour se rendre à l'ambulance et de l'ambulance chez le patient, ça peut faire une bonne différence aussi, ou sur un lieu d'accident, ou peu importe. Je suis sûr que vous comprenez très bien la situation et vous la connaissez.

Maintenant, qu'est-ce qui fait qu'on n'est pas capable d'avoir une répartition? Est-ce qu'on est des citoyens de seconde classe en région ou dans certaines régions? C'est la question que je vous pose, là, et que je me fais poser.

**M. Gendron (Yvan) :** Je comprends très bien puis je comprends votre préoccupation et votre... les attentes de la population. J'ai eu, pendant une partie de ma carrière, à gérer 13 compagnies ambulancières au niveau de la Montérégie, entre autres. Donc, c'est un milieu que je connais très bien. J'ai participé à la mise en place, là, d'une centrale de coordination des transports ambulanciers qui a permis de faire des gains importants dans les dernières années, dans les 20 dernières années, là, d'accessibilité au service, parce que, jadis, il y avait une compétition fort importante entre les transporteurs ambulanciers, de différentes façons.

Après avoir dit ça, évidemment, nous avons établi des critères d'un commun accord, là, il y a plusieurs années, là, je dirais, il y a deux... en 2017, et qui sont en révision actuellement, là, pour le transport ambulancier, pour s'assurer qu'on ait les bons critères pour passer d'une étape à l'autre, que ce soit d'une réaffectation, un horaire, mettons, plus stable, rajout d'ambulances, et autres, là. Et, pour vous donner une idée de grandeur, là, dans la dernière année... parce qu'au fur et à mesure qu'on s'aperçoit, exemple, que plus de 100 % des 25, 28 heures, là, qui sont un des critères, 28 heures sur une semaine de 168 heures, là, quand on dépasse 100 % de façon régulière, on rajoute une ambulance, on passe d'un horaire de faction à un horaire stable, il y a différents critères qu'on s'est donnés comme ça, et c'est plus de 45 millions de dollars en effectifs qu'on a ajoutés depuis un an, O.K.?

Donc, on n'attend pas de négociation, on n'attend pas des pratiques particulières, là, on s'assure, là, de pouvoir répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle en fonction de l'arrivée des besoins, des fluctuations qui peuvent tantôt être de nature... Il y a des endroits qui sont plus touristiques que d'autres, donc qui ont des pics à certains moments. Donc, on fait des ajustements en fonction de leurs besoins, bien sûr. Et évidemment il faut tenir compte des longues distances, hein, comme vous le mentionnez tantôt, là. Il y a des longues distances sur des territoires, là. Et je passerais la parole à Dre Élyse Berger, qui est responsable, justement, de la coordination des services préhospitaliers d'urgence.

**Mme Berger Pelletier (Élyse) :** Bonjour. Dre Élyse Berger Pelletier, directrice générale adjointe à la DGAUMIP.

Les critères d'horaires de faction ont été établis en 2017, il en existe trois, puis le ministère, année après année, analyse ces critères pour savoir quels horaires de faction qui sont restants rencontrent ces critères. La plupart... en fait, les entreprises ambulancières sont bien au fait de ces critères-là. Puis, de la même façon, existe une analyse pour les horaires à l'heure, donc les horaires qui ne sont pas des horaires de faction, puisqu'il faut, à l'occasion, ajouter des ambulances à des endroits où ce n'est pas des horaires de faction. Donc, il y a une analyse à chaque année qui doit être faite pour savoir où les investissements doivent être faits pour que la population soit le mieux desservie possible. Nonobstant ça, comme vous l'avez mentionné... puis il n'y a personne qui veut attendre après une ambulance pour quelque chose qui est une urgence comme un arrêt cardiaque ou un accident de la route grave.

Dans les travaux qu'on est en train de faire présentement au ministère, c'est aussi de s'assurer que les ambulances sont utilisées à bon escient. Il y a une forte proportion des ambulances présentement qui sont utilisées pour des transports

qui ne sont pas urgents et qui devraient être faits par d'autres sortes de transport. Il y a même des façons de faire également qu'on est en train d'utiliser où l'appel au 9-1-1 est transféré vers le 8-1-1 pour voir si la pertinence de transférer le patient vers l'hôpital est nécessaire. Donc, les gens, des fois, appellent le 9-1-1 par réflexe parce qu'ils ont besoin d'être sécurisés, ils ont besoin d'un service, ne savent pas où appeler. Nous, on est en train de faire des travaux pour s'assurer que ce ne soit pas nécessairement un appel au 9-1-1 qui nécessite une ambulance et qui finisse par un transfert à l'urgence, parce qu'ultimement ces patients-là finissent à l'urgence. Quand c'est un arrêt cardiaque, on veut qu'ils viennent à l'urgence puis on veut que l'ambulance soit disponible rapidement.

Donc, pour répondre à votre question, les critères d'horaires de faction ont été établis il y a de cela, donc, un peu plus de deux ans puis sont analysés de façon régulière de notre côté, au ministère.

**M. Tardif :** Bon, je vous ai bien compris, sauf que ça ne répond pas à ma question complètement où on va travailler sur les critères, puis c'est, je prends des territoires comme celui où je représente, plus de 7 000 kilomètres carrés. J'ai la route transcanadienne, je suis accoté au Nouveau-Brunswick puis au Maine. Il y en a, des accidents, c'est loin, les déplacements sont longs. Et je repars toujours... Je ne peux pas savoir si entre minuit et 3 heures du matin je vais avoir un ou deux accidents sur la 85. Alors, je dis à l'ambulancier : Reste chez vous puis tout d'un coup que le téléphone sonne. C'est de ça que je vous parle.

Je ne peux pas non plus admettre que les citoyens, dans un grand territoire, qu'on devienne des citoyens de deuxième classe. Je comprends les critères, mais moi, je vous réinvite, qu'on soit malade... Je comprends le 9-1-1 puis votre système d'ambulance, mais un accident, quand tu pars d'un poste, et je les connais actuellement, les critères, qu'on part du centre pour faire 80, 90 kilomètres pour aller chercher un patient, on ne rentre pas à savoir si l'ambulance va être prête ou le 9-1-1, c'est là que ça se passe, c'est là qu'il faut partir, et c'est ça qui ne correspond pas... Je parle de la région du Bas-Saint-Laurent puis plus précisément du Témiscouata-Les Basques, dans ma région, mais je suis sûr qu'on retrouve la même situation au Lac-Saint-Jean, en Abitibi, bref, en Gaspésie, nous avons des grandes régions. Et des fois, et souvent dans ces cas ici, moi, ce qu'on me dit, ce que les gens me disent, c'est que les ambulanciers trouvent les délais très longs, et je peux comprendre qu'à minuit ou à 1 heure du matin quand tu es dans ton lit il faut que tu t'habilles puis que tu ailles chercher l'ambulance.

**Mme Berger Pelletier (Élyse) :** Présentement, les données qu'on observe quand on fait des transformations d'horaire de faction en horaire à l'heure, parce qu'il y a eu quand même beaucoup d'investissements de faits dans les dernières années, on parle d'un changement au niveau du temps réponse d'une à deux minutes. Pour des urgences vitales, vous allez me dire : Ça fait une grosse différence. En absolu, dans la littérature scientifique sur les temps de transport, par contre, il n'y a aucune évidence scientifique qui dit que ce une à deux minutes là va faire qu'on va perdre des patients, donc qu'on va perdre des vies.

• (16 h 50) •

**M. Tardif :** Je vous arrête, là, je suis d'accord. Excusez-moi, mais la science, c'est une méthodologie de travail. Là, vous me parlez de méthodologie, je comprends, là, qu'on peut jouer sur les minutes comme ça, mais, dans la vraie vie... Moi, je vous parle de la vraie vie, là. Je comprends très bien la démarche scientifique, puis il n'y a pas de problème. Cependant, ce que j'essaie de souhaiter pour plusieurs régions : Est-ce qu'on peut revoir les critères d'admissibilité pour donner une plus grande accessibilité puis un meilleur service ambulancier aux gens qui sont encore en horaire de faction puis, pourtant, qui n'ont pas de baisse sur leur compte d'impôt puis de taxes? Ils devraient avoir les mêmes services.

**Mme Berger Pelletier (Élyse) :** En fait, le service...

**Le Président (M. Leitão) :** ...vous arrêter là, excusez-moi. Je suis sûr que notre collègue reviendra... vous reviendrez. On passe maintenant du côté de l'opposition officielle. Mme la députée de Saint-Laurent, vous disposez aussi d'un bloc de sept minutes.

**Mme Rizqy :** Merci beaucoup. Tantôt, d'entrée de jeu, M. Gendron, vous avez parlé qu'il y avait 57 000 infirmières, mais 23 000 infirmières, d'ici cinq ans, seront à la retraite, donc 23 000 d'ici cinq ans. Donc, est-ce que vous avez un plan de match pour pourvoir ces postes? Et j'aimerais savoir, présentement, dans le réseau, vous avez combien de nouvelles inscriptions à l'Ordre des infirmières et infirmiers.

**M. Gendron (Yvan) :** Je vais débiter la réponse, la dernière question, je n'aurai sûrement pas la réponse, mais je pourrais aller la chercher, bien sûr, là. Si on l'a, bon, un de mes collègues va pouvoir vous la trouver, là. Mais évidemment ce nombre de départs là, qui est quand même important, il est dû à l'âge, là, du... à leur démographie, là, si on pourrait dire, à ces infirmières-là. On a plusieurs stratégies, évidemment, là.

Première stratégie, c'est au-delà de la formation, au-delà des méthodes d'intéressement que sont les IPS, là, pour la formation, et autres, on permet de retenir, évidemment, ces infirmières-là. Mais il faut réduire la charge de travail. On parle des projets ratios, augmenter les structures de travail. Et, pour ça, c'est intéressant, mais il faut trouver le monde, là, aussi, hein? Il faut trouver des gens qui puissent... qui vont vouloir accepter de venir. Puis c'est une compétition, dans le fond, pour ces personnes-là, d'être attirées par la profession infirmière, là.

**Mme Rizqy :** Mais des départs à la retraite, là, si vous permettez, c'est, dans une grande partie, des gens aussi qui ont atteint l'âge.

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait.

**Mme Rizqy :** Depuis huit ans, c'est plus de 3 000 inscriptions, c'est en hausse. L'an dernier, il y avait 3 893 nouvelles inscriptions à l'ordre. Si je fais une règle, si j'ai 23 000 qui sont prévus de retraite, j'ai un manque à gagner annuel de 700 infirmières. D'ici cinq ans, 4 600 infirmières qu'il va nous manquer. Alors, moi, je vous pose la question : C'est quoi, le plan de match avec les universités, les cégeps, pour être en mesure d'accroître? Et ça, ça va prendre des ressources additionnelles. Je ne veux pas vous donner toute la réponse, là, mais c'est sûr qu'il va falloir qu'on augmente aussi la capacité. Je sais qu'il y a déjà des missions en Europe pour aller chercher des infirmières bachelères. Mais là, concrètement, parce que... c'est-à-dire que, dès maintenant, il nous manque présentement, à chaque année, 700 nouvelles inscriptions dans nos cégeps et nos universités.

**M. Gendron (Yvan) :** Oui, tout à fait. Il y a des endroits qu'on réussit à chercher seulement 15 % à 20 % des... compléter, mettons, des places libres au niveau des cégeps, et autres, là. Il y a seulement 15 % d'applications dans certaines régions. C'est un défi fort important. M. Lehouillier.

**M. Lehouillier (Vincent) :** Oui. Dans le fond, effectivement, puis je donnerais l'exemple, peut-être, d'un événement qu'il y a eu à Lévis, là, réunissant les partenaires du réseau de l'éducation et de la santé il y a environ deux mois de ça où on a eu des bons échanges là-dessus. Du côté du ministère, on fait un exercice de planification de main-d'oeuvre annuelle basé sur les données de paie qu'on reçoit de l'ensemble des 34 établissements publics, mais aussi des établissements privés conventionnés, puis on établit à chaque année, dans le fond, les besoins prospectifs de développement ou liés au développement, mais aussi aux départs, là, qui sont prévus d'année en année. Et puis on fait le lien systématiquement avec le ministère de l'Emploi, et le ministère de l'Éducation, et... dans le fond, pour faire... s'assurer, dans le fond, que les cohortes puissent suivre.

Cette année aussi, on a aussi doublé la capacité. Vous avez évoqué les efforts de recrutement à l'étranger. On a un organisme qui s'appelle Recrutement Santé Québec, qui est chapeauté par le ministère. Cette année, on a doublé la capacité de l'organisme. Bon an, mal an, on recrutait environ 600 infirmières, surtout de l'Europe que je qualifierais de l'Europe francophone. On a élargi les types d'emplois qu'on couvre et les marchés et, cette année, on va viser des marchés de l'Afrique du Nord, de l'Amérique du Sud. Dans le fond, on essaie de voir les juridictions où la formation est équivalente à celle du Québec, où il y a un potentiel d'aller recruter des personnes qui parlent évidemment français. Donc, on a un objectif d'aller jusqu'à 1 200 personnes qu'on voudrait recruter en courant d'année, tant du côté de la profession infirmière que préposé aux bénéficiaires aussi, parce qu'on a aussi des très grands besoins, on l'a évoqué tout à l'heure.

On a aussi un bassin de main-d'oeuvre dans le réseau qui est déjà présent. Dans nos indicateurs, on parle de l'assurance salaire. L'assurance salaire, c'est beaucoup... c'est de l'absentéisme, dans le fond, là, du côté des établissements du réseau, et puis la situation s'est dégradée depuis quelques années. On met énormément d'efforts pour s'assurer que les personnes qui sont déjà à l'emploi des établissements puissent contribuer à l'offre de services et que ça ne soit plus seulement, dans le fond, des heures rémunérées, mais que ça soit vraiment des heures travaillées.

**Mme Rizqy :** ...tout de suite. Je vais revenir. Je me concentre vraiment en ce moment sur les départs à la retraite. L'absentéisme, et tout ça, c'était dans un autre bloc, mais, présentement, moi, mon inquiétude, c'est la suivante, c'est que, lorsque vous me parlez que vous avez déjà dans vos cartons 23 000 départs à la retraite d'ici cinq ans et que je regarde, dans le réseau de l'éducation et de l'enseignement supérieur, le nombre d'inscriptions, même s'il est en hausse depuis 8 ans, clairement, il y a un manque de 700 pour arriver, à terme, avec les 23 000.

Et ma question, c'est la suivante. Tantôt, là, M. Gendron, vous avez parlé que, dans certains campus on n'a pas le nombre d'inscriptions, donc il y a des chaises vides. Est-ce que vous savez quels cégeps, quelles universités qu'on a des chaises vides? Parce qu'il va falloir qu'on s'active dès maintenant, parce qu'on n'attendra pas cinq ans pour réagir, là.

**M. Gendron (Yvan) :** Bien, tout à fait, on a pas mal ce portrait-là sur l'ensemble du Québec, là, parce qu'on se donne des stratégies régionales, sous-régionales pour attirer, retenir, et autres, comme tel, puis un grand plan de main-d'oeuvre, là, je dirais gouvernemental, pas seulement au niveau de la santé, là, qui se met en branle actuellement pour rehausser un peu les efforts puis les actions en ce sens-là, là. Parce que les défis, c'est de s'assurer aussi que, rapidement et pas après la fin de la formation, qu'on puisse justement les accueillir en milieu hospitalier, en CLSC ou peu importe importe l'endroit, CHSLD, s'assurer qu'ils rentrent en emploi rapidement, O.K., pour qu'on puisse les conserver, leur donner des garanties d'emploi, donc pour attirer les gens. Donc, c'est plus intéressant que de vivre une période, je dirais, d'instabilité puis d'inquiétude par rapport à ça.

**M. Lehouillier (Vincent) :** Effectivement, comme disait le sous-ministre, c'est surtout au niveau collégial qu'on a de la difficulté à combler les cohortes. Donc, oui, il y a une revalorisation à faire de la formation collégiale en soins infirmiers, puis on a eu... Dans le fond, je référerais à un événement qu'on a tenu il y a quelques semaines, mais on a des liens, et ce qu'on invite à faire, puis avec les différents ministères concernés, de plus en plus, au niveau des territoires, on invite les CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés à travailler de beaucoup plus près avec les maisons d'enseignement collégial pour s'assurer, entre autres, qu'il y ait des cohortes dédiées à des établissements particuliers qui puissent être démarrées, que ce soit au niveau professionnel ou collégial, et, en ce sens-là, ça commence à apporter des résultats. L'écart, on tente, entre autres, d'aller le chercher le chercher via, comme le disait le sous-ministre, via des, je dirais, retraités réembauchés, là, c'est le terme qu'on utilise, et aussi via l'immigration, et on travaille là-dessus, comme je le disais tout à l'heure.

**Mme Rizqy** : Parfait. Deux...

**Le Président (M. Leitão)** : Rapidement.

**Mme Rizqy** : Deux volets, là-dessus — ça passe vite, sept minutes — avec le programme PEQ, parce que je me suis entretenue avec les différents professeurs, recteurs et directeurs de cégep, les étudiants étrangers, si on veut vraiment les former avec le programme PEQ, moi, on me dit qu'en ce moment on s'est peut-être tirés un peu dans le pied, parce que, si on veut les attirer, il faut aussi que, par la suite, on leur donne la permission de pouvoir travailler ici, en territoire québécois. Mais là il ne me reste plus de temps, je comprends?

**Le Président (M. Leitão)** : Très bien. C'est ça.

**Mme Rizqy** : Parfait.

**Le Président (M. Leitão)** : Ça reviendra de ce côté. Alors, on revient du côté gouvernemental. M. le député de Rivière-du-Loup, vous allez continuer, non? Votre collègue?

**M. Tardif** : Je vais revenir plus tard.

**Le Président (M. Leitão)** : Très bien. Alors, allez-y. Aussi un bloc de sept minutes.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac)** : Parfait, merci. Donc, ma question va poser sur le délai d'accès pour les services pour les enfants de moins de cinq ans qui ont un trouble de spectre de l'autisme. Il y a eu beaucoup d'amélioration quant à l'accès au cours des dernières années, mais, quand même, le résultat de 2018-2019 est quand même très long, 177 jours. Donc, ça, c'est quand même six mois. Donc, c'est beaucoup. Puis votre cible, c'est trois mois, donc 90 jours. Comment vous allez faire pour atteindre votre... cible? Excusez-moi.

**M. Gendron (Yvan)** : Oui. Bien, d'abord et avant tout, je dirais que... en tout cas, je vais parler pour la dernière année où j'étais présent, là, il y a des efforts concertés, O.K., de façon, je dirais, plus intense, je crois, là, mais je ne veux pas me tromper par rapport à l'ancienne vie de l'ancien sous-ministre, là, mais, entre autres, avec le ministère de l'Enfance, là... la Famille, la question aussi de l'éducation, les garderies, toucher aux différents acteurs pour s'assurer d'aller capter cette clientèle-là, O.K., d'aller la capter. Parce que, souvent, aussi le service arrive tard, la demande arrive tard parce que les gens ne savent pas quel service est accessible à quel niveau pour répondre à quel besoin.

Donc, nous, on va les dépister plus rapidement. Donc, le programme Agir tôt, entre autres, va nous permettre d'aller capter cette clientèle-là de bonne heure, rapidement, en fonction de leurs besoins à partir de 12 mois, là, O.K., à différents niveaux. Mais évidemment on doit avoir une stratégie concertée avec les autres secteurs d'activité, parce que les garderies, les parents, les proches intervenants de différents niveaux, là, c'est eux qui sont, dans le fond, les éléments de dépistage, là, pour s'assurer d'aller chercher cette clientèle-là. Mme Jobin.

• (17 heures) •

**Mme Jobin (Lyne)** : Oui. En fait, par rapport aux données comme telles, on est allés chercher les données de la période 6, en 2019-2020, et on remarque une augmentation. On est rendus à un déploiement un peu plus stabilisé, une augmentation du nombre d'usagers de moins de cinq ans à 194 usagers qui présentent un TSA, qui ont reçu des services en ICI.

Il faut comprendre que ces services-là, d'intervention intensive, comportementale intensive, c'est des services qui sont très intensifs, comme ça le dit. Ça demande beaucoup de formation de la part des intervenants, beaucoup de disponibilité de la part des parents, de la part des enfants. Donc, il y a des défis aussi de mise en oeuvre liés au fait que ça demande beaucoup de formation et il y a des parents qui n'acceptent pas d'avoir une approche aussi intensive, qui leur demande beaucoup d'heures-semaine. Donc, c'est deux éléments qui font que ça a pris un certain temps avant d'atteindre le rythme, mais là on voit une augmentation avec les dernières données.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac)** : Tout à l'heure, vous avez parlé de la période 6. Moi, je ne suis pas trop familière avec ça. Puis vous avez parlé de 194 usagers.

**Mme Jobin (Lyne)** : Pardon?

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac)** : Vous avez parlé aussi de 194 usagers. C'est des usagers partout au Québec, donc, ces personnes-là qui auraient le service?

**Mme Jobin (Lyne)** : Oui. En fait, pour être précise par rapport à la période, c'est que l'année financière est découpée en 13 périodes financières. La période P6 est dans la mi-année, donc autour du mois d'octobre. Et, quand on compare nos données de cette période-là, octobre, de 2018-2019 à 2019-2020, c'est là qu'on s'aperçoit qu'il y a une augmentation de 194 usagers de moins de cinq ans qui ont accès au programme. Donc, oui, pour tout le Québec.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac)** : Pour un mois ou pour 12 mois, par exemple?

**Mme Jobin (Lyne) :** C'est quand on compare la période P6 à la période P6, dans le fond.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) :** P6. Donc, c'est 12 mois.

**Mme Jobin (Lyne) :** Donc, c'est pour cette période-là.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) :** Donc, 194 usagers de plus pour un an. C'est ça?

**Mme Jobin (Lyne) :** Oui, pour la... de la P6 à la P6, oui.

**Mme Lecours (Lotbinière-Frontenac) :** O.K. Donc, est-ce que vous pensez que vous allez... Si on va à ce rythme-là, pensez-vous que vous allez atteindre votre cible pour l'année prochaine?

**Mme Jobin (Lyne) :** Mais M. Gendron... Il y a un rythme qui est pris déjà, et M. Gendron a bien parlé du programme Agir tôt, vraiment, qui est un programme qui vise spécifiquement les jeunes, notamment ceux qui présentent un trouble du spectre de l'autisme, donc les jeunes qui présentent des problèmes neurodéveloppementaux. Donc, il y a tout un programme qui est en déploiement pour repérer, dans le fond, de façon plus précoce. Dès l'âge de 18 mois dans les cliniques de vaccination, on va repérer les enfants qui présentent ou un facteur de risque ou un trouble du développement comme tel. On va les référer aux services de la mission CLSC des établissements pour une évaluation plus approfondie. Et, selon le besoin, à partir d'une plateforme puis de questionnaires électroniques, les parents, les intervenants, éventuellement les éducateurs du service de garde peuvent compléter pour avoir rapidement un portrait des besoins de l'enfant. Et on va référer l'enfant là où il a besoin, soit des programmes de stimulation précoce, soit dans les services de garde pour être entouré, là, dans le cadre d'un programme éducatif ou encore pour des services plus spécialisés de type TSA.

Donc, c'est vraiment... ce programme-là nous permet d'intervenir en amont, et surtout de faire une évaluation approfondie, et d'envoyer l'enfant tout de suite là où il y a besoin plutôt que de le mettre sur une liste d'attente, par exemple pour des services de première ligne. Une fois rendue là, elle va passer la liste d'attente, faire l'évaluation. Ce n'est pas ça qu'il a besoin, il a besoin de services spécialisés. Donc, ça, on revise ça de façon... on transforme ça de façon très importante pour qu'on ait une évaluation en amont et l'accès aux bons services tout de suite.

Et ça, ça va nous permettre d'atteindre nos... En tout cas, ça va nous aider très certainement à atteindre nos cibles.

**M. Gendron (Yvan) :** En complément, je pourrais dire que c'est plus de 800 professionnels de plus qu'on engage actuellement dans le programme Agir tôt. Donc, on va pouvoir rejoindre plus de personnes, soutenir plus les interventions aux différents niveaux, qu'ils soient des parents, qu'ils soient les... au niveau de la garderie, les différents intervenants. Et on est passés de 61 % à 72 % des jeunes, là, qui ont été rejoints, là, O.K., qu'on leur permet finalement, là, de terminer leur scolarité, donc, parce qu'on les a pris plus tôt. Donc, notre cible, on veut augmenter ça, bien sûr, là.

C'est une clientèle, là, quand même, qu'il faut convaincre. Dans le fond, il faut s'assurer que les parents aient la bonne information pour avoir l'accessibilité aux services, parce que c'est souvent méconnu, et souvent les parents avec, naturellement, les enfants en bas âge, là, ils attendent parce qu'ils pensent que ça va s'améliorer. Donc, il faut leur donner des outils pour dépister plus vite et agir rapidement, parce que ce n'est pas tout le monde qui a besoin d'interventions très, très intenses, là. Mais, si on les prend tôt, il y a plein d'interventions qu'on peut faire puis, justement, donner les meilleures chances à ces jeunes-là d'apprendre, de s'intégrer, là, dans leur société, avec leurs amis puis avec leurs frères et sœurs.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Merci beaucoup. En effet, sept minutes, ça passe vite. Alors, on revient du côté de l'opposition officielle. M. le député de Pontiac, vous aussi, sept minutes.

**M. Fortin :** Merci. Merci, M. le Président. O.K. Je vais essayer de faire ça vite. J'ai beaucoup de difficultés à suivre, ces jours-ci, l'argument du gouvernement sur... et peut-être qu'on va avoir besoin de M. Lehouillier, peut-être que vous avez les chiffres, peut-être que, de tout le monde derrière vous, là, il y a quelqu'un qui est capable de m'éclairer avec ça, là. J'ai de la difficulté à cerner entre le nombre de postes créés, que ce soit... disons juste pour des infirmières, là, le nombre de postes créés, le nombre de postes comblés, le nombre de départ à la retraite, le nombre de nouvelles embauches. J'aimerais ça... Je me demande s'il y a quelqu'un ici qui est capable de nous dire, et je l'espère, je le souhaite, je n'en ai aucun doute, combien il y a de personnes additionnelles dans le réseau de la santé.

Là, je prends l'exemple des infirmières, mais je pourrais vous poser la question pour les préposés aussi. Je pourrais vous poser la question pour les inhalothérapeutes, je pourrais faire selon le corps de métier. Mais j'aimerais ça savoir, disons, là, disons, dans la dernière année, depuis que vous êtes en poste, M. Gendron : Est-ce qu'on a réussi à attirer plus de travailleurs dans le réseau de la santé?

**M. Gendron (Yvan) :** La réponse, c'est oui, O.K., mais il y a deux niveaux de réponse. En termes de nombre, la réponse, c'est oui, on en attire plus avec les différentes stratégies, et autres, là, mais on en stabilise plus aussi, O.K., parce que c'est important d'en stabiliser.

**M. Fortin :** Est-ce que vous avez des chiffres derrière ça? Est-ce que vous avez des... Je n'en ai aucun doute, là, puis on pourra rentrer justement dans votre stratégie, mais j'aimerais ça savoir si vous avez des informations précises à ce niveau-là.

**M. Lehouillier (Vincent) :** Bien, dans le fond, là, ce qu'on voit nous, là, depuis un an, c'est 4 000 ETC, équivalents temps complet de plus dans le réseau, puis je vois tout de suite venir la question...

**M. Fortin :** Allez-y.

**M. Lehouillier (Vincent) :** C'est combien de personnes? Puis notre défi, là, c'est que, pour nous, l'indicateur, ça a l'air un peu bizarre de dire comme ça, là, mais le nombre de personnes, pour nous, ce n'est pas une donnée fiable...

**M. Fortin :** O.K. Expliquez-moi ça.

**M. Lehouillier (Vincent) :** ...parce que les horaires, le fait du phénomène 24/7 dans le réseau de la santé, des services sociaux puis des personnes qui vont occuper souvent plus d'un emploi. Je vais prendre, par exemple, le préposé à l'entretien ménager, ça se peut qu'il soit, en même temps préposé aux services alimentaires. Un préposé aux bénéficiaires qui est à temps partiel peut compléter, dans le même établissement des fois, ses heures avec d'autres titres d'emploi.

Ça fait que c'est complexe pour nous. On sait combien on a de nombres de matricules, de personnes dans les établissements, mais c'est difficile pour nous de savoir, du point de vue du ministère, combien exactement d'heures chacun de ces nouveaux matricules là, donc d'individus, d'humains, va faire d'heures. Ça fait que, nous, la donnée la plus fiable pour nous au ministère, c'est de dire : Comparativement à l'an dernier. Parce que les heures travaillées, là, c'est les heures payées. Ça ne peut pas être plus fiable que ça pour nous. On est capable de le suivre puis de transposer en ETC moyen et en fonction du type d'emploi de la personne. C'est pour ça qu'on est en mesure de dire qu'on a 4 039 équivalents temps complet de plus que l'an dernier. On a probablement plusieurs milliers de personnes de plus puis on a toute sorte d'information qu'on peut partager aussi, mais qui n'est pas fiable et qui est une collecte d'information manuelle qu'on a faite.

**M. Fortin :** O.K. Donc là, vous me dites, vous avez 4 039 équivalents temps complet de plus. Là, vous parlez de tous les corps de métier, là...

**M. Lehouillier (Vincent) :** Tout type d'emploi.

**M. Fortin :** ...à l'intérieur du réseau de la santé. Mais est-ce que ce 4 000 ETC de plus là vient du temps supplémentaire? Parce que vous me voyez venir, là, je n'en ai aucun doute, si on fait juste travailler le monde qu'on a plus, on n'a pas vraiment plus de monde, ils sont juste plus fatigués. Donc, est-ce que ça tient compte du temps supplémentaire qui semble augmenter d'année en année, là? Est-ce que ça tient compte du temps supplémentaire que les gens font, ça?

**M. Lehouillier (Vincent) :** Sur les 4 039 ETC qui travaillaient de plus, il y a environ 206 ETC qui sont des équivalents temps supplémentaire. Ça fait que la façon d'aller chercher ça, c'est qu'on a été capables de dire combien on a d'augmentation de temps supplémentaire par rapport à l'an dernier pour calculer. La question, c'est le net, net, net, là, c'est vraiment ça. Donc, oui, il y a une petite partie. Puis, nous, c'est une grande préoccupation qu'on a au ministère, de se dire : Si on pousse trop, effectivement, sur la même main-d'oeuvre pour faire plus d'heures, de façon macro, le risque, c'est que, l'an prochain, on se retrouve avec une augmentation de l'assurance salaire, parce que le temps supplémentaire en soi, on peut se dire : Il y a des personnes qui lèvent la main, c'est volontaire, c'est intéressant, vont chercher quelques heures de plus ici et là, mais, des fois, certaines personnes vont faire beaucoup de temps supplémentaire, et ce n'est pas souhaitable, ce n'est pas souhaitable à moyen, long terme.

• (17 h 10) •

**M. Fortin :** Donc, vous dites essentiellement que vous en avez, arrondi, là, 3 800 des vrais nouveaux ETC, qui ne sont pas dus au temps supplémentaire.

**M. Lehouillier (Vincent) :** Exactement.

**M. Fortin :** Donc, si un travailleur, si un ETC, disons que c'est, je ne sais pas, moi, 40 heures-semaine, 50 semaines...

**M. Lehouillier (Vincent) :** 1 800, oui.

**M. Fortin :** ...mettons 2 000 heures, là, à peu près, là, j'arrondis, là. 1 800, vous m'avez dit?

**M. Lehouillier (Vincent) :** Environ, là.

**M. Fortin :** O.K., 1 800, et qu'il y en a 200 de plus, donc vous avez 1 800 fois 200 heures en temps supplémentaire additionnel cette année, à peu près.

**M. Lehouillier (Vincent) :** De façon simple, oui. La méthodologie est plus nuancée que ça, elle tient sur deux pages, là, mais, oui, parce qu'il y a des ETC moyens qui sont plus bas dans certains types d'emploi, dépendamment si c'est des postes 32 heures, 35 heures, etc., là. Ça peut faire varier l'ETC moyen. Mais, oui, là, grosso modo, c'est ça.

**M. Fortin :** L'avez-vous par poste, ça? L'avez-vous par...

**M. Lehouillier (Vincent) :** On l'a par type d'emploi, effectivement. Ça fait qu'on est capable de dire, à titre d'exemple... je cherche, là, mes données. Je les avais pour quelques types d'emploi, là, qui sont généralement, là, ceux qui...

**M. Fortin :** O.K. Je vous arrête, je vous arrête. Je suis certain que vous pourrez déposer ça à la commission, parce qu'il reste une minute, là. Est-ce que ça inclut les gens du ministère eux-mêmes?

**M. Lehouillier (Vincent) :** Non, c'est seulement le réseau.

**M. Fortin :** O.K. Est-ce que vous avez réduit le nombre de gens qui travaillent au ministère dans la dernière année? Et est-ce que vous avez — parce que je pose les deux questions en même temps parce qu'il ne reste presque plus de temps, là — une cible?

Le gouvernement avait dit d'entrée de jeu qu'il voulait réduire la fonction publique de 20 000 ETC. Maintenant, ils sont rendus à 5 000. Ils ont mis de l'eau dans leur vin, là, comme le dit le premier ministre. Est-ce qu'il y a une cible précise au ministère de la Santé? Combien de gens dans la fonction publique vous devez éliminer?

**M. Lehouillier (Vincent) :** La cible, elle est effectivement en heures travaillées, puis il y a une loi, là, qui applique ça. Effectivement, le ministère, comme l'ensemble des ministères et organismes, a une cible, et le ministère, on gère les cibles d'heures travaillées aussi pour l'ensemble des établissements du réseau.

**M. Fortin :** Et c'est quoi, la cible pour le ministère?

**M. Lehouillier (Vincent) :** Je ne l'ai pas, là, par coeur avec moi, mais on pourrait vous déposer ça, effectivement, oui.

**M. Fortin :** Si vous pouvez déposer à la commission, je l'apprécierais. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Merci. Alors, on revient du côté gouvernemental. Député de Portneuf, allez-y.

**M. Caron :** Il me reste combien...

**Le Président (M. Leitão) :** Sept minutes. Merci.

**M. Caron :** Sept minutes. Je ne voudrais pas prendre mon sept minutes là-dessus, je voudrais juste vous entendre : Carnet de santé de Québec, est-ce que c'est un échec? Je n'entends personne en parler. On en est où?

**M. Gendron (Yvan) :** Non, ce n'est pas un échec, là. Donc, le Carnet santé Québec, là, dans le fond, l'accessibilité aux informations, qu'ils soient au niveau radiologique, qu'ils soient au niveau pharmaceutique, et autres, là, c'est disponible, O.K.? Ça, ce n'est pas un échec, ça a été déployé.

Par contre, qui, je veux dire, s'inscrit, évidemment, pour avoir accès? Ça, c'est une autre paire de manches, O.K.? Est-ce que la personne... Souvent, c'est des personnes, bien sûr, qui ont un besoin de suivi, qui veulent suivre leurs informations, qui vont accéder, qui vont, dans le fond, s'intégrer puis avoir leur code d'accès, O.K.? Donc, oui, c'est accessible, O.K.? Mais il y a peu, encore, de pourcentage de personnes qui l'utilisent, par contre, O.K.? Je parle par rapport aux citoyens, bien sûr, là, là, O.K.?

**M. Caron :** Je n'en entends absolument jamais parler, mais, bon, finissons-en avec ça.

Tout à l'heure, on parlait de tous les moyens qu'on peut mettre en oeuvre pour essayer justement de désengorger les urgences, permettre aux gens d'aller voir un médecin, etc. Les cliniques d'hiver, est-ce qu'on en tire jusqu'à maintenant un bilan positif? Est-ce que ça va être reconduit?

**M. Gendron (Yvan) :** Bon, les cliniques d'hiver, on en a fait l'analyse dernièrement, bien sûr, là, au courant de l'été, un petit peu avant aussi, pour l'expérience qui a débuté l'année passée, un peu tard, là, dans le sens que... le temps de mettre ça en place puis prendre les décisions. Donc, ça s'est passé à ce niveau-là.

Il y a eu 70 cliniques qui ont fait l'objet d'une désignation dans le cadre, là, justement des cliniques d'hiver, réparties dans 14 établissements. Évidemment, le besoin est différent d'une région à l'autre en fonction de la masse de la population, de la disponibilité des médecins, dont on en parlait tantôt, là.

Donc, ça indique qu'il y a plus de... bien, 12 000 heures, dans le fond, qui ont été offertes, là, donc de disponibilité, là, et s'assurer qu'on puisse rejoindre, là, une masse de clientèle importante. Il y a plus de 30 630 patients qui en ont bénéficié, O.K., soit de façon volontaire, qui y ont été directement, ou qui ont été redirigés, hein, tout dépendant s'ils se présentaient aux urgences. Donc, on leur a dit... ils se dirigeaient à l'urgence : Vous devriez vous présenter là, l'accès, ça. Donc, on assuré ça. Donc, c'est plus de 30 000.

Donc, l'expérience va être renouvelée cette année plus tôt que prévu. Puis je vais laisser la chance à la Dre Lucie Opatrny de vous entretenir là-dessus.

**Mme Opatrny (Lucie) :** On a utilisé le bilan pour regarder comment est-ce qu'on va organiser les cliniques d'hiver cette année. C'est sûr qu'on peut prédire que, d'un hiver à l'autre, le besoin d'accès rehausse. Alors, il faut voir

comment les cliniques d'hiver... voir comment on peut rehausser l'accessibilité en clinique non seulement pour la grippe, mais aussi pour d'autres situations qui sont plus nombreuses pendant l'hiver. Ce qu'on a remarqué avec l'analyse qu'on a faite avec le bilan de l'année passée, c'est que ça serait mieux de le débiter avant. C'est pour ça que ça va commencer le 5 décembre au lieu de janvier.

On a vu aussi que ce n'était pas clair nécessairement pour les citoyens où aller, quelle clinique avait des disponibilités et quand. Alors, maintenant, on va vraiment travailler avec les réseaux pour cibler les cliniques, d'avoir une offre qui est prévisible pour, par la suite, être capable d'avoir... d'arrimer avec le 8-1-1 et ces cliniques-là, les établissements avec les cliniques pour vraiment diriger cette clientèle-là vers les cliniques d'hiver.

**M. Caron :** O.K. Combien de temps?

**Le Président (M. Leitão) :** Trois.

**M. Caron :** Trois minutes. Projet de loi n° 37, est-ce que je vous...

**Une voix :** Allez-y.

**M. Caron :** Vous le connaissez? Vous le connaissez. Je voulais juste... admettons son adoption hypothétique, croyez-vous que ça devrait effectivement... est-ce que ça pourrait permettre beaucoup d'économies?

**M. Gendron (Yvan) :** Bonne question. Je ne sais pas si... Je fais venir Patricia Lavoie, qui va venir un peu faire le tour, là, un peu de ce projet de loi en même temps, là.

**M. Caron :** ...peut-être

**Le Président (M. Leitão) :** ...s'il vous plaît.

**M. Gendron (Yvan) :** Oui, si vous permettez.

**M. Caron :** Pour ceux qui ne savent pas de quoi il s'agit, c'est le regroupement des achats.

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait. Bon, le regroupement des achats, puis en même temps Luc Desbiens, sous-ministre responsable de la logistique au regroupement d'achats... La réponse, je dirais qu'elle est... Je vais parler pour la Santé et Services sociaux, O.K.? Et j'ai été président du groupe SigmaSanté pendant quelques années, donc un des trois groupes d'achat du Québec. En santé, on fait beaucoup d'économies, hein? C'est plus de 54 %, 56 %, selon les régions, que les contrats sont passés par les regroupements d'achats et qu'on obtient des économies. Les cibles qui avaient été données ont été surpassées, là. On parle de 500, 600 millions, là, qui ont été amenés en économies pour plein de raisons.

D'abord et avant et tout, on avait des gains à faire. Ça, c'est évident. Il y avait une collaboration importante, et je souligne aussi l'apport de la Fédération des médecins spécialistes, qui participe de façon très active, O.K., par ses membres, pas en tant que syndicat mais par ses membres comme tels, dans les différents groupes d'achat qui permettent d'ajouter des économies, là. Puis des fois on parle d'économies pas de 3 %, 4 %, des fois c'est 50 %, 60 %, 70 %, là, au niveau de certaines stratégies, hanches, hémodynamie, pacemakers, et autres, comme tel. Mais, oui, il y a beaucoup d'argent à faire encore et il y en a encore à faire là-dessus. Peut-être, Luc Desbiens, te présenter.

**M. Desbiens (Luc) :** Alors, bonjour. Luc Desbiens, sous-ministre adjoint aux Infrastructures, logistique, équipements et approvisionnement.

Alors, c'est sûr que les achats regroupés, c'est quelque chose qui existe dans le réseau de la santé depuis plusieurs années. Il y a eu déjà 12 groupes d'approvisionnement commun, qui ont été, à un moment donné, réduits à trois qu'on connaît aujourd'hui, le groupe d'approvisionnement de l'Ouest, SigmaSanté et le groupe d'approvisionnement de l'Est du Québec.

Alors, le projet de loi, en tout cas, quand il a été annoncé dans le cadre du budget, mentionnait qu'effectivement c'était le modèle du réseau de la santé qu'on voulait instaurer pour l'ensemble du gouvernement, considérant les succès qu'on a eus, tant au niveau des fournitures médicales que des équipements. Donc, ça va très bien.

**M. Caron :** Donc, finalement, là, là, vous travaillez avec les trois groupes d'achat, mais, si je comprends bien, vous êtes enclins, finalement, à accueillir ce projet de loi s'il était adopté. Vous êtes prêts à travailler en ce sens.

**M. Desbiens (Luc) :** Bien, effectivement. Si notre modèle fonctionne aussi bien depuis plusieurs années, pourquoi ne pas le faire prospérer pour l'ensemble des ministères et organismes du gouvernement?

**M. Caron :** Parfait. Merci.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Alors, on passe au deuxième groupe de l'opposition. M. le député de Rosemont, sept minutes, vous aussi.

**M. Marissal :** Merci, M. le Président. M. Gendron, je faisais des recherches tout à l'heure puis je voyais que... je voyais un article ou, enfin, un reportage, à Radio-Canada en mai 2018, du journaliste Davide Gentile, qui s'intitulait *Au moins 1 500 infirmières gagnent plus de 100 000 \$ par année*. Il avait fait une certaine nomenclature. Bon, il en avait même trouvé une qui gagnait plus de 300 000 \$ par année. Bon, ça commence à être beaucoup.

Avez-vous des statistiques sur l'augmentation du nombre d'infirmières qui gagnent... je ne sais pas si vous le calculez comme ça, ou quel genre de statistique vous tenez sur le temps supplémentaire et sur les salaires?

**M. Gendron (Yvan) :** À moins que mon collègue ait ces informations-là, mais... c'est une statistique que nous pouvons aller recueillir comme telle, mais *Le Journal de Montréal* fait cette recherche-là, en tout cas, annuellement, là, pour le nombre, effectivement, mais nous, on les connaît quand même dans chacun de nos établissements.

Mais je ne sais pas si, centralement, on a cette information-là. Je ne suis pas certain, là. Mais évidemment, comme ex-P.D.G., nous savions combien d'infirmières gagnaient... Puis on parle de toujours... d'à peu près 1 % ou 2 % des infirmières qui gagnent, de façon particulièrement plus... de façon... substantiellement plus de salaire que les autres parce qu'ils recherchent, les infirmières et infirmiers, bien sûr, là, ils recherchent des salaires pour des raisons différentes, là, de milieu de vie, et autres. Mais effectivement 300 000 \$, c'est une question d'exception.

Nous, le travail qu'on a à faire au niveau du ministère, en tant qu'ex-P.D.G., c'est s'assurer que la qualité des soins est là, O.K.? Ce n'est pas parce que quelqu'un offre une disponibilité jour-soir-nuit, en soins critiques, en salle d'op, à l'urgence que c'est une bonne chose. C'est intéressant d'avoir cette disponibilité-là, là, mais il y a un enjeu de qualité. Il faut s'assurer que ces personnes-là sont aptes. Oui, elles ont le droit de travailler, elles ont le droit d'offrir leurs services, mais il y a quand même une vigilance qui doit, là, s'observer, là, pour être certain de ne pas mettre la clientèle en danger par rapport à une surabondance des heures offertes et, en même temps, pour la personne elle-même, là, comme travailleuse, là, etc. Je ne sais pas si tu...

• (17 h 20) •

**M. Lehouillier (Vincent) :** Moi, je pense que, oui, si elle fait du temps supplémentaire, là, ce n'est pas... c'est l'accumulation des heures travaillées, effectivement, qui permet de générer des phénomènes. On n'a pas les données avec nous, mais on peut les extraire puis vous donner un portrait, un ordre de grandeur national, si vous le souhaitez.

**M. Marissal :** Bien, j'ai bien compris tout à l'heure que vous disiez qu'en général le temps supplémentaire était en augmentation depuis quelques années et l'année dernière en particulier.

**M. Lehouillier (Vincent) :** Tout à fait. Puis c'est le fait essentiellement de la pénurie de main-d'oeuvre. C'est vraiment l'élément. Et le défi, c'est d'essayer de voir comment on fait évoluer l'offre de service, parce qu'évidemment il y a toutes sortes de pistes d'amélioration qui ont été amenées ici aujourd'hui, mais sans accentuer la pression sur le même monde. Donc, c'est un peu ça, le défi, là, c'est l'équilibre entre... puis il y a toujours des personnes qui vont souhaiter vouloir faire du temps supplémentaire, mais, malgré tout, d'un point de vue organisationnel, ce n'est pas une bonne pratique d'avoir des niveaux, là, qui sont... et c'est pour ça qu'on suit ça auprès de l'ensemble des établissements.

À chaque période de paie, on est en mesure de voir l'évolution de ce phénomène-là et on soutient les établissements, puis les établissements ont souvent des plans. Et ça coûte plus cher aussi, évidemment, le temps supplémentaire, là, à l'État. Donc, c'est sûr que c'est un phénomène qui n'est pas souhaitable. À l'occasion, ça peut être intéressant quand on a des pics, mais, quand c'est durable dans le temps, il faut lutter contre ça, on a différentes stratégies pour ça.

**M. Marissal :** Je pense que personne, ici, n'est contre le fait que quelqu'un soit payé à sa juste valeur et selon les heures travaillées, mais, quand on considère que certaines infirmières quadruplent leur salaire, on est peut-être, là, dans la zone dangereuse, où vous disiez, tout à l'heure, M. Lehouillier : On ne veut pas qu'elles travaillent trop, je féminise à dessein, parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes, vous ne vouliez pas qu'elles travaillent trop, parce qu'évidemment, bien là on s'en va dans le mur, là. On a atteint ce point-là avec certaines infirmières?

**M. Lehouillier (Vincent) :** Les directrices de soins infirmiers, là, le sous-ministre en parlait au niveau... chez les directrices, là, dans la même logique, sont très vigilantes par rapport à la question de la sécurité des usagers par rapport à des personnes, des infirmières, notamment, là, qui pourraient travailler beaucoup, beaucoup, exprimer beaucoup de disponibilité, donc, parce que les besoins sont très grands dans les établissements. Donc, oui, il y a une vigilance par rapport à ça. Mais, au-delà de l'aspect des soins, qui est la priorité, ce n'est pas une bonne pratique de ressources humaines, dans une organisation, que de générer une offre très importante de temps supplémentaire. Et, nous, comme je le dis, on a différentes stratégies pour ça, notamment le rehaussement des structures de poste, s'assurer que, dans les équipes, qu'on soit moins dépendant de phénomènes, là, qui, selon moi, devraient être révolus dans le réseau de la santé, qui sont les listes de rappel. Donc, être moins dépendants de ces phénomènes-là puis, à même une équipe de travail, avoir sa propre capacité d'autoreplacement, parce qu'on sait qu'on est dans un phénomène 24/7, puis il peut arriver aussi des absences non prévues. Donc, vraiment, là, qu'on puisse déployer les outils.

Puis ça, ça ne génère pas toujours des coûts supplémentaires pour le réseau, parce que ce sont des heures travaillées de toute façon. Donc, on essaie de voir, avec les employeurs, comment on peut les amener à avoir le plus possible d'heures travaillées en dehors du temps supplémentaire puis en dehors de la main-d'oeuvre indépendante pour s'assurer aussi que les patients aient moins de visages qui défilent auprès d'eux, qu'il y ait plus une stabilité, là, au niveau des différentes clientèles surtout dans les milieux où il y a de l'hébergement, là. Donc, c'est un défi, mais c'est majeur, et il y a des économies à aller chercher au-delà de la qualité des services, là, à lutter contre ces phénomènes-là.

**M. Marissal :** Je vais vous poser... Allez-y.

**M. Gendron (Yvan) :** Peut-être en complément, juste une information sur les différentes stratégies, là. Évidemment, on veut diminuer le nombre de congés sans solde aussi accordés, là, pour stabiliser, là. Mais, dépendamment de ça, il y a même une lettre d'entente qui a été faite, là, avec les syndicats, hein, pour s'assurer d'avoir des cibles nationales d'octroi de postes à temps complet. Pour ça, on a besoin de notre partenaire syndical pour pouvoir le faire, l'atteindre, cette cible-là, comme tel. Plus on va monter au niveau de la cible, là, de, justement, des détenteurs de poste à temps complet, moins on va être à risque, finalement.

**M. Marissal :** Oui, mais le fait est qu'entente ou non en ce moment on est condamné parce qu'il y a une pénurie de main-d'oeuvre.

**M. Gendron (Yvan) :** C'est un défi, effectivement, oui.

**M. Marissal :** Et, pour poser une question qui a été posée, je vais juste la poser différemment : Vous estimez à combien d'années encore cette situation où on sera condamné à recourir presque systématiquement à du temps supplémentaire obligatoire?

**M. Lehouillier (Vincent) :** C'est difficile de répondre une réponse très claire et précise. Je vous dirais qu'un peu comme l'ensemble des employeurs privés et publics on est un peu tous confrontés aux mêmes domaines, aux mêmes enjeux. Ce qu'on vise, c'est, nous, travailler avec les partenaires de l'éducation, avec nos ressources qu'on peut aller chercher aussi à l'extérieur du Québec pour atténuer ces impacts-là. On dans dans de l'atténuation. Est-ce que c'est réaliste de dire qu'à court terme on va éliminer le phénomène? Peut-être pas, parce qu'on a quand même une obligation de maintenir les services. Puis il y a des personnes qui sont excessivement dépendantes, évidemment, de nos services. Ça fait que c'est l'équilibre entre tout ça. Mais on a... C'est pour ça, comme disait le sous-ministre tout à l'heure, on a investi, là, dans le dernier budget du gouvernement, puis les mesures ont été, je dirais, ventilées auprès des établissements, là, près de 92 millions de dollars, là, uniquement, là, pour ce qu'on appelle prendre soin du personnel. Puis c'est des mesures qui visent à améliorer la qualité de vie au travail, favoriser la présence et la rétention des personnes dont on a besoin pour assurer l'offre de services.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Merci beaucoup. Alors, on revient du côté gouvernemental. M. le député de Rivière-du-Loup—Témiscouata, à vous la parole. Sept minutes, vous aussi.

**M. Tardif :** Merci, M. le Président. Alors, je vais terminer la discussion. Je vais réinviter le sous-ministre à répondre à ma question concernant les ambulances. Je suis toujours dans la rectitude de pensée de l'accessibilité que les patients doivent avoir au système.

**Mme Berger Pelletier (Élyse) :** Merci. Je vais vous faire une confidence. Je viens de Notre-Dame-du-Lac, puis toute ma famille est dans Les Basques puis dans le Témiscouata, donc je suis très sensible...

**M. Tardif :** Oui? Je trouvais dans votre regard qu'il y avait quelque chose, qu'on se comprenait.

**Mme Berger Pelletier (Élyse) :** Exactement. Donc, j'ai très à cœur que, si mes parents ont quelque chose, qu'il y ait une ambulance qui arrive à temps à leur domicile. Il faut comprendre comme... Dans le fond, vous me posez la question pour ce qui est des horaires de faction. On est en train de revoir l'ensemble du système, on a mis en place, vous vous rappelez probablement le rapport Ouellet de 2015, l'*Urgence d'agir*, qui avait 116 recommandations sur comment moduler les services préhospitaliers pour avoir une meilleure offre, une meilleure accessibilité. Donc, on est en train de mettre en place un comité pour mettre les recommandations du rapport Ouellet et du rapport Dicaire, qui date de plus longtemps, à les mettre en place.

Ça va aussi avec... Quand on veut augmenter l'accessibilité, ce n'est pas seulement l'ambulance, on parle de programmes nationaux de défibrillateurs, parce que, pour les arrêts cardiaques, c'est ce qui sauve des vies, les programmes de premiers répondants, ce qui sauve des vies aussi. Donc, ce n'est pas seulement de penser toujours à l'ambulance comme étant la chose qui sauve des vies, on est en train de voir ça dans son ensemble. Je pense que c'est une des choses qu'on est en train de regarder qui va permettre aux gens des régions plus rurales, comme les régions urbaines, d'avoir des meilleurs services pour ce qui est des premiers chaînons, là, au niveau des réponses pour les patients instables.

**M. Tardif :** Je ne peux pas vous dire que je suis satisfait, mais j'ai bien entendu. Quelle date que vous m'avez parlé, déjà, que ce serait appliqué, cette révision-là? J'ai mal entendu.

**Mme Berger Pelletier (Élyse) :** On a annoncé le comité au réseau il y a environ deux semaines, si je ne me trompe pas, puis les premières rencontres devraient avoir lieu d'une semaine à l'autre, là.

**M. Tardif :** Et on devrait finaliser les résultats de ces rencontres-là pour mettre ça en application à quelle date?

**Mme Berger Pelletier (Élyse) :** En fait, le comité va émettre des recommandations sur comment opérationnaliser ce rapport Ouellet là dès les prochains mois. Donc, nous, ensuite de ça au niveau de l'appareil ministériel, on va prendre ces recommandations puis on va les mettre en place, progressivement. On parle des travaux... entre un an et deux ans.

**M. Gendron (Yvan) :** Et l'orientation, si vous permettez, que j'ai donnée comme sous-ministre, là... l'orientation étant de savoir que toute bonne idée qui arrive qui peut être mise en place rapidement, on la met en place, là. L'objectif n'est pas de déposer un rapport, O.K., c'est d'arriver, au fur et à mesure, à des changements et c'est une consultation, une implication large de tous les partenaires de la santé, là. Ce n'est pas un dossier dans lequel on consulte sept, huit personnes, on se fait une tête. On n'est pas là-dedans, on est dans la transformation, là, pour s'assurer qu'on fait un pas de plus.

**M. Tardif :** Merci. Merci, madame. Merci. Je poursuis maintenant sur une autre question, mais toujours dans... pour faire suite un peu à ce que mon collègue mentionnait. La Fédération des médecins spécialistes, comme vous le savez probablement, a déposé un mémoire lors de... à la Commission des finances publiques, et, à la page 10, on dit : «Actuellement — et je cite, là — il n'existe aucun inventaire public des fournitures médicales détenues par les hôpitaux. Cette absence de registre nuit à un approvisionnement optimal. Certains achats peuvent être effectués en double; les hôpitaux effectuent parfois des achats de fournitures non choisis par les médecins. Il faut profiter de la réforme pour systématiser la tenue d'inventaires publics.» Est-ce que c'est vrai, cette situation-là?

**M. Gendron (Yvan) :** Moi, je répondrais différemment, O.K., puis on a...

**M. Tardif :** C'est vous qui répondez.

• (17 h 30) •

**M. Gendron (Yvan) :** Nous avons une excellente relation avec la présidente ainsi que la Fédération des médecins spécialistes. Maintenant, évidemment, avec les systèmes informatiques, sans faire le... tout ce qui se passe au niveau informatique, et les fusions, les gens sont en train de se réorganiser en termes d'inventaires de produits, O.K.? Une chose. Est-ce que nous connaissons l'ensemble de tous les... mettons, les produits utilisés, là, à partir du central? La réponse, c'est non. Il n'y a pas un logiciel informatique qui le permet actuellement. L'arrivée du Centre d'acquisitions gouvernementales, avec la prochaine loi, devrait arriver à faire ça. Mais, indépendamment de ça, là, puis là je peux parler, là, vraiment d'expérience comme ancien président de SigmaSanté et comme P.D.G., là, nous avons suffisamment de connaissances, là, pour savoir vraiment ce que nous avons besoin et qu'est-ce qu'on doit renouveler, et autres, pour vraiment travailler à améliorer et assurer la disponibilité, O.K., justement, du matériel.

Maintenant, un élément qui est mentionné par la Fédération des médecins spécialistes, avec raison, évidemment, même si on fait un achat regroupé, qu'on s'entend sur une formule avec, bon, différentes stratégies, différents produits, là, pour atteindre le... mettons, assurer l'accessibilité aux services, n'empêche que le médecin doit quand même s'assurer qu'en fonction des besoins de son patient, de son citoyen qui est devant lui, etc., il va utiliser la bonne technique, le bon matériel, O.K.? Donc, quand même s'assurer que ce n'est pas parce qu'on a choisi un produit unique... Puis il ne faut pas avoir de produits uniques. C'est la pire chose à faire, d'avoir des produits uniques, là, parce que les patients ne sont pas uniques, O.K., ils ne sont pas tous faits sur le même format. Donc, tout ça... On est allés faire une prise d'inventaire globale sur l'ensemble du Québec avec le système d'information, là, de tout le matériel, là, qui va nous permettre d'avoir une meilleure stratégie de groupe, O.K., et nos partenaires qui sont du côté des établissements participent très bien là-dessus.

Et je pourrais laisser la parole à Pierre-Albert Coubat, là, au niveau des finances, approvisionnements.

**Le Président (M. Leitão) :** ...s'il vous plaît.

**M. Coubat (Pierre-Albert) :** Oui. Donc, M. le Président, Mmes et MM. les députés, chers membres de la Commission de l'administration publique, bonjour. Je suis Pierre-Albert Coubat, sous-ministre adjoint, Financement, allocation des ressources et budget.

Comme M. le sous-ministre, je vais faire référence à mon expérience récente aussi dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il y a moins d'un an, là, j'étais directeur des ressources financières et de la logistique au CIUSSS de l'Estrie-CHUS, et je peux vous dire que les inventaires sont faits de façon très serrée, parce que les établissements ont de toute façon aussi un incitatif financier à avoir des inventaires périodiques au niveau des fournitures coûteuses, notamment, parce que, dans le fond, au niveau du traitement du bilan comptable, dans le fond, avoir ces inventaires-là, bien, permet de les comptabiliser au bilan puis a un impact positif sur le résultat. Donc, il y a vraiment un suivi serré qui est fait. Puis, de toute façon, avec tout le réseau, on l'a dit tantôt par rapport au projet de loi n° 37, le réseau de la santé et des services sociaux est précurseur par rapport au projet de loi n° 37, et puis il a déjà beaucoup étoffé tout le volet de l'approvisionnement en commun.

Donc, pour avoir, bien, un approvisionnement en commun efficace au niveau des fournitures médicales, M. le sous-ministre, qui était président de SigmaSanté, l'a nommé, ça prend un portrait très clair de ce qu'on a comme inventaire au niveau des fournitures médicales, au niveau des différents produits, dans chacun des établissements. Donc, c'est suivi, là, de façon très, très serrée dans chacun des établissements. Vous le savez, depuis la réforme de 2015, on est rendu avec des gros établissements de santé et de services sociaux. Ça a amené un regroupement, là, des fonctions administratives, donc notamment des fonctions administration logistique. Donc, chaque établissement est doté de personnes extrêmement compétentes. On n'a plus de petit point de service, là, de 1,5 million de budget qui a une demi-personne qui s'occupe du volet approvisionnement de la logistique. On a vraiment des fonctions approvisionnement logistique étoffées avec une grande expertise dans l'établissement, et c'est suivi de façon très serrée.

Puis on parlait tout à l'heure du volet de l'informatisation. Bien, vous savez qu'on a un projet de système intégré, de système informatique unifié qui s'appelle SIGFA, système informatique en gestion financière des approvisionnements, qui est un système vraiment lié à la mission santé et services sociaux, donc qui va aller chercher l'information dans les

systèmes de pharmacie, dans les systèmes médicaux, dans l'ensemble de nos systèmes cliniques, donc qui doit vraiment s'intégrer aux systèmes informatiques du réseau et qui va permettre de suivre en quasi-temps réel l'état des fournitures dans les établissements de réseau. Donc, quand on a un besoin, mettons, quand il y a une pénurie de médicaments quelque part, on va savoir combien il en reste dans tel autre établissement voisin de façon très serrée, ce qui se fait par le dialogue actuellement, mais là on l'aura en temps réel de façon automatisée.

**Le Président (M. Leitão) :** Merci beaucoup. C'est déjà tout. Merci. Alors, du côté du troisième groupe d'opposition, M. le député des Îles-de-la-Madeleine, sept minutes.

**M. Arseneau :** Merci beaucoup, M. le Président. Je voulais revenir brièvement d'abord, là, en deux volets, sur la question des jeunes atteints de troubles du spectre de l'autisme. Je voulais savoir s'il était possible qu'il y ait des divergences majeures entre les régions du Québec. Parce que vous avez dressé un portrait qui semblait assez positif, et, moi, ce que j'entends sur le terrain, c'est que les délais sont très, très, très longs, que la communication entre le système de santé et le système d'éducation... la communication n'est pas optimale, et donc les services, évidemment, sont limités. Et, même une fois le diagnostic posé, le suivi et les services offerts sont déficients au point où des gens quittent ma région pour espérer obtenir de meilleurs services en milieu urbain.

**M. Gendron (Yvan) :** Vous avez raison d'exprimer un peu ce contexte-là. Évidemment, il y a des différences notables entre les régions, O.K., nous le savons, là. Au-delà de la démographie, des réalités rurales ou urbaines, peu importe, évidemment, quand on se trouve aussi dans des bassins plus grands, on en a de façon plus importante. Donc, on organise des services, bien sûr, autour de la clientèle. Mais évidemment les familles, O.K., pas nécessairement pour atteindre un service, là, mais s'assurer d'avoir l'ensemble des services, ont tendance à se regrouper dans certaines régions où les services, historiquement, se sont développés ou... il y a plein de raisons de ce style-là.

Mais évidemment la stratégie que nous avons développée, en tout cas, dans les derniers temps, là, c'est d'abord de le faire pas seul, pas seulement le ministère de la Santé, hein, on parle de l'Éducation, la Famille, donc se rejoindre ensemble, se donner une stratégie commune. Agir tôt, c'est un bel exemple, là, de stratégie, d'aller dépister, d'aller s'assurer de donner des services et d'aider, de ne pas attendre qu'il y ait une demande de service et, justement, aller le créer, justement, ce service-là, et s'assurer de donner le bon, O.K., le bon intervenant pour le jeune, pour la famille, pour les aider, et de façon proactive, O.K., et pas que la personne, le parent se promène d'un guichet à un autre guichet pour obtenir l'ensemble de ces services-là. On veut briser ce silo-là.

**M. Arseneau :** Mais est-ce que c'est dans votre approche d'avoir une approche modulée et à géométrie variable pour la géographie variable?

**M. Gendron (Yvan) :** Peut-être, Lyne...

**Mme Jobin (Lyne) :** Oui. Dans le fond, je veux réinsister sur ce que M Gendron a dit. Effectivement, il y a des variations interrégionales, tant au niveau de l'accès, que des délais d'attente, que des modalités d'intervention, et le programme Agir tôt va nous permettre de standardiser des pratiques et de standardiser l'offre de services. Donc, un enfant qui est aux Îles-de-la-Madeleine ou un enfant qui est à Montréal devrait avoir accès aux mêmes services, idéalement dans les mêmes temps, avec la même qualité.

Mais, quand vous parlez de moduler, oui, effectivement, sur certains territoires, on va travailler davantage soit avec le milieu scolaire, avec des groupes communautaires, selon les besoins, bien sûr, pas pour des services spécialisés qui doivent être offerts par la santé, mais, par exemple, pour des services de stimulation précoce, ça peut très bien se faire avec des organismes communautaires, dans certains milieux, en entente de service avec l'établissement. Mais, oui, il y a cette modulation possible là.

**M. Gendron (Yvan) :** Et, en complément, je dirais — parce que je suis certain que la question va suivre — les petites régions, les très petites régions, là, on ne peut pas avoir un 1,5, un 1,1 orthophoniste, et autres, comme tel. Donc, l'orientation du Dr Carmant est la nôtre, mais Dr Carmant nous mentionne... de dire : Assurez-vous d'avoir un minimum d'individus qui permette d'aller rejoindre cette clientèle-là, sinon ils n'auront pas de service. On va les dépister, mais il n'y aura pas de service.

Donc, là-dessus, là, que ce soit la Côte-Nord, les Îles-de-la-Madeleine, puis, évidemment, on peut en mentionner, différentes régions, Nunavik, et compagnie, là, on s'assure d'avoir un minimum, un plancher, là, qui est acceptable pour donner l'ensemble des services.

**M. Arseneau :** D'accord. Merci. Je vais aborder un autre aspect, vous l'avez mentionné dans vos notes introductives, c'est la question des listes d'attente des services en protection de la jeunesse. Je pense que c'est un critère qui semble très important pour vous.

Je me demande s'il y a aussi une façon de vérifier la disponibilité de services d'un point de vue davantage qualitatif sur la disponibilité des services qui sont offerts, au-delà des listes d'attente, parce que, l'exemple que je vais vous donner encore une fois, c'est tiré d'une expérience locale, chez moi, la totalité, je dis bien la totalité des intervenants du centre jeunesse actuellement sont en arrêt de travail pour épuisement. Et là ce qu'on constate, il y a une crise réelle, ce sont les familles d'accueil qui sont sur le bord de l'épuisement car elles n'ont pas de service de la part des intervenants, ou d'éducateurs, ou

de tuteurs. Cette situation-là, elle est négligée par les administrateurs sous le prétexte qu'il n'y a pas de liste d'attente, mais il n'y a pas de liste d'attente probablement parce qu'on n'établit pas non plus d'enquête sur les signalements puisque le personnel se succède à un rythme effréné.

Alors, moi, je fais un peu le plaidoyer pour que l'on aille au-delà des listes d'attente et puis qu'on puisse s'assurer que les services soient rendus et que les ressources soient aussi disponibles, parce que les familles d'accueil, par exemple, qui voient que l'enfant qu'ils ont pris en charge a besoin des services, par exemple, d'un psychologue, évidemment, si l'intervenant ne rencontre pas le jeune, il ne peut pas diagnostiquer, disons, ou évaluer les besoins en services. Alors, je ne sais pas si vous comprenez la problématique.

**M. Gendron (Yvan) :** Je comprends très bien, très bien, très bien. Mais c'est pour ça qu'en travaillant avec nos différents partenaires, là, pour dépister les gens, là, que ça soit avec nos garderies, que ça soit dans nos écoles, parce qu'ils ont le devoir aussi de signaler, d'informer, et autres, là, d'avoir justement cet... d'aller chercher la clientèle. Il y a d'autres éléments, mettons, comme Aire ouverte, là, mettons, qui touchent, là... c'est un endroit, c'est un carrefour où le jeune va arriver, puis on va un peu l'intercepter pour savoir c'est quoi, ses besoins. Puis lui, il va être avec ses proches, des jeunes qu'il connaît. On va pouvoir justement dépister puis s'assurer de donner le bon service là, parce qu'effectivement si on ne l'a pas ce signalement-là, si on n'a pas cette note-là, puis adaptée, bien sûr, à ses besoins, là...

C'est pour ça que, dans les effets recherchés par les investissements, c'est ça qu'on veut aller chercher, O.K.? On veut former davantage d'intervenants, rehausser le soutien clinique qui leur est offert, là, puis aller chercher... parce qu'il ne faut pas être juste en attente, ça, c'est idéalement comme tel. Puis vous mentionnez les familles d'accueil, les intervenants qui sont essouffés, qui sont vraiment en détresse, comme tel. Bien, on se donne aussi des façons de faire pour les aider, parce que, vraiment, c'est un milieu qui est difficile, qui est très exigeant jour après jour, là. Il n'y a pas de pause pour eux autres, là, surtout pas pour les familles d'accueil, là. Peut-être Mme Jobin.

• (17 h 40) •

**Mme Jobin (Lyne) :** En fait, un des investissements les plus importants dans ce contexte-là, c'est effectivement le 18 millions qu'on avait investi avant même le 47 millions pour rehausser les équipes. Le 18 millions visait spécifiquement le soutien clinique aux intervenants et pour faire face à des situations comme vous nommez. C'est difficile de travailler en protection de la jeunesse. Il y a des demandes qui croissent de façon assez extraordinaire depuis les dernières années, et puis il y a un roulement de personnel important. On se retrouve avec des jeunes moins expérimentés. Donc, ils ont besoin vraiment de formation continue en contexte d'emploi et de supervision clinique pour les aider et les maintenir en emploi. Donc, le 18 millions visait ça précisément, la qualité des interventions.

**M. Arseneau :** Est-ce que j'ai... Non?

**Le Président (M. Leitão) :** Une dizaine de secondes.

**M. Arseneau :** ...vous remercier de vos réponses.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Merci. Alors, on revient au côté gouvernemental. M. le député de Portneuf.

**M. Caron :** Combien de minutes?

**Le Président (M. Leitão) :** Vous avez 10 minutes.

**M. Caron :** O.K. Merci, M. le Président. Vous savez notre proximité avec la Vérificatrice générale du Québec. Et puis m'est apparue une question à propos d'Optilab. C'était un projet qui découlait d'un rapport qui avait été publié en 1999 par le Vérificateur général du Québec. Ça avait été lancé en septembre 2011 par le gouvernement libéral, par M. Bolduc, puis autorisé en 2013 par le gouvernement péquiste sous M. Hébert. Ça avait mal démarré. Aujourd'hui, où c'en est? Comment ça fonctionne? Quels sont les impacts sur les laboratoires?

**M. Gendron (Yvan) :** Oui. Je fais l'introduction. Évidemment, c'est de nature variable, là, non seulement selon la région, selon la réalité, et autres, selon les volumes aussi, hein? La réalité montréalaise est tout à fait différente des réalités au niveau des régions. Il y a des gains qui ont été faits en termes d'efficacité et en termes de... Je parle de point de vue purement, là, soit en dollars ou en termes aussi de rapidité, là, d'utilisation des équipements, parce qu'il y a une réalité aussi avec l'ensemble des équipements à maintenir. Il y a une réalité aussi avec le nombre de personnes en technologie de laboratoire qui sont disponibles avec les départs à la retraite. Il faut tenir compte de tout ça. Donc, il y a des gains.

Par contre, il y a des défis importants et il n'y a pas tant de transferts qui ont été faits entre les établissements, là, de transfert dans les régions, là. O.K., oui, il y a une gouvernance plus régionale comme telle, mais, pour maintenir une accessibilité, et particulièrement dans le plateau technique au niveau hospitalier, bien, il fallait maintenir le maximum de tests qui sont faits par rapport au plateau technique hospitalier. Puis là-dessus je passerais la parole à Dre Opatrny.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Alors, pour la vision d'Optilab, le réseau est pas mal d'accord avec le fait qu'il faut avoir des tests de haute qualité avec un temps de réponse qui est rapide. Alors, comment est-ce qu'on va faire pour atteindre ces objectifs si, anciennement, on a dit qu'on allait transférer de grands volumes? Maintenant, la vision, depuis au moins un an et demi, c'est : Est-ce qu'on peut viser d'envoyer un beaucoup plus faible volume, 10 %, 15 % de volume, et vraiment

cibler les tests qui sont soit dispendieux et aussi s'ils ne sont pas chronodépendants? Alors, comme a mentionné le sous-ministre, ce transfert-là n'a pas encore commencé ou, si ça a commencé, c'était à très faible niveau parce qu'il y a quand même certains éléments de base qu'il fallait avoir en place pour le faire, notamment, entre autres, le SIL unique.

**Une voix :** ...le SIL unique...

**Mme Opatrny (Lucie) :** Pardon?

**Une voix :** Le SIL unique, c'est quoi?

**Mme Opatrny (Lucie) :** Le système informatique laboratoire pour qu'on peut avoir des résultats en temps réel quand c'est fait à une place a, et, physiquement, on travaille en place b. Ça, ça a été signé et ça va commencer à être déployé. En plus de ça, on a mis en place un système de traçabilité pour qu'on peut suivre où sont les échantillons.

L'autre élément qu'on a déjà mis en place, même avant qu'aucun échantillon ne se transfère d'un laboratoire à l'autre, c'est qu'on fait maintenant des appels d'offres pour des réactifs, des réactifs de laboratoire qui ont déjà diminué des coûts. Et on est en train... Tous les laboratoires sont en train de passer l'agrément avec le BNQ pour rehausser le standard de tous les laboratoires. Alors, tous ces éléments-là sont maintenant en place, sauf le SIL unique qui, maintenant, va être en déploiement, même avant qu'on commence à transférer les échantillons.

**M. Caron :** Puis, l'échéance, on... Avez-vous une idée de quand ça va être opérationnel complètement?

**Mme Opatrny (Lucie) :** Vous parlez du style unique?

**M. Caron :** Oui.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Luc, deux ans? Ça va être deux ans. Alors, c'est vraiment... Il faut avoir toute cette fondation-là en place avant qu'on fait ça. Puis il faut comprendre qu'on regarde maintenant certaines machines, soit pour la génétique, soit des MALDI-TOF pour faire la microbiologie, qui sont très dispendieuses. Alors, ça, ça va nous faciliter... se doter des... vraiment des machines de haute qualité. Et, encore une fois, il faudrait, quand on cible ceux qui vont être transférés... et ça, on est en train... le travail a été fait en lien avec les médecins et les laboratoires, d'être certain qu'on peut cibler les tests qui ne sont pas chronodépendants.

**M. Gendron (Yvan) :** Et ce que je pourrais ajouter pour le système d'information unique, là, au niveau des laboratoires, là, c'est une compagnie qui a déjà 77 % du marché québécois, là, O.K.? On n'a pas de surprise, ça devrait bien aller. Oui, il y a des défis, bien sûr, d'harmonisation entre les établissements, mais c'est important parce qu'on veut que la donnée, l'information soit disponible dans le Carnet santé Québec, dans le Dossier santé Québec, peu importe comment on l'appelle, là, pour... accessible par rapport au patient, peu importe où il va voir son infirmière, son IPS, son médecin. Donc, ça va nous permettre de faire un gain plus important en termes d'accessibilité et d'éviter des duplications de tests puis des délais aussi de tests.

**M. Caron :** O.K. Merci. Juste revenir... Puis peut-être que c'est vous qui allez pouvoir me répondre, madame. Concernant les... Quand le DRMG affecte un médecin dans une région administrative, après, il y a des sous-régions, je prends encore l'exemple de Portneuf, région administrative 03, Portneuf, sous-région, le médecin se voit confier des AMP, est-ce qu'on a moyen... Mais bien souvent, encore, et c'est le cas des deux derniers médecins qui ont été consacrés à Portneuf, ils viennent faire leurs AMP dans Portneuf, mais ils sortent de la sous-région de Portneuf, ils partent parce que c'est peut-être plus commode, en tout cas, pour toutes sortes de raisons. Ils sortent, finalement, de la sous-région. Est-ce qu'on a un moyen de pouvoir les... je vais employer un terme qui est un petit peu lourd, mais de les contraindre à faire leurs AMP et à faire leur pratique en cabinet dans les sous-régions?

**Mme Opatrny (Lucie) :** Juste pour clarifier, les AMP, c'est les activités médicales particulières, alors que les médecins ont un 12 heures que le DRMG peut demander aux médecins de faire pour être capable de cibler les éléments cliniques qui sont les plus nécessaires, alors soit à l'urgence ou en clinique, etc. Alors, les médecins demeurent quand même des travailleurs autonomes. Alors, il faut que... il faut faire 55 % de leurs activités dans l'endroit où... dans le sous-territoire qu'on leur donne. La majorité demeure là pour la quasi-totalité de leur pratique, mais il y a quand même une flexibilité qu'ils ont pour effectuer 40 % de leur pratique ailleurs.

**M. Caron :** Et on ne peut pas intervenir, nous, sur cette flexibilité, étant donné que ce sont des travailleurs autonomes, c'est ça?

**Mme Opatrny (Lucie) :** Mais ce qu'on peut faire, c'est de... Il y a toujours des discussions avec eux pour leur mentionner les besoins du territoire. Il y a des façons que les régions sont en train de voir comment faciliter le travail du médecin pour les encourager à faire tout leur travail dans ce sous-territoire-là, mais ils ont quand même une certaine flexibilité de leur utilisation de leur temps.

**M. Caron :** Parce que, dans certains cas, ils vont indiquer au DRMG qu'ils vont faire la pratique en cabinet puis, en réalité, parfois, ils choisissent un sous-territoire parce que les AMP leur conviennent bien, selon leur spécialisation, etc., puis, en réalité, une fois qu'ils sont nommés dans un sous-territoire, la réalité, c'est que... En tout cas, j'ai deux cas très, très récents dans mon comté.

Est-ce que le DRMG peut favoriser... Parce qu'on sait que la difficulté, c'est le taux de rétention de nos médecins aussi dans les régions puis de... Je ne peux pas croire que, dans la région de Portneuf, il n'y a pas des finissants médecins. Est-ce qu'on ne peut pas donner des indications au DRMG pour qu'il favorise plus le recrutement de médecins qui sont originaires de la région? On sait que, s'ils sont originaires de la région, bien, ils ont un sentiment d'appartenance. Est-ce qu'on a moyen d'intervenir à ce niveau-là ou pas du tout?

• (17 h 50) •

**Le Président (M. Leitão) :** Rapidement, s'il vous plaît.

**Mme Opatrny (Lucie) :** Et c'est une question aussi pour toutes les régions éloignées. C'est, entre autres, pourquoi on commence à voir des sites délocalisés pour la médecine, pour essayer de voir comment on peut plus encourager la pratique dans d'autres régions que les milieux urbains. Mais le processus de jumelage ne nous laisse pas vraiment forcer un individu à retourner dans leur région.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. Merci beaucoup, c'est déjà tout. Alors, on passe du côté de l'opposition officielle. Vous aussi, vous avez un bloc de 10 minutes en terminant. C'est le dernier bloc.

**Mme Rizqy :** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Leitão) :** Mme la députée de Saint-Laurent.

**Mme Rizqy :** Merci beaucoup. J'aimerais reprendre la discussion qui concerne le diagnostic d'enfants avec un trouble de spectre de l'autisme. Vous avez des cibles à atteindre et vous savez que le projet de loi qui porte sur les maternelles quatre ans, qui sera bientôt adopté... Présentement, la cible n'est pas du tout atteinte. On est très loin de l'objectif de diagnostic de 90 jours, on est à 177 jours. Agir tôt, j'en conviens, mais une année scolaire, c'est 180 jours, puis, en ce moment, on est à 177 jours. Avez-vous les outils pour atteindre cette cible?

**M. Gendron (Yvan) :** La réponse, hein, la stratégie d'intervention, elle devient totalement différente, hein? Maintenant, déjà à partir de 12 mois, là, on veut introduire le fait que les parents, ceux qui travaillent au niveau des garderies, les intervenants comme tels puissent déjà remplir des questionnaires pour dépister. Donc, on n'attend pas la demande, là. On veut agir vraiment de façon proactive pour s'assurer qu'on puisse aller chercher justement notre jeune, là, qui a certaines difficultés d'apprentissage, quelles qu'elles soient, là, il faut intervenir rapidement. Donc, on veut vraiment une stratégie totalement différente, O.K.? On ne veut pas d'attente, on veut agir au départ et lui donner le service adéquat en fonction de son enjeu de développement.

Pour ce qui est des maternelles quatre ans, pour nous, c'était comme un autre dossier, là, parce que nous, on ne s'occupe pas de ça, on commence à 12 mois.

**Mme Rizqy :** Bien, c'est tellement bon, ce que vous venez de dire, que je vais vous prendre immédiatement au bond.

**M. Gendron (Yvan) :** Allez-y.

**Mme Rizqy :** Vous venez de faire exactement ce que tout le monde me décrit sur le réseau de l'éducation. C'est que, lorsqu'on détecte un trouble entre deux ans et quatre ans, que, par exemple, l'enfant est dans un CPE puis qu'après ça, rendu dans l'école, il tombe dans une chaise vide, puis là le réseau... les CLSC disent : Ce n'est pas dans notre cour, c'est à l'Éducation, l'Éducation dit : Ce n'est pas dans notre cour, c'est la Santé. Est-ce qu'on peut s'occuper de notre monde?

**M. Gendron (Yvan) :** Mais je vais vous répondre, là, parce que, comme je l'ai dit au préalable dans une précédente question, on travaille déjà ensemble, les trois ministères, O.K.? Nous, ce n'est pas l'endroit qui est important, si c'est dans une maternelle quatre ans, qu'il soit en garderie, qu'il soit en milieu familial, qu'il soit à l'école, peu importe, là, nous, là, on veut aller chercher l'individu, le jeune, au bon endroit, au bon moment.

**Mme Rizqy :** J'entends ce que vous dites, mais la Protectrice du citoyen dit exactement le contraire. Elle dit que, factuellement au Québec, ce que vous, vous dites, ça ne se fait pas...

**M. Gendron (Yvan) :** C'est justement...

**Mme Rizqy :** ...et qu'il y a des dossiers qui tombent, puis des dossiers, je pense, d'enfants, que leurs dossiers, là, il n'y a pas de suivi, que, lorsqu'ils sont diagnostiqués, par exemple, à l'âge de deux ans, ça prend un autre deux ans pour avoir un service. Là, ils sont rendus à l'école, ils doivent recommencer encore le processus.

**M. Gendron (Yvan) :** Et c'est pour ça, la stratégie Agir tôt. La stratégie Agir tôt, là, c'est d'aller chercher le jeune, d'aller le dépister puis de lui donner des services sans qu'il le demande, sans que le parent le demande. Donc, on veut agir directement avec peu importe quel intervenant là-dessus.

Je peux peut-être laisser Mme Jobin... On est à l'inverse, là. Il faut justement agir parce qu'on est tout à fait d'accord il ne faut pas que le jeune, son parent tombe entre deux services ou entre deux attentes, deux guichets.

**Mme Rizqy :** J'aimerais entendre Mme Jobin, parce que le temps file.

**Mme Jobin (Lyne) :** Oui. Et en plus j'ajouterais, là, que, quand un enfant est référé pour un diagnostic, là, on parle d'un enfant qui présente des risques importants, là, au niveau de son développement, pas nécessairement TSA, mais d'autres types de problématiques, là, plus majeures, lorsqu'il est référé, maintenant, de plus en plus, je ne vous dis pas que c'est dans tous les établissements, mais plusieurs établissements offrent un service avant même le diagnostic. Et, avec Agir tôt, on va systématiser ça, c'est-à-dire que, s'il est référé pour un diagnostic, on ne le place pas sur une... on le place, oui, éventuellement pour qu'il ait le diagnostic, mais, avant même d'avoir le diagnostic, il va avoir des services adaptés et qui vont éventuellement être ajustés une fois qu'il a le diagnostic, mais on ne le laisse pas seul pendant le temps qu'il circule dans le système, là, pour avoir le diagnostic. Ça, c'est présentement et, avec Agir tôt, ça va se systématiser, et le fait qu'il attende pour avoir un diagnostic ne fait pas en sorte qu'il n'a pas de service, O.K.?

**Mme Rizqy :** O.K. Mais, présentement, là, on a une...

**Mme Jobin (Lyne) :** Présentement, là...

**Mme Rizqy :** Une seconde.

**Mme Jobin (Lyne) :** Oui. Excusez-moi.

**Mme Rizqy :** Ma question, je ne l'ai même pas encore posée. Je sens votre enthousiasme.

**Mme Jobin (Lyne) :** Excusez-moi, j'y allais dans le présentement.

**Mme Rizqy :** C'est que mon inquiétude, c'est la suivante : dès qu'on met des sommes d'argent très importantes pour investir dans ce programme, il y a quand même une pénurie. Donc, quand vous me dites : On met des services, mais on n'a pas de diagnostic, j'ai l'impression qu'on met la charrue devant les boeufs puis que peut-être on va donner des services, puis c'est correct, mais peut-être qu'on n'en donnera pas assez à celui qui en a vraiment besoin davantage puis qu'on va en donner à celui qui en a peut-être besoin, mais pas autant que l'autre. Alors, c'est ça, mon inquiétude.

Puis, quand je regarde le chiffre, 177 jours d'attente présentement, l'année scolaire, c'est 180 jours, quand on va avoir le diagnostic, on va être à deux semaines de la Saint-Jean. Après ça, on va recommencer tout l'été, on revient au mois d'août à l'école. C'est ça, mon inquiétude, au fond.

Alors, j'aimerais voir votre plan, parce que nous, on ne l'a pas vu, dans le projet de loi sur les maternelles quatre ans, le plan. Alors, si vous en avez un, je vous invite à le déposer, parce que j'ai d'autres séries de questions.

Et je vais continuer, juste une petite question pour les enfants nés ici, au Québec, mais de parents non résidents. Vous deviez avoir une solution à l'automne 2019. Je comprends qu'on a jusqu'au 20 décembre, mais est-ce que vous avez réalisé, là, l'urgence d'agir là-dedans? Parce qu'il s'agit d'enfants québécois, et que l'Observatoire des tout-petits le dénonce, le décrit, la Protectrice du citoyen aussi, vous aviez eu trois recommandations, il en restait une. J'attends votre réponse puis je pense qu'il y a beaucoup de parents aussi qui nous regardent en ce moment.

**M. Gendron (Yvan) :** Oui, tout à fait. Là-dessus, vous avez tout à fait raison, on est préoccupés tout autant que vous puis on a vu les mêmes statistiques, en tout cas, moi, pour mon arrivée, là, suite à ça. Il y a un mandat qui a été donné, entre autres, à la RAMQ, là, hein, parce qu'il y a des éléments qui touchent, entre autres, la RAMQ, là, de nous trouver une solution, un plan d'action, là, rapide là-dessus, parce qu'il ne faut pas que ces jeunes-là soient, dans le fond, un peu pénalisés par un statut social ou une situation, là, avec des parents, là, qui arrivent dans une situation, là, de vulnérabilité, et autres, comme tel. Mais on est préoccupés et on veut vraiment rapidement là-dessus.

**Mme Rizqy :** Donc, est-ce que vous allez donner suite à la recommandation de la Protectrice du citoyen?

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait.

**Mme Rizqy :** Parfait. Merci.

**M. Gendron (Yvan) :** Tout à fait. On est là-dedans, l'orientation est déjà donnée par la ministre, le mandat a été donné au niveau de la RAMQ, effectivement.

**Mme Rizqy :** Parfait. Et là, encore sur la Protectrice du citoyen, parce qu'il y a deux autres affaires. Le temps qu'il me reste, s'il vous plaît?

**Le Président (M. Leitão) :** ...

**Mme Rizqy :** Parfait. Les chambres d'hôpitaux, vous le savez, ça a été dénoncé, il y a eu un reportage à Radio-Canada. Avoir un choix, encore faut-il avoir un véritable choix. Dans l'une des recommandations, la réponse qui a été tombée en juin 2019, du ministère, c'était : Bien non, on n'enverra pas de directive, c'est assez clair. Ça ne devait pas être assez clair, parce qu'il y a des hôpitaux qui n'ont pas trouvé ça assez clair pour dire : Bien non, on passe à côté. Puis la réponse de... certains centres hospitaliers m'ont véritablement déçu en disant : Écoutez, ce n'est pas les citoyens qui paient, c'est les assurances.

Les assurances, comment ça fonctionne, là, c'est sûr que, quand les primes augmentent, c'est quand on a plusieurs réclamations. Donc, quand on gonfle le prix, là, mais, collectivement, les Québécois ont payé plus cher, parce qu'il y a une réclamation qui a été chargée aux assurances, les assurances veulent faire du profit, vont retourner éventuellement la facture aux Québécois.

Là, est-ce que vous avez changé votre position? Vous pouvez peut-être éclaircir... donner suite à la recommandation de la Protectrice du citoyen, puis éclaircir la situation, puis envoyer une directive à tous les centres hospitaliers du Québec.

**M. Gendron (Yvan) :** Bon, il y a plusieurs choses. La première chose, là, c'est autour de 40 millions, les revenus qu'on reçoit, là, la partie de la clientèle. Puis je ne parle pas de la partie privée, là, O.K., je parle de la partie publique, là. Partie privée, je n'ai pas le montant total. Évidemment, avec aussi les changements, là, qu'on n'a pas mentionnés, mais les changements au niveau des établissements, là, mettons, je vais prendre le CHUM, le CUSM, plus de chambres uniques, et autres, comme tel, donc c'est le même service, tu paies... on ne fera pas pénaliser la clientèle.

Oui, la directive existe. Techniquement, puis pour l'avoir vécu, la directive est suffisamment claire. Est-ce qu'elle est bien appliquée? Ça, c'est une autre chose. Donc, oui, il y a des rappels qui doivent être faits, qui ont déjà été faits et qui vont être rappelés aussi là-dessus, parce que... surtout aussi, quand on tient compte, là, de la réalité, justement, des unités, mettons, on parle de centres hospitaliers particulièrement, là, avec toute la question des infections, et autres, là, bien, il faut tenir compte de ça aussi. Avons-nous la possibilité ou devons-nous faire payer quelqu'un pour une situation qui n'est pas en contrôle là-dessus? Je pense, en termes d'équité, là, envers la clientèle, vous avez tout à fait raison par rapport à ça.

**Mme Rizqy :** Bien, un rappel si jamais...

**M. Gendron (Yvan) :** Ce n'est pas «si jamais», il y a un rappel... qui doivent être faits, de toute façon, régulièrement.

**Mme Rizqy :** Parce que, tantôt, vous avez dit que la directive, vous n'allez peut-être pas l'éclaircir, mais, de toute évidence, c'est que, s'il y a une problématique, c'est que, quelque part, il y a des gens qui l'interprètent différemment. Et, des fois, le leadership, lorsqu'il vient d'en haut puis qu'on renvoie la directive, bien, ça donne un peu plus de tonus à l'application de ladite directive.

Pour revenir encore sur le rapport de la Protectrice du citoyen, ici, il fait état que... parfois de la difficulté à obtenir des informations de la part du ministère de la Santé, que, souvent, ça va bien, mais que, des fois dans certains dossiers, c'est plus problématique, et que c'est trop long, et voire même que des questionnaires sont modifiés par le ministère de la Santé et que, là, ça vient biaiser le résultat de la recherche de la Protectrice du citoyen.

Est-ce que, ça, vous allez collaborer et surtout cesser cette pratique de vouloir changer les questionnaires? Parce que la Protectrice du citoyen, elle a un rôle excessivement important dans notre démocratie, et, par conséquent, lorsque des questionnaires sont envoyés, c'est ces questionnaires-là qui doivent être répondus et non pas le vôtre.

• (18 heures) •

**M. Gendron (Yvan) :** J'aborde tout à fait dans le même sens, tout à fait d'accord par rapport à ça. À ma connaissance, c'est arrivé une fois, la question du questionnaire, et ça n'aurait pas dû arriver, point. Le 4 octobre dernier, puis je pourrai le déposer à la commission, j'ai écrit une lettre à l'ensemble des établissements, et ça nous concerne, nous, comme ministère aussi, là, pour rappeler justement le rôle important de la vérificatrice, là, du Protecteur du citoyen, et de d'autres instances, parce que je l'ai fait aussi pour la commission Laurent aussi, pour les jeunes, là, leur rappeler l'importance de s'assurer d'une équité, de collaborer, et autres, comme tel, et de ne pas créer d'injustice ou d'apparence d'injustice envers la clientèle. Et c'est prêt, je pourrai le déposer.

**Le Président (M. Leitão) :** Très bien. C'est déjà tout. Écoutez, merci beaucoup. Merci beaucoup, M. Gendron, Mme Breton, toute votre équipe.

Merci beaucoup aux collègues. Vraiment, nous avons fait un bon travail, trois heures, trois heures qui sont passées vite. Et, vraiment, je vous félicite tous et toutes pour la qualité des questions, et vous, M. Gendron, et toute votre équipe, pour la qualité des réponses. Nous avons apprécié l'échange que nous avons eu avec vous. Ça ne sera pas la dernière fois, j'en suis certain.

Donc, la commission suspend ses travaux quelques minutes avant de se réunir en session de travail afin de statuer sur ses observations, ses conclusions et ses recommandations. Merci beaucoup à tous.

(Fin de la séance à 18 h 01)