



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le jeudi 6 mai 2010 — Vol. 41 N° 43

Étude des crédits du ministère de la Santé
et des Services sociaux (5): volets
Protection de la jeunesse et Santé

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries, de l'énergie et des ressources naturelles	50,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture et de l'éducation	100,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des relations avec les citoyens	25,00 \$
Commission de la santé et des services sociaux	75,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le jeudi 6 mai 2010 — Vol. 41 N° 43

Table des matières

Protection de la jeunesse	
Discussion générale	1
Pénurie appréhendée de personnel dans les centres jeunesse	1
Fugues de jeunes hébergés en centres jeunesse	2
Violence subie par des intervenants de centres de réadaptation	3
Fugues de jeunes hébergés en centres jeunesse (suite)	3
Violence subie par des intervenants de centres de réadaptation (suite)	3
Délais d'attente pour des services aux jeunes en difficulté	4
Ventilation des crédits	5
Programme Qualification des jeunes	5
Avantages sociaux offerts à des intervenants de centres jeunesse travaillant au Nunavik	6
Logements destinés au personnel de la santé au Nunavik	7
Situation du Nunavik en regard de la Convention relative aux droits de l'enfant	8
Accréditation syndicale de familles d'accueil	8
Situation du Nunavik en regard de la Convention relative aux droits de l'enfant (suite)	8
Accréditation syndicale de familles d'accueil (suite)	8
Mise en place du Plan d'action en santé mentale dans les centres jeunesse	9
Pénurie appréhendée de personnel dans les centres jeunesse (suite)	10
Application de la Loi sur la protection de la jeunesse	11
Santé	
Discussion générale	12
Conditions de travail du personnel du réseau de la santé (suite)	12
Projet de centre hospitalier dans Vaudreuil-Soulanges	14
Révision du rôle du pharmacien	16
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	17
Intégration des médecins étrangers (suite)	18
Plan d'action ministériel en développement durable	19
Intégration des médecins étrangers (suite)	22
Promotion de saines habitudes de vie et prévention de l'obésité	25
Plans d'effectifs médicaux (suite)	27
Partenariat public-privé du réseau de la santé	28
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	31
Partenariat public-privé du réseau de la santé (suite)	31
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	31
Plans d'effectifs médicaux (suite)	32
Formation d'étudiants en médecine	33
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	35
Délais d'attente dans les salles d'urgence (suite)	35
Système d'archivage et de transmission d'images en radiologie (suite)	35
Mise en place d'un registre sur le cancer	36
Deuxième phase du redéploiement des services du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières	36
Services en français au Centre hospitalier de Lachine	37
Contrôle des mesures de contention	37
Infirmières praticiennes spécialisées (suite)	38
Promotion de saines habitudes de vie et prévention de l'obésité (suite)	38
Politique alimentaire dans les établissements de santé	38
Campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1)	38
Dépistage de l'anémie falciforme	39
Lutte contre le tabagisme	40
Remarques finales	41
M. Yves Bolduc	41
M. Bernard Drainville	41
Adoption des crédits	42
Documents déposés	42

Table des matières (suite)

Autres intervenants

M. Geoffrey Kelley, président

Mme Lise Thériault

M. René Gauvreau

M. Germain Chevarie

Mme Maryse Gaudreault

M. Dave Turcotte

Mme Danielle St-Amand

Mme Filomena Rotiroti

Mme Lucie Charlebois

M. Amir Khadir

* M. Michel Delamarre, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. Denis Lalumière, idem

* M. Michel A. Bureau, idem

* M. Alain Poirier, idem

* M. Luc Boileau, Institut national de santé publique du Québec

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le jeudi 6 mai 2010 — Vol. 41 N° 43

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (5): volets Protection de la jeunesse et Santé

(Onze heures vingt-cinq minutes)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! Je constate quorum des membres de la Commission de la santé et des services sociaux.

Donc, je déclare la séance ouverte, en rappelant le mandat de la commission: la commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Protection de la jeunesse des crédits budgétaires relevant du portefeuille Santé et des Services sociaux pour l'année financière 2010-2011.

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

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Alors, on a une heure. Dans l'ordre de la Chambre, on n'est pas obligés de faire le consentement. On va commencer à 11 h 25, alors on va terminer à 12 h 25. Je propose quatre blocs de 15 minutes, deux à ma gauche, deux à ma droite. Est-ce qu'il y a consentement de procéder ainsi?

Des voix: Consentement.

Protection de la jeunesse

Discussion générale

Le Président (M. Kelley): Alors, bienvenue encore une fois, Mme la ministre. On a passé un après-midi ensemble hier sur d'autres sujets de votre responsabilité, mais aujourd'hui on va passer à la question de la protection de la jeunesse. Et je suis prêt à céder la parole au député de Groulx pour un bloc de 15 minutes.

Pénurie appréhendée de personnel dans les centres jeunesse

M. Gauvreau: ...ce ne sera pas très long. Je vais souhaiter bienvenue à tout le monde et je m'éviterai certains détails.

Ma première question: M. le Président, le 19 mai 2009, je posais une question en Chambre à la ministre déléguée aux Services sociaux, lui révélant que 50 % des 13 500 employés des centres jeunesse prendraient leur retraite d'ici cinq ans. Une année plus tard, nous apprenons, à la suite du Conseil des ministres en jeans qui a eu lieu un certain dimanche, que les départs... les remplacements de départs se feraient aussi dans le réseau de la santé et des services sociaux selon la formule deux pour un.

Sachant que le taux de rétention des nouveaux intervenants dans les centres jeunesse est d'environ deux ans et sachant aussi que, selon les documents qui nous ont été remis cette année au niveau des crédits, le nombre de signalements est toujours en hausse dans la majorité des centres jeunesse du Québec, alors je voudrais savoir qu'est-ce que la ministre a fait durant la dernière année pour corriger cette situation qui s'en va périlicant. Et que

compte-t-elle faire, puisque, dans les crédits, il ne semble pas y avoir aucun crédit nouveau pour tenter de compenser cette pénurie et ce drame appréhendé?

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

Mme Thériault: Oui. Merci, M. le Président. Vous allez me permettre de donner un peu d'information éclairée au député de Groulx. Sa question est très pertinente concernant le non-remplacement de une personne sur deux qui va prendre sa retraite. Il est important de préciser ici que c'est seulement pour le personnel administratif. Donc, je ne voudrais surtout pas que les gens qui nous écoutent pensent que ça va s'appliquer aux intervenants, aux travailleurs sociaux, aux gens qui travaillent directement auprès des jeunes. Loin de là. Et on a pris le soin à chaque fois de dire qu'on protégeait les secteurs et les clientèles les plus vulnérables dans le budget responsable qu'on a déposé. Donc, je suis solidaire du budget que mon collègue le ministre des Finances a déposé. Nous avons du travail à faire, évidemment, mais c'est clair aussi qu'on ne remettra pas en question les intervenants qui travaillent dans nos centres jeunesse.

Je pense qu'on doit se rappeler qu'en 2002-2003, avant que nous arrivions, la moyenne d'intervenants... la moyenne de jeunes par intervenant était aux alentours de 29. Elle a considérablement baissé. Nous avons pris l'engagement de baisser le nombre de cas par intervenant. Nous avons réinvesti massivement: 91 millions de dollars. Et ce n'est pas vrai qu'on va démolir ce qu'on a fait. La démolition, ce n'est pas notre parti, ça, M. le Président. Et il est bien évident que tous ceux qui travaillent dans les centres jeunesse n'ont pas à s'inquiéter, et je tiens à les rassurer pour débiter.

Concernant ce qui a été fait au niveau de la pénurie de main-d'oeuvre, je pense que c'est important de rappeler qu'on travaille en étroite collaboration avec l'Association des centres jeunesse, qui est un partenaire privilégié. Vous allez me permettre de saluer autant M. Jean-Pierre Hotte que Mme Lisa Massicotte, qui y travaillent. Donc, ce sont vraiment nos partenaires. Et, vous savez, ce n'est pas qu'à moi comme ministre ou à nous comme gouvernement ou comme ministère de définir ce qui va se faire. Je pense sincèrement que la solution de la pénurie de main-d'oeuvre demande la collaboration des centres jeunesse et de l'Association des centres jeunesse.

Donc, ce qui a été fait, projets réalisés en 2008, il y a eu le salon carrières s'adressant à des jeunes aux niveaux secondaires III, IV, V afin de faire connaître les centres jeunesse, leur mission ainsi que les différents emplois qui sont offerts. Il y a des contacts qui ont été établis auprès de 1 500 jeunes, des outils promotionnels comme Prends ta place... dans la vie d'un jeune!. Il y a eu également, au niveau des sites Internet, le site Internet de l'Association des centres jeunesse sur le rôle des intervenants en centre jeunesse, le Salon de l'emploi lors du congrès de l'Association des centres jeunesse, qui s'est

tenu en novembre 2008. En 2009, un partenariat avec Jobboom afin de valoriser l'image des centres jeunesse.

Le Président (M. Kelley): En conclusion, Mme la ministre.

Mme Thériault: Bien, oui, il peut revenir, j'ai d'autres...

Le Président (M. Kelley): Non, non, je comprends, mais j'essaie juste d'équilibrer le temps.

Mme Thériault: Oui, je vous comprends.

Le Président (M. Kelley): Alors, je sais que le temps réservé est très limité, alors je veux à la fois les réponses et les questions qui sont le plus concises possible. M. le député de Groulx.

M. Gauvreau: Est-ce que la ministre a l'intention de recourir à des agences privées pour faire du travail clinique auprès des jeunes?

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

Mme Thériault: D'aucune façon, M. le Président. Ce n'est pas une orientation qui est retenue ni de la ministre ni du ministère.

M. Gauvreau: Dans ce cas-là, est-ce que la ministre peut nous expliquer pourquoi le Centre jeunesse de la Côte-Nord, dans un centre de réadaptation, a fait un sous-contrat pour la sécurité des jeunes avec la firme Kolossal inc., firme spécialisée dans le contrôle de foule, «Taser gun», enquêtes spéciales sur les syndicats, etc.?

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

● (11 h 30) ●

Mme Thériault: Oui. M. le Président, je pense que ce qu'il est important de retenir ici, c'est qu'il faut assurer la sécurité des jeunes d'abord et avant tout. Tout le monde sait qu'au niveau de la Côte-Nord et dans les régions qui sont beaucoup plus éloignées, le recrutement de la main-d'œuvre est beaucoup plus difficile. C'est une décision qui a été prise par le centre jeunesse, je le rappelle, pour assurer la sécurité des jeunes, d'abord et avant tout, mais aussi des membres du personnel qui y travaillent.

Quant à ce que le député mentionne comme cas, vous comprendrez que, comme ministre responsable de la protection de la jeunesse, j'ai toujours été très, très prudente dans tous les commentaires, peu importe qu'il y ait des enquêtes en cours ou pas. Je pense que c'est des dossiers qui sont délicats. Il faut se garder une petite gêne, des fois, quand on pose ces questions.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Groulx.

M. Gauvreau: Je suis toujours un peu inquiet quand on pense qu'on va remplacer certains intervenants sociaux par des gens qui ont une formation policière sans égard au fait que les jeunes qui sont dans les centres sociaux ont besoin d'éducateurs, n'ont pas besoin de policiers.

Fugues de jeunes hébergés en centres jeunesse

Ma prochaine question, M. le Président. La situation dans les centres de réadaptation ne cesse de s'aggraver. À Montréal, on parle de — depuis le projet de loi n° 125, en réalité — 359 fugues en 2007, 470 en 2008. À Québec, 405 fugues en 2006-2007, 584 en 2007-2008, 641 en 2008-2009, et on sait que, cette année encore, avec différents reportages reproduits dans les différents journaux et à la télévision, il y a davantage de fugues.

Est-ce que la ministre reconnaît ces chiffres-là qui viennent de son ministère? Et qu'est-ce qu'elle va faire concrètement pour protéger les enfants qui sont sous sa protection?

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

Mme Thériault: Merci, M. le Président. Je vais d'abord corriger les propos du député. Vous savez, les intervenants, ce sont des intervenants cliniques. Ils possèdent tous la formation qu'ils doivent avoir pour oeuvrer auprès des jeunes, et ce n'est pas des sous-contractants, au contraire. Quand on parle de policiers, c'est pour assurer la sécurité, pas pour faire de l'intervention clinique auprès des jeunes, et je veux que ce soit bien clair. Ce n'est pas une orientation, ce n'est pas ce qui se passe dans notre réseau présentement.

Concernant les fugues, vous savez, M. le Président, évidemment, depuis qu'il y a eu un changement au niveau de la loi, vous savez que les jeunes ne sont plus ce qu'on appellerait en garde fermée, je vais le dire comme ça. Et il est évident que les bâtisses... Pour commencer, les bâtisses des centres jeunesse sont des bâtisses qui existent depuis de nombreuses années, et auparavant il n'y avait pas beaucoup d'argent qui avait été réinvesti pour s'assurer de la sécurité des bâtisses. Donc, évidemment, il y a beaucoup de centres jeunesse qui maintenant ont l'obligation — ils ne l'avaient pas auparavant — à toutes les années, il y a le maintien des actifs, O.K., donc ils ont tous l'obligation de faire des rénovations afin de s'assurer évidemment de la sécurité des centres jeunesse pour s'assurer que les jeunes ne puissent pas passer les portes de n'importe quelle manière.

Une autre chose qu'il est important de savoir, M. le Président, c'est que, du moment qu'un jeune arrive en retard de cinq minutes, c'est considéré comme étant une fugue dans la majeure partie des centres jeunesse. Un parent décide de garder son enfant qui est sorti pour la fin de semaine et de le ramener le lendemain, c'est considéré comme une fugue également. Ce que je me suis rendu compte, c'est que, dans les centres jeunesse, nous n'avons pas de définition claire de ce qu'est une vraie fugue, peu importe qu'on appelle la police ou pas, que le jeune arrive en retard ou pas, que ses parents l'ont gardé ou pas.

Donc, il y a des travaux qui sont menés présentement avec l'Association des centres jeunesse. Et le comité de travail, il a le mandat d'élaborer un cadre normatif. Le groupe de travail sur l'encadrement intensif de l'Association des centres jeunesse va évaluer les modifications à apporter à la grille d'orientation vers un programme de réadaptation avec hébergement dans l'unité d'encadrement intensif et la pertinence de modifier le Règlement sur les conditions du recours à l'hébergement en unité d'encadrement intensif. Donc, évidemment, au terme de ces travaux, le groupe

de travail va émettre des recommandations pertinentes au ministère ainsi qu'à l'Association des centres jeunesse, et le ministère collabore de manière étroite à ce groupe de travail. Et nous verrons, dans les prochaines semaines, sinon les prochains mois, les recommandations et nous allons les analyser avec toute la rigueur et toute l'attention que le dossier de la jeunesse mérite.

Le Président (M. Kelley): Merci, Mme la ministre. M. le député de Groulx.

M. Gauvreau: M. le Président, dans plusieurs cas, il ne s'agit pas de fuguettes, comme l'a dit la ministre, mais de fugues à répétition. *J.E.* a fait un reportage fort impressionnant d'une jeune adolescente qui a fugué d'elle-même à quatre reprises, et elle était associée à un réseau de gangs de rue. Et c'était documenté, c'était su, et, malgré ça, elle a pu fuguer à quatre reprises. Et, à la quatrième reprise, elle a été victime d'agression sexuelle. Alors, ce n'étaient pas des fuguettes, là. Quand on parle des fugues à répétition dans les centres jeunesse, c'est des fugues à répétition et ce n'est pas des gens qui arrivent cinq minutes en retard. Ce n'est pas ça, ce que les statistiques... et ce n'est pas ce que les fonctionnaires de son ministère m'ont affirmé quand je leur ai parlé.

Et, en plus, il y a un autre problème qui est relativement à ça. Et d'ailleurs je suis content de voir qu'il n'y a que la Côte-Nord qui a besoin de policiers pour surveiller des jeunes, parce qu'ailleurs au Québec il n'y a aucune personne qui a une formation policière qui fait de la surveillance. Bien au contraire, c'est complètement contre-indiqué relativement à l'ensemble de la jurisprudence d'intervention qui a été faite, qui se fait dans les centres jeunesse depuis 1978.

Violence subie par des intervenants de centres de réadaptation

On va regarder un autre problème, M. le Président. Selon l'étude qui a été publiée en septembre 2009, 92 % des éducateurs et éducatrices en centre jeunesse dans les centres de réadaptation sont victimes de violence de type menaces, intimidation 4,1 fois par semaine; 52 % des intervenants, des éducateurs et éducatrices en centre de réadaptation ont été victimes de violence directe: crachats, morsures, coups de poing, cheveux tirés à une fréquence de 1,3 fois par semaine. Dans mon langage juridique, j'appelle ça des voies de fait, et même, dans certains cas, des voies de fait graves, ce qui fait que 52 % des éducateurs et éducatrices dans les centres de réadaptation du réseau des centres jeunesse sont victimes d'agression ou de voie de fait 65 fois par année.

Est-ce que la ministre est au courant de cette étude-là, qui date de septembre 2009, fort bien documentée et extrêmement importante pour l'avenir des centres jeunesse, la protection des jeunes et la protection des intervenants, ce qui ne semble pas être le cas actuellement?

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

Fugues de jeunes hébergés en centres jeunesse (suite)

Mme Thériault: Oui, merci, M. le Président. M. le Président, vous allez me permettre, avant de répondre

à la question du député, évidemment, je vais revenir sur l'allusion qu'il fait au niveau de l'émission *J.E.*. Savez-vous combien de jeunes sont hébergés en 2008-2009 dans nos centres, dans les centres jeunesse? Je ne vous parle pas des ressources intermédiaires, des familles d'accueil ou autres, là, je vous parle de 6 834 jeunes. Je ne voudrais surtout pas laisser l'impression que tous les jeunes qui sont en centre jeunesse font des fugues, font partie des gangs de rue et sont agressés, là. Je pense qu'on ne peut pas généraliser dans le réseau pour quelques cas malheureux isolés qui se sont produits.

Et évidemment je n'ai pas commenté le cas de *J.E.*, je ne le commenterai pas encore plus sur la place publique, mais je trouve bien malheureux qu'on se serve d'un exemple et qu'on pense que c'est la généralité, alors que ce n'est pas le cas. Les enfants qui sont placés sous la protection de la jeunesse, peu importe le centre où ils sont, méritent toute notre attention, évidemment. Et c'est des questions sérieuses, et je suis convaincue que les gens qui sont en centre jeunesse, tout ce qu'ils veulent, c'est le bonheur et le bien-être des jeunes.

Ceci étant dit, lorsque le député affirme que mes fonctionnaires lui ont affirmé... je regrette, il n'y a pas personne dans mon équipe ministérielle, dans le ministère, qui a donné ou qui aurait affirmé ou confirmé ce que le député avance. Donc, je pense également que les gens qui travaillent auprès de la protection de la jeunesse chez nous regardent avec beaucoup d'attention tout ce qui se fait au niveau des travaux des fugues et tout ce qui touche la sécurité des jeunes.

Violence subie par des intervenants de centres de réadaptation (suite)

Concernant la violence par rapport aux employés, évidemment, M. le Président, j'ai également lu l'article — parce qu'il y a eu un article dernièrement dans les journaux — qui faisait état de la violence dont les employés du réseau étaient confrontés. Il ne faut pas se contenter de menterie, là, j'ai des jeunes qui sont agressifs dans les centres jeunesse. Il n'y a pas une personne qui travaille dans le réseau des centres jeunesse qui ne sait pas dans quoi elle s'engage.

Est-ce que je cautionne la violence envers les employés qui se dévouent corps et âme pour les jeunes? Non, pas du tout. Il y a des programmes qui existent pour aider les employés, pas juste au niveau syndical, là, il y a le Programme d'aide aux employés qui est accessible à tous les fonctionnaires, peu importe où ils travaillent dans le réseau. Il y a évidemment des formations continues qui existent aussi avec les intervenants pour mieux les outiller comment faire face. Il y a du support psychologique, advenant le cas où il y a un intervenant qui pourrait faire face à une situation de violence par les jeunes. Donc, ces services-là sont offerts auprès de tous les intervenants qui travaillent en centre jeunesse. Il y a des protocoles d'intervention également à chaque fois qu'il y a quelque chose ou un incident malheureux qui peut se produire.

Et, je le dis, je pense honnêtement que tous les gens qui travaillent dans le réseau des centres jeunesse savent que c'est un milieu qui n'est pas facile, mais ils le font à cause de leur dévouement, et je veux les assurer de mon support le plus entier, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Dernier court, court commentaire, s'il vous plaît.

M. Gauvreau: Alors, si vous pensez que j'ai pris un exemple sur un seul modèle, M. le Président, je rappelle à la ministre que j'y ai travaillé pendant 20 ans et que j'ai une liste assez importante de jeunes qui ont fugué à plusieurs reprises, qui sont revenus dans un état lamentable. Et, s'il faut aussi, je pourrais lui donner la liste d'un certain nombre de pré-noms de jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 19 ans, compte tenu des fugues puis compte tenu du fait que les intervenants ne soient pas suffisamment appuyés, M. le Président. Et il n'y a pas une intervention qui mérite, dans un centre jeunesse, de ne pas être considérée comme une agression armée.

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

● (11 h 40) ●

Mme Thériault: Oui. Je veux juste rappeler au député que, nous, on est arrivés en 2003, il a travaillé 20 ans, il a été élu en 2008. C'est parce qu'il y a beaucoup d'années là-dedans, c'est le Parti québécois qui était au pouvoir, M. le Président, puis, s'ils n'ont pas augmenté le nombre d'intervenants... le nombre d'intervenants justement pour baisser le nombre de cas par intervenant... En grande partie, ils sont partis, les responsables de ça. Ça aurait été intéressant qu'il leur parle avant, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Ça met fin à ce bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole au député des Îles-de-la-Madeleine.

Délais d'attente pour des services aux jeunes en difficulté

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Mes salutations à la ministre, à ses collaborateurs et collaboratrices. Salutations à mes collègues, notre députation ministérielle, salutations à mes collègues de l'opposition.

Permettez-moi, M. le Président, en guise d'introduction, de citer un proverbe africain qui dit à peu près ceci: Ça prend deux personnes pour mettre un enfant au monde, mais tout un village pour en prendre soin et voir à son éducation. Et, dans ce sens-là, ça m'amène, avec cette introduction, à dire que la réponse aux besoins socio-sanitaires, pour l'ensemble de la société québécoise et pour les clientèles, que ce soient des personnes âgées, les adultes ou les jeunes, ça prend toute une organisation de services à la grandeur du Québec, de la promotion de la santé, en agissant sur les déterminants de la santé, en passant par la prévention, les services de première ligne et, bien entendu, les services un peu plus spécialisés tels les centres jeunesse. Et d'ailleurs ma première expérience de travail a été... dans le temps, ça s'appelait les centres de services sociaux, et j'étais à ce moment-là agent de probation. On travaillait avec le Tribunal de la jeunesse, dans le temps, et je travaillais en Haute-Gaspésie, plus précisément à Sainte-Anne-des-Monts, une très belle expérience, d'ailleurs.

Alors, ce que j'aimerais également, c'est peut-être vous donner quelques chiffres pour bien présenter le contexte de l'arrivée de notre gouvernement, le gouvernement libéral, au pouvoir en 2003. Il y a quatre volets que je

voudrais citer pour bien illustrer quelle était la situation à ce moment-là au niveau des centres jeunesse. Alors, sur le plan de l'évaluation des situations de compromission, en 2002-2003, 652 jeunes étaient en liste d'attente. Au niveau de l'application des mesures de protection du jeune, toujours en 2002-2003, 676 jeunes étaient en liste d'attente. À l'engorgement, 325 jeunes étaient sur la liste d'attente. Et, en ce qui concerne la charge moyenne des cas par intervenant, c'était 22,1. Alors, c'était assez dramatique à ce moment-là.

M. le Président, ma première question à Mme la ministre, c'est... J'aimerais connaître c'est quoi, les améliorations qu'on peut observer concernant les listes d'attente depuis l'arrivée du gouvernement libéral au pouvoir en 2003.

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

Mme Thériault: Merci, M. le Président. La question du député des Îles-de-la-Madeleine est vraiment très pertinente, M. le Président. Vous savez, tout à l'heure, lorsque j'ai parlé du nombre de cas par intervenant, le nombre de jeunes qu'un intervenant doit s'occuper, les réinvestissements massifs qu'on a faits au niveau des centres jeunesse font vraiment toute la différence. Et je suis très fière des statistiques qu'on a et je peux vous donner des statistiques qui vont parler des délais moyens d'attente évidemment.

En 2003-2004, pour l'ensemble du Québec, les délais d'attente étaient de 25,38 jours. Avec les réinvestissements massifs, en 2009-2010, on parle de 15,68 jours. Donc, c'est une réduction des délais d'attente de 38 %. Ça, c'est seulement à l'évaluation.

Si on regarde à l'application des mesures, donc un coup qu'on a rencontré le jeune, sa famille, évalué la situation, qu'on définit, maintenant il faut... il y a des mesures, des recommandations, il faut les suivre. En 2003-2004, on parlait de 33,57 jours, la moyenne provinciale. M. le Président, je suis très fière de répondre au député des Îles-de-la-Madeleine qu'en 2009-2010 on parle de 12,44 jours. Donc, c'est une amélioration de 63 % des délais d'application des mesures. Donc, on voit clairement qu'avec les sommes d'argent qui ont été réinvesties et tout le travail qui a été fait par les intervenants, l'Association des centres jeunesse et les gens à la Direction de la jeunesse au ministère les politiques de notre gouvernement ont vraiment porté fruit et que le dossier de la jeunesse est vraiment un dossier qui est prioritaire.

Je dois rappeler... parce que, souvent, on ne fait que parler que des jeunes. Malgré les statistiques que je viens de vous donner, il y a eu une augmentation des cas de signalement d'environ 15 %. Donc, malgré une hausse... Et tout le monde sait que, lorsqu'il y a une période économique plus difficile, que les deux parents perdent leur emploi en même temps, il y a certaines régions qui ont été plus durement affectées par la crise économique, qu'effectivement il peut y avoir plus de cas de négligence parentale qui peuvent être portés à l'attention des gens qui oeuvrent dans le réseau. Il peut y avoir plus de détresse psychologique, évidemment, il peut y avoir plus de situations de violence, plus d'intolérance, que ce soient des parents ou du niveau des jeunes, les jeunes ressentent beaucoup les effets qu'à une crise économique sur leurs parents, les effets de stress, d'avoir perdu son emploi, ne pas être sûrs qu'on va garder notre maison, comment on va faire pour nourrir nos enfants, et on sait tous que ça a des conséquences drastiques au niveau des familles.

Donc, souvent, les interventions ne se font également pas seulement que pour les enfants, mais pour les familles de ces enfants-là. Donc, je pense que c'est important de rappeler que l'intervention qu'on fait en protection de la jeunesse inclut, inclut les familles, les parents, ceux qui oeuvrent avec le jeune, évidemment. Donc, je considère qu'avec tous les moments difficiles que nous avons eus au niveau économique, particulièrement dans certaines régions où il y a eu une augmentation beaucoup plus marquée que 15 %, lorsqu'on regarde ces statistiques-là, on peut se rendre compte que les gens qui travaillent dans le réseau font vraiment tout ce qui est en leur pouvoir pour pouvoir répondre dans les meilleurs délais aux besoins des jeunes ainsi que de leurs familles.

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

Ventilation des crédits

M. Chevarie: Très petite question supplémentaire, M. le Président. Est-ce que vous pouvez nous donner, Mme la ministre, un survol rapide des investissements budgétaires qui ont été faits dans le secteur jeunesse?

Mme Thériault: Oui, absolument, M. le député. Vous allez trouver qu'on a une belle liste depuis notre arrivée. Donc, en 2003-2004, nous avons investi 10 millions qui ont permis la réduction des listes d'attente en centres jeunesse et de désengorger dans les centres de réadaptation, la mise en place de mesures structurantes pour aider précocement les jeunes en difficulté ainsi que leurs familles.

En 2004-2005, 12 millions déployés en première ligne pour le Programme de soutien aux jeunes parents, c'est 1,1 million. Pour les équipes d'intervention jeunesse, 2,4 millions. Pour la mise en place d'équipes d'intervention de crise et de leur suivi intensif, 8,5 millions de dollars.

En 2005-2006, 15 millions ont été investis pour les jeunes en difficulté, avec comme objectif de rendre les services de santé mentale plus accessibles aux jeunes qui reçoivent des services spécialisés, en ciblant ceux et celles qui sont hébergés dans les unités de réadaptation, évidemment. On a intensifié les services offerts aux jeunes en difficulté, à leurs familles et aux jeunes parents. Rendre disponibles, dans tous les territoires locaux, des services de supervision, des droits d'accès découlant des ordonnances de la Cour. En date de 2009, c'est plus de 50 ententes de service dans 10 régions du Québec, et nous allons continuer le développement, évidemment.

En 2006-2007, c'est 9 millions supplémentaires qui ont été investis pour les jeunes en difficulté: consolider les services de première ligne pour les enfants dont le signalement n'a pas été retenu par le Directeur de la protection de la jeunesse et assurer un suivi de deuxième ligne plus intensif aux jeunes qui sont pris en charge en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse, ainsi qu'à leurs familles, évidemment.

Investissements 2007-2008: 30 millions pour les jeunes en difficulté et leurs familles viennent appuyer la mise en oeuvre de la nouvelle loi qui avait été adoptée à l'époque. Le montant a été dédié à la consolidation des services de première ligne et aux services offerts en centres jeunesse. Et il y a une partie de cette somme qui sert également à soutenir les ressources en hébergement communautaire jeunesse dont font partie les Auberges du coeur.

En 2008-2009, il y a 15 millions qui ont été ajoutés, et ces sommes d'argent là ont servi évidemment à baisser les délais d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures, donc supporter les interventions des intervenants en première ligne.

Et évidemment je m'en voudrais de ne pas parler de la Stratégie d'action jeunesse qui a été reconduite. Le député faisait état qu'il ne voyait pas de nouvelles sommes au budget, mais la Stratégie d'action jeunesse a été reconduite et il y a même un volet supplémentaire qui s'ajoute. Donc, j'aurai certainement l'occasion de revenir plus tard sur la Stratégie d'action jeunesse. Je suis convaincue que mes collègues ministériels, qui sont intéressés par les bonnes choses qui se passent dans le réseau, les bonnes réalisations, vont certainement vouloir me parler de ce projet-là.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Hull.

● (11 h 50) ●

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je veux souhaiter la bienvenue à tout le monde, Mme la ministre, les membres de votre équipe, Christiane, qui est au ministère maintenant, qui était à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais auparavant, et mes collègues, le député de Groulx, de Saint-Jean, du côté ministériel, toujours un plaisir.

Programme Qualification des jeunes

Ce sont tellement des sujets fort intéressants. Et, moi, je voudrais parler du fameux programme Qualification des jeunes. C'est un programme qui est méconnu de la population. Parce qu'on sait qu'une personne qui a vécu en centre jeunesse pendant quelques années, qui se prépare à réintégrer la société, qui va avoir 18 ans dans quelque temps, a besoin d'accompagnement, puis il a besoin d'être encouragé s'il veut justement se raccrocher. Il y a des décrocheurs de l'école, mais ces gens-là peuvent facilement être des décrocheurs de la société. Et, malheureusement, il y a une étude du ministère qui dit que les jeunes, lorsqu'ils sortent des centres jeunesse ou des familles d'accueil, ils vont se réfugier sur l'aide sociale et ils y restent très, très longtemps.

À titre de députés, c'est certain qu'on travaille avec les équipes des centres jeunesse de notre comté. Moi, j'en ai un, centre jeunesse, dans mon comté, et Luc Cadieux et son équipe font un travail extraordinaire. C'est toujours un plaisir de les rencontrer parce qu'ils sont certainement très positifs, très emballés par toutes les initiatives qui sont mises de l'avant. Et, eux, ils avaient été... la région de l'Outaouais avait été une des quatre régions qui avaient fait... qui avaient fait le projet pilote pour Qualification des jeunes et, quand ma collègue et moi, députée de Gatineau, qui est aussi responsable de la Stratégie d'action jeunesse, étions allées l'année dernière le visiter, sa première demande avait été: Il faut que vous réussissiez à implanter ce programme-là partout au Québec, il faut le financer, il faut le poursuivre, parce que c'est un succès assuré.

D'ailleurs, j'ai fait une petite recherche sur Internet, et les jeunes... Il y a des témoignages, alors il y a Bianca qui dit: «Moi, avec Qualification des jeunes, j'ai réalisé que je valais quelque chose. Non, mais, écoutez, là, je vais

être capable de trouver une job. Je vais sortir d'ici, je vais pouvoir travailler puis subvenir à mes besoins. Alors ça, là, c'est une réussite en soi.» Ensuite, il y a Patrick qui dit que «Louise — c'était son intervenante — elle n'arrêtait pas de m'achaler pour m'offrir un coup de main, pour m'expliquer comment prendre l'autobus». C'est un détail, mais il faut savoir comment se déplacer, comment... Puis il y a aussi toutes les cuisines collectives. Pour un gars qui sort des centres jeunesse, là, ce n'est pas évident d'aller faire ses courses, puis de se faire à manger, puis de vivre avec d'autres amis en appartement. Alors, ce sont des détails qui font une grande différence dans la vie de ces jeunes-là.

Je vais m'arrêter ici parce que je sais que la ministre, M. le Président, est vraiment emballée. Elle affectionne particulièrement, comme notre premier ministre d'ailleurs, ce programme-là. Et puis on n'a pas beaucoup de temps, alors j'aimerais bien l'entendre nous parler de ce qui est mis de l'avant, puis les formes, là, que prend ce programme-là dans toutes les régions du Québec.

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

Mme Thériault: M. le président m'informe que je n'ai que deux minutes pour répondre à votre question, donc je vais vous imager. J'ai été dans votre comté, Mme la députée, j'ai été rencontrer les centres jeunesse, j'ai rencontré Marie-Hélène, qui m'a expliqué ce que ce projet-là avait fait comme différence pour elle.

J'ai eu l'occasion aussi d'aller en Montérégie et j'ai rencontré des jeunes qui font partie du programme Qualification jeunes. Et j'ai eu l'occasion d'aller à Rivière-du-Loup aussi dernièrement faire une annonce d'investissement pour une bâtisse, et les jeunes m'ont également parlé du programme Qualification jeunes, puisqu'il venait d'être implanté.

Le programme Qualification jeunes, ce qu'il fait — c'est que nos jeunes, lorsqu'ils passent la porte des centres jeunesse... quand tu arrives à 18 ans, ce n'est pas parce que tu as 18 ans et un jour puis 18 ans moins un jour que tu es plus équipé, plus outillé pour faire face à la vie — il fait en sorte qu'on prépare les jeunes à leur sortie, qui est un moment qui est excessivement stressant parce que, souvent, quand ils passaient la porte, ils avaient le choix de se ramasser dans la rue ou de se ramasser dans leurs familles qui ne sont pas... qui ne se sont pas vraiment occupées des enfants quand ils étaient plus jeunes. Il n'y avait pas beaucoup d'alternatives. Le programme Qualification jeunes permet d'outiller ces jeunes-là, qu'ils puissent faire un budget, qu'ils commencent à travailler, qu'ils commencent à vivre dans la vraie vie. Parce que, quand on vit en centre d'hébergement, c'est complètement différent, hein? Ce n'est pas la vraie vie, ça. Se faire un budget, se lever, aller travailler, ouvrir un compte de banque, moi, je l'ai montré à mon fils, mon fils est avec moi. Vous l'avez montré à vos enfants, vous aussi. Mais, ces enfants-là, qui les aide? Donc, le programme Qualification jeunes permet de dédier des intervenants pour accompagner les jeunes. Et, même lorsque les jeunes sont sortis des centres jeunesse, ils peuvent toujours appeler leur intervenant en cas de doute, en cas de pépin, en cas de n'importe quoi. Puis, je peux vous dire bien honnêtement, les jeunes sont emballés par ce projet-là. Et je suis très fière de dire que le réinvestissement de sommes d'argent fait en sorte qu'il y a 13 centres jeunesse sur 16 qui offrent le programme

Qualification jeunes. Et, puisque je n'ai plus de temps, on rentrera dans les détails probablement une autre fois.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la ministre. M. le député de Groulx pour un deuxième bloc de 15 minutes.

M. Gauvreau: Je vais commencer par un petit commentaire. La différence avant 2003 et après 2003, c'est qu'au niveau des statistiques maintenant, depuis 2003-2004, depuis l'implantation du programme PIJ, on demande aux intervenants de fournir un temps d'évaluation par semaine, sinon ils vont avoir des conséquences disciplinaires, ce qui fait que des évaluations qui prenaient peut-être des fois 20, 25 heures à faire se font en quelques heures dans le seul but de répondre aux critères. Un peu comme des policiers de certaines villes qui ont des quotas, maintenant les intervenants à l'évaluation des centres jeunesse, depuis l'application du programme PIJ, ont aussi des quotas. C'est comme si les chiffres étaient devenus plus importants que les gens.

Avantages sociaux offerts à des intervenants de centres jeunesse travaillant au Nunavik

Le 19 mars 2009, je demandais à la ministre, en Chambre, si elle pouvait corriger l'injustice que vivaient les intervenants des centres jeunesse qui vont travailler au Nunavik en pouvant bénéficier de la clause nordique. C'est une clause monétaire supplémentaire d'à peu près 12 000 \$ pour compenser, compte tenu du coût de la vie dans le Grand... que le coût de la vie dans le Grand Nord est plus élevé. J'ai appris, il y a quelques semaines, en rencontrant les gens de la régie régionale, que cette clause nordique, ce montant d'argent supplémentaire versé aux intervenants des centres jeunesse, qui sont tous des intervenants prêtés par d'autres centres jeunesse, en passant, parce que le recrutement est pratiquement impossible, j'ai appris que ce montant-là était payé à même un fonds de réserve de la régie régionale.

Alors, ma question à la ministre, c'est: Quand ce fonds de réserve là sera épuisé, est-ce que la ministre s'engage à faire continuer ce bénéfice de la clause nordique aux intervenantes et intervenants du centre jeunesse... des centres jeunesse du Québec qui vont donner un coup de main à leurs collègues du Nunavik?

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

Mme Thériault: Oui. M. le Président, mon équipe ici a réagi fortement aux propos du député lorsqu'il parlait que c'est parce qu'on a PIJ maintenant que les délais d'intervention et de traitement ont été réduits, là, c'est les propos qu'il a tenus, et ils ont fortement réagi en me disant: Mme la ministre, c'est tout à fait faux, ce que le député vient de dire. Je pense que c'est important de rectifier les faits. Et PIJ, là, ce qu'il fait, c'est qu'il encadre mieux les intervenants pour s'assurer que le travail est fait très correctement, dans les délais dont on doit le faire. Donc, l'affirmation du député, je pense que je ne peux pas la laisser passer.

Concernant la Côte-Nord, M. le Président, s'il y a un dossier où je suis fière, c'est bien celui-là. Vous savez,

c'est une question qui était très pertinente. La Côte-Nord est une... Pas la Côte-Nord, pardon, mais le Nunavik, c'est quand même une région qui est éloignée. Je dirais que les défis que nous devons relever au Nunavik sont beaucoup plus grands, et, vous le savez, vous avez été ministre responsable des dossiers des Affaires autochtones, vous savez que les défis qui se posent à nous, c'est des défis de taille.

J'ai eu le plaisir d'aller au Nunavik avec mon collègue le ministre responsable des Affaires autochtones, qui est le député d'Abitibi — Est ou Ouest, je ne m'en souviens jamais, Est, je suis toujours mélangée — et évidemment j'ai une préoccupation particulière pour la situation qui est vécue par les familles qui sont au Nunavik. Ce n'est pas évident non plus parce qu'à la base il y a également un problème d'habitation, de logement, et on a à concilier le défi d'avoir des intervenants qui sont formés pour faire face aux différentes situations qui se passent là-bas, il y a un défi de langue également, l'inuktitut, l'anglais, le français.

M. Leblond nous a fait des recommandations, et nous avons mis sur pied une équipe pour aller faire de l'intervention dans le Grand Nord, et il y a une équipe qui est en rotation, une équipe nord-sud qu'on appelle, pour justement s'assurer qu'on puisse aider à former les travailleurs inuits parce qu'ils sont aussi partie prenante de la solution. Je ne pense pas que ce n'est qu'aux Blancs de régler les problèmes des Inuits. Donc, nous travaillons en étroite collaboration avec M. Leblond. Puis, je le dis, j'ai eu l'occasion d'aller sur le terrain et je vais y retourner, M. le Président, pour voir l'application des mesures et l'excellent travail que M. Leblond et son équipe font dans le Grand Nord.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Groulx.

M. Gauvreau: Pour revenir à ma question, elle était toute simple, elle méritait une réponse toute simple. Est-ce qu'elle va continuer ou pas le paiement de la clause nordique dans le fonds de réserve? Tout le reste, là, ne concerne pas la question que j'ai posée. J'aimerais avoir une réponse à cette question qui est très, très, très simple, là.

Le Président (M. Kelley): Alors, en sachant que ce n'est pas à la présidence d'évaluer la qualité des questions ni les réponses, Mme la ministre.

Mme Thériault: M. le Président, ma priorité, c'est vraiment d'aider les enfants qui vivent dans le Nunavik. Et j'ai dit M. Leblond, mais c'est M. Lebon, désolée. Je travaille avec les deux, hein, en étroite collaboration, on comprend, mais je pense que ma priorité, c'est vraiment d'aider les enfants du Nunavik. Et je crois que la solution que nous avons mise sur la table est une bonne solution, on n'a pas encore fini le travail et on va le continuer.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Groulx.

● (12 heures) ●

M. Gauvreau: Je n'ai pas eu de réponse, je répète la question: Est-ce qu'à l'épuisement du fonds de réserve de la régie régionale du Nunavik les intervenants qui viennent du Sud qui vont travailler au Nunavik généreusement vont pouvoir bénéficier ou non de la clause

nordique, payée par le ministère et non pas par la régie régionale du Nunavik? Oui ou non?

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

Mme Thériault: Oui, merci, M. le Président. Le député sait fort bien que présentement il y a des négociations avec tout le réseau de la santé et des services sociaux, et ce n'est pas à moi à régler les conventions collectives, peu importent les clauses qui y sont abordées, peu importe l'état des conditions. Moi, ce que je me suis assurée, c'est d'avoir des intervenants dans le Grand Nord pour pouvoir répondre aux besoins des enfants. C'est ma priorité numéro un.

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

M. Gauvreau: Alors, je comprends maintenant que les intervenants ne voudront pas aller dans le Grand Nord, aller s'appauvrir davantage, M. le Président, puisqu'ils n'auront pas eu ce support-là qui fait en sorte qu'un pain dans le Grand Nord coûte à peu près trois fois plus cher qu'un pain dans le Sud. Ça, c'est une réalité à laquelle il faut faire face.

Logements destinés au personnel de la santé au Nunavik

On va parler aussi, encore une fois, du Nunavik. Mme la ministre a annoncé la construction ou le projet de construction de 340 logements au Nunavik. La régie nous a bien indiqué que le besoin réel est de 1 000 logements. C'est un besoin contemporain, ce n'est pas un besoin annoncé pour plus tard. La ministre a raison lorsqu'elle parle de la situation dans le Grand Nord. Actuellement, là, il y a de 14 à 18 occupants par logement, un taux de suicide chez les jeunes — et il faut savoir que 50 % de la population est âgée de moins de 18 ans — 11 fois supérieur à la moyenne canadienne, 50 % de la population âgée de moins de 18 ans. Le quart des signalements faits à la DPJ sont des signalements d'abus sexuels. Un taux de violence familiale 10 fois plus élevé que la moyenne canadienne. Plus de 50 % des enfants sont exposés à la violence, à l'abus de drogues et à l'abus d'alcool.

Alors, quand j'ai entendu qu'il y aurait 340 nouveaux logements, j'aurais aimé ça savoir dans quel délai. Et, si c'est dans un délai de cinq ans, est-ce que je peux comprendre de la ministre qu'elle va faire une annonce aujourd'hui qu'il y aura 65 logements construits cette année au lieu des 50 logements, qui sont toujours insuffisants?

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

Mme Thériault: Oui, merci, M. le président. Je pense que le député mélange les dossiers. Je n'ai jamais annoncé 340 logements. C'est un dossier qui relève de mon collègue le ministre des Affaires municipales et des Régions, qui est responsable du logement. Donc, oui, lui a fait une annonce, j'imagine, avec le ministre responsable des Affaires autochtones ainsi que le ministre fédéral, puisque c'est un dossier qui est dans sa cour.

Pour ma part, j'ai fait une annonce, oui, de logements, oui, mais j'ai annoncé 50 unités de logement destinées au personnel du réseau de la santé et des services

sociaux, parce que, pour accueillir les travailleurs là-bas, M. le Président, il faut aussi leur offrir un toit. Il faut aussi que nos gens, lorsqu'ils débarquent dans le Grand Nord, puissent avoir un endroit où vivre. Nos gens doivent avoir des bureaux qui sont fonctionnels. Ça, c'est l'annonce que, moi, j'ai faite.

Donc, je pense qu'il est important de ne pas confondre les deux dossiers. Et évidemment je l'invite à adresser sa question concernant les logements et sur la quantité d'années que ce sera déployé au ministre des Affaires municipales et des Régions, puisque c'est lui qui est responsable du logement et que c'est son dossier. Je ne voudrais surtout pas, M. le Président, répondre pour mon collègue, qui, je suis convaincue, pourra donner une réponse très satisfaisante au député de Groulx.

M. Gauvreau: ...n'est pas au courant de la situation. Et, M. le Président, ce qui m'embête très gros...

Le Président (M. Kelley): Je pense, M. le député, c'est mieux de...

M. Gauvreau: Je suis très serein, là.

Le Président (M. Kelley): On peut continuer nos débats sur les idées et pas les motifs. Et ça, ça n'aide pas. C'est le genre de commentaire qui suscite un débat. Alors, s'il vous plaît, allez à la prochaine question. Le temps est très limité.

Situation du Nunavik en regard de la Convention relative aux droits de l'enfant

M. Gauvreau: Alors, je veux savoir si la ministre aura un comité de travail qui va l'éclairer sur les dispositions contenues aux articles 3 et 20 de la déclaration, de la Convention relative aux droits de l'enfant, parce que, dans la situation actuelle au Nunavik, le Québec et le Canada ensemble ne respectent pas cette déclaration de l'ONU, et ce serait bien qu'un comité de travail s'y penche.

Accréditation syndicale de familles d'accueil

Suite au projet de loi n° 49 qui permettait l'accréditation syndicale de certaines familles d'accueil, est-ce que la ministre est au courant que le nombre de familles d'accueil — c'est dans les crédits — a dramatiquement baissé depuis l'adoption du projet de loi n° 49?

Mme Thériault: Oui. Je m'excuse, M. le Président, j'étais sur la première question, je n'ai pas saisi la deuxième question du député, parce qu'il parlait de... Là, je viens de perdre complètement ce que je voulais dire.

Le Président (M. Kelley): Formulez votre deuxième question, M. le député.

Situation du Nunavik en regard de la Convention relative aux droits de l'enfant (suite)

Mme Thériault: Non, non, qu'il recommence la première question, je vais lui répondre tout de suite.

Juste pour me remettre sur la piste, je m'excuse, parce qu'il parle très rapidement. Je comprends qu'il a beaucoup de questions, pas de problème, sauf qu'évidemment je dois demander aussi à l'équipe qui m'accompagne.

Donc, la première question, c'était sur la convention des droits de l'enfant? Est-ce que c'était ça?

M. Gauvreau: Êtes-vous consciente... Est-ce que la ministre est consciente que la situation au Nunavik actuellement et ce qui ne se fait pas par le gouvernement provincial et par le gouvernement fédéral place le Canada et le Québec en situation de contravention des dispositions contenues aux articles 3 et 20 de la Convention relative aux droits de l'enfant? Si vous ne l'avez pas, je peux vous la fournir, là, je dors toujours avec.

Mme Thériault: M. le Président, je trouve cavalier un peu le député. Je voudrais juste lui rappeler, là, que j'ai déjà fait partie de l'association des parlementaires de la Francophonie puis je m'occupais de la convention pour l'élimination de la discrimination envers les femmes, la CEDEF, et qu'à toutes les années il y avait un rapport sur la convention des droits de l'enfant. Donc, je sais parfaitement de quoi le député parle. Première des choses.

Deuxième des choses, le député a insinué que je ne connaissais pas les dossiers. Je veux juste rappeler au député que, moi, contrairement à ce qui se fait dans son parti, je laisse mes collègues faire leur travail, parce qu'ils le font très bien. Ça fait que le ministre des Affaires municipales va faire sa job comme il fait toujours, puis les dossiers sont prioritaires au niveau du logement. Maintenant, s'il a des questions qu'il veut lui adresser, il pourra le faire, mais, moi, je considère que ce qui me regarde, c'est les dossiers de la jeunesse.

Je comprends que peut-être il y a un petit peu de frustration parce qu'on s'occupe de nos choses, parce que les statistiques démontrent hors de tout doute que le travail qu'on a fait, que l'argent qu'on a réinvesti dans le réseau donnent vraiment du résultat. Puisqu'il y a travaillé pendant 20 ans, il pourrait aussi, lui, nous parler de tout le mal que ça a fait dans le réseau, les coupures que son gouvernement a faites lorsqu'il était là.

Ça fait qu'on peut parler, on peut dire à peu près n'importe quoi, là, pas de problème. Vous savez que je suis une bonne députée puis je suis une bonne ministre, puis ma job, je la fais comme il faut. Je n'accepterai pas qu'on fasse des insinuations sur à peu près n'importe quoi puis qu'on répande des faussetés ici.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Groulx.

Accréditation syndicale de familles d'accueil (suite)

M. Gauvreau: Alors, je suis content que la ministre, elle se considère bonne, sauf que je constate que les questions que j'ai posées en mars et en avril 2009 n'ont pas encore eu de réponse.

M. le ministre... Est-ce que la ministre est au courant du fait que les familles d'accueil du réseau de la DPJ, qui reçoivent des enfants sept jours sur sept, sept nuits sur sept, 365 jours par année, sont payées moins cher

que les familles d'accueil des CPE, cinq jours par semaine, qui ne reçoivent pas les enfants le soir puis qui ont leurs fins de semaine libres?

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

Mme Thériault: Oui. M. le Président, encore une fois, je pense que le député parle à travers de son chapeau. Ça n'a pas de bon sens. La loi n° 49 qui a été étudiée ici, en Commission des affaires sociales, avec sa collègue la députée de Matapédia, vient justement permettre aux familles d'accueil, peu importe qu'elles oeuvrent auprès d'une personne handicapée, qu'elles oeuvrent auprès de la jeunesse, justement de négocier leurs conventions collectives et leurs conditions de travail. Et c'est ce que la loi n° 49 permet de faire.

Vous comprendrez, M. le Président, qu'à ce stade-ci, là, il y a des travaux qui se font, puis il y a des négociations qui se font, puis il y a des tables patronales, puis il y a des tables, puis ce n'est pas à moi de commencer à régler ça sur la place publique. Mais de là à dire que je ne suis pas au courant que peut-être... Je regrette, la loi, je l'ai votée, c'est moi qui l'ai présentée. Puis je veux juste lui rappeler que c'est une voix qui a été... que c'est une loi qui a été votée à l'unanimité. Ça fait qu'il aurait peut-être intérêt à faire ses devoirs avant de dire que je ne sais pas de quoi je parle.

Le Président (M. Kelley): M. le député de Groulx.

M. Gauvreau: M. le Président, ma question était simple: Le 6 mai 2010, est-elle au courant qu'aujourd'hui une famille d'accueil qui travaille sept jours par semaine, 24 heures par jour est moins payée qu'une famille d'accueil d'un réseau de CPE? La question est simple, là, et c'est une question qui lui a été posée dans le passé.

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

Mme Thériault: M. le Président, on est en négociation présentement. Vous allez me permettre de ne pas m'ingérer dans le processus qui est là. Je vais laisser les représentants syndicaux faire les négociations pour les familles. Ce n'est pas au député non plus de s'ingérer là-dedans. Je pense que les syndicats font très bien leur travail. Les représentants qui sont à la table de négo vont bien faire leur travail.

Puis je l'inviterais peut-être à remonter dans le temps, parce qu'il y a beaucoup de montants d'argent qui n'ont jamais été indexés sous le Parti québécois, qui n'a fait que couper. Donc, je pense qu'on peut être un peu... un petit peu prudent puis se garder vraiment une petite gêne dans les propos qu'on peut tenir ici, en commission parlementaire.

Le Président (M. Kelley): Il reste deux minutes, alors très rapidement.

M. Gauvreau: Bien, je vais informer la ministre que les familles d'accueil des réseaux des centres jeunesse sont historiquement moins payées que les familles d'accueil du réseau des CPE. Ça n'a rien à voir avec les négociations actuelles, c'est un fait. Puis une des raisons pour lesquelles

le nombre des familles d'accueil des centres jeunesse diminue... Il y a deux raisons.

Premièrement, le projet de loi n° 49 a eu un effet boeuf. J'ai reçu des dizaines d'appels de familles d'accueil à mon bureau qui m'ont dit qu'elles vont démissionner, parce que la moyenne d'âge des familles d'accueil, contrairement au tableau incomplet de la page 165 du volume 1, la moyenne d'âge des familles d'accueil est de plus de 50 ans, et elles décident d'aller aux CPE pour avoir un peu d'argent, pour avoir leurs fins de semaine, pour être un petit peu considérées. Ça, c'est la réalité.

Mise en place du Plan d'action en santé mentale dans les centres jeunesse

L'année dernière, on a parlé aux membres du réseau du plan d'action en jeunesse pour la santé mentale à travers le Québec, et j'ai fait des vérifications la semaine dernière, puisqu'aux crédits rien n'apparaissait. J'ai fait la vérification dans tous les centres jeunesse du Québec pour savoir si le plan d'action existait, s'il y avait des centres de crise pour des jeunes, et la réponse a été très claire: la majorité des centres jeunesse ne peuvent pas appliquer, comme ils l'avaient dit, comme le président de l'ACJQ l'avait dit à la ministre l'année dernière par lettre. Ils ne sont pas en mesure d'avoir un véritable plan d'action en santé mentale, notamment parce que les centres de crise, qui relèvent des CSSS, n'ont aucune place pour des moins de 18 ans.

Alors, je voudrais savoir de la part de la ministre: Qu'est-ce qu'elle a l'intention de faire par rapport à ce à quoi elle s'était engagée clairement lors de l'étude des crédits l'année dernière?

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

Mme Thériault: Combien de temps il reste, M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Dans le bloc, 20 secondes.

Mme Thériault: Dans le bloc, 20 secondes, oui.

Le Président (M. Kelley): Mais, j'imagine, vos collègues à ma droite vont vous permettre de compléter votre réponse, et on va passer aux questions des députés à ma droite après.

● (12 h 10) ●

Mme Thériault: Oui. Merci, M. le Président. M. le Président, le député vient d'avouer que c'est historique, le sous-financement. Pourquoi le Parti québécois, quand il était au pouvoir, n'a pas corrigé la situation? Puis je veux peut-être juste lui rappeler, là, que le projet de loi n° 49 a été voté à l'unanimité, donc avec la collaboration de son propre parti. On va laisser la négociation se faire.

Il était où quand on l'a étudié, le projet de loi? Il était où? Il ne se souvient pas ce qu'il y a dedans? Tu sais, je comprends son ton, là. Il peut me poser des questions en Chambre à tous les jours, il a la possibilité. Je ne sais pas si c'est parce qu'il ne s'inscrit pas sur le rôle de questions, là, mais ça fait pratiquement un an que je n'ai pas eu de question en Chambre sur les dossiers jeunesse. Ça fait que ça ne me dérange pas, je suis aux crédits, je peux bien répondre, mais il peut me parler correctement, je vais lui répondre correctement.

Concernant ce qu'il vient d'affirmer, qui est encore faux, je le dis: Les équipes multidisciplinaires, O.K., de deuxième niveau soutiennent les intervenants psychosociaux en réadaptation qui travaillent auprès des jeunes. Dans chacun des centres jeunesse, ça a été déployé. Et tous mes gens ici, tous mes gens ici... Et, s'il remet... Il peut remettre en doute ma parole, il n'y a pas de problème, là, c'est correct. Je comprends qu'il aime ça dire que les politiciens, on ne peut pas leur faire confiance, c'est la tactique de son parti. Mais je n'accepterai pas qu'on remette en doute la parole de mon équipe qui travaille au bien-être des jeunes, M. le Président.

Donc, ce qu'il dit, c'est totalement faux. Et mon sous-ministre me dit que les programmes d'adaptation...

Une voix: ...

Le Président (M. Kelley): M. le député de Saint-Jean, question de règlement. M. le député.

M. Turcotte: M. le Président, la ministre, actuellement, impute des motifs à mon collègue député de Groulx, et j'aimerais ça que vous la rappeliez à l'ordre.

Le Président (M. Kelley): S'il vous plaît, Mme la ministre, un petit peu de prudence dans votre propos. On va retourner à l'essentiel de la question qui est faite par le ministre... par le député de Groulx.

Mme Thériault: Je vais retourner, M. le Président, à l'essentiel de la question. Donc, les programmes de réadaptation pour les jeunes qui souffrent de troubles mentaux sont là. Après, ne bougez pas, implantation d'équipes multidisciplinaires, santé mentale: 2 416 664 \$. Le programme de qualification, ça, c'est à l'intérieur de la Stratégie d'action jeunesse, le déploiement des réseaux de sentinelles: 2,4 millions de dollars.

Donc, écoutez, là, on le fait, on investit de l'argent, on est le gouvernement le plus responsable pour s'occuper de nos jeunes, et je n'ai surtout pas de leçons à recevoir du Parti québécois sur les actions que mon gouvernement et que les ministres qui m'ont précédée dans mes fonctions... par rapport au travail qu'on a fait. Jamais je ne l'accepterai, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Mme la ministre. Mme la députée de Trois-Rivières.

Mme St-Amand: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, d'entrée de jeu, permettez-moi de vous saluer, saluer toutes les personnes qui participent à cette commission.

M. le Président, je l'ai déjà dit et je vais le redire avec fierté, vous savez que j'ai eu le privilège, dans ma première carrière, d'oeuvrer comme éducatrice pendant une quinzaine d'années, notamment pendant près de huit ans dans les centres jeunesse: au Pavillon Bourgeois, à Trois-Rivières, à Ville-Joie Saint-Dominique. Alors, d'entrée de jeu, vous me permettez de saluer aussi mes anciens collègues, saluer particulièrement le directeur des centres jeunesse, M. Serge Bisailon, qui fait un travail vraiment exceptionnel, et toute l'équipe des gens qui travaillent là.

Vous savez, les gens des centres jeunesse font un travail colossal. Ce sont des gens qui ont à coeur la rééducation de nos jeunes et ce sont des gens dédiés

aussi. Et je peux vous dire que c'est vraiment... ça a été vraiment un beau privilège dans ma carrière de pouvoir travailler dans ce milieu-là.

Pénurie appréhendée de personnel dans les centres jeunesse (suite)

J'aimerais aborder avec la ministre la main-d'oeuvre au niveau des centres jeunesse. On sait à quel point il est important d'avoir des intervenants qui ont à coeur l'évolution positive de nos jeunes dans leur quotidien. J'ai beaucoup d'admiration, évidemment, pour le travail qui est fait dans nos centres jeunesse.

Maintenant, on a un défi. On a un défi au niveau de la rétention, on a un défi au niveau du recrutement. Nos éducateurs, nos professionnels aussi vivent souvent des moments qui ne sont pas toujours faciles.

Alors, je voudrais savoir de la part de ma collègue: Quelles sont les mesures qui ont été mises en place pour favoriser la rétention et le recrutement de la main-d'oeuvre?

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

Mme Thériault: Merci. Merci, M. le Président. C'est évident que le défi de la main-d'oeuvre — on a abordé le sujet tout à l'heure brièvement — c'est un défi qui se pose à la grandeur de la province, ça se pose particulièrement au niveau de la santé et des services sociaux, et je crois sincèrement que chaque profession doit adopter des moyens pour attirer des jeunes puis choisir une profession. Vous savez que les centres jeunesse, comme je dis, ils ne font pas exception, malheureusement, et tout à l'heure j'ai énuméré brièvement, et je n'ai pas terminé, les différents outils qui avaient été mis de l'avant pour augmenter la visibilité des emplois qu'offre le réseau des centres jeunesse mais aussi pour augmenter la rétention de la main-d'oeuvre, et ça, je pense que c'est important.

Donc, en 2009, il y a eu un projet qui a été fait en partenariat avec Jobboom. Donc, ce qu'on a visé ici, c'était de valoriser l'image des centres jeunesse, parce que malheureusement, souvent, lorsqu'on dit à peu près n'importe quoi sur le réseau des centres jeunesse, on peut parler à travers son chapeau, ça ne contribue pas à donner une bonne image du travail qu'on fait en centre jeunesse. Puis je peux vous dire que, lorsque je vais sur le terrain et que je rencontre les intervenants, les intervenants sont heureux d'oeuvrer auprès des jeunes. Et, quand on fait des annonces, que ce soient des annonces de partenariat, que ce soit quand on parle du programme Qualification jeunes, quand on parle des rénovations qui sont faites au niveau des bâtisses, qui contribuent à donner un meilleur environnement de travail aussi, les éducateurs sont particulièrement heureux des montants d'argent qu'on réinvestit dans le réseau des centres jeunesse.

Donc, avec Jobboom, autre que de valoriser l'image des centres jeunesse et de les représenter comme employeur, l'Association des centres jeunesse a fait un partenariat avec Jobboom. Donc, lors d'une première rencontre, l'association a convenu de développer un plan d'action dans le but d'atteindre les objectifs de recrutement et de rétention de main-d'oeuvre. Donc, évidemment, cette portion-là étant dans les mains des centres jeunesse, je suis convaincue que notre association fait un travail du tonnerre.

Il y a eu également Academos. Academos, c'est un site de cybermentorat qui met en relation des bénévoles et des jeunes qui se questionnent sur leurs choix de carrière.

Donc, je pense qu'il est important de pouvoir bénéficier de l'expertise dont nos employés dans le réseau ont su développer au fil des années. Et quoi de mieux pour vendre la profession et vendre le travail en centre jeunesse que quelqu'un qui est heureux? Puis je suis convaincue que ça doit être pas mal plus facile pour les intervenants de dire aujourd'hui combien ils sont heureux de travailler dans les centres jeunesse, bien que ce ne soit pas toujours facile, là, j'en conviens, sauf que leurs conditions de travail, la diminution du nombre de jeunes sous leur responsabilité, les montants d'argent qu'on réinvestit massivement au niveau des bâtisses pour faire en sorte que les milieux de travail soient beaucoup plus conviviaux... Écoutez, j'ai vu des bâtisses, là, qui dataient de 50, 60 ans et qui ont grandement besoin de rénovations, et ça fait toute la différence au niveau des espaces de vie pour les jeunes mais aussi pour les personnes qui travaillent dans le réseau.

Il y a eu... En continuité avec les activités qui ont été mises de l'avant par les centres jeunesse, l'Association des centres jeunesse prévoit faire une tournée des maisons d'enseignement. Donc, l'Association des centres jeunesse souhaite faire connaître le réseau des centres jeunesse aux conseillers en orientation.

Évidemment, il faut comprendre qu'on est dans un monde qui est très, très compétitif. Les employés qu'on a présentement dans notre réseau, vous savez, il y a beaucoup de travailleurs sociaux, mais les travailleurs sociaux ont le choix d'aller dans les CSSS, d'aller dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, d'aller dans les hôpitaux. Le réseau de la santé et des services sociaux est très vaste. Ça peut être dans les centres de réadaptation en déficience physique. Ça peut être dans les centres de réadaptation en dépendance. Ça peut être dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, pour les enfants TED aussi. Ça peut être également dans le milieu monde... dans le merveilleux monde des organismes communautaires, beaucoup de travailleurs sociaux qui oeuvrent là.

Donc, évidemment, souvent tu vas y aller par affinité, et c'est là que ça... qu'on comprend toute l'importance de faire valoir le travail auprès de la jeunesse. Et je le dis, là, bien honnêtement, bien sincèrement, bien candidement, là: Les gens qui sont dans le réseau des centres jeunesse, quand les jeunes sortent, quand les jeunes partent, ils peuvent sincèrement dire: Mission accomplie, j'ai accompagné un jeune. Je l'ai aidé dans sa progression, je l'ai aidé à prendre conscience de la réalité. Et ils sont une grande, grande partie de la clé pour pouvoir faire en sorte qu'on puisse régler les pénuries de main-d'oeuvre qui seront un défi pour les prochaines années.

Le Président (M. Kelley): Ça va?

Mme St-Amand: Bien, vous me permettez un dernier commentaire, peut-être.

Le Président (M. Kelley): Oui, très rapidement, parce que, je pense, votre collègue à votre gauche aimerait poser une question aussi.

Mme St-Amand: Tout à fait. Alors, juste vous dire, M. le Président, que j'ai eu le privilège d'accueillir

la ministre à plusieurs reprises dans le comté de Trois-Rivières et que je suis à même de témoigner que les gens apprécient grandement le travail de la ministre, apprécient grandement son empathie, son écoute et surtout tout l'investissement qu'elle fait auprès des centres jeunesse, parce que c'est une priorité pour elle. Merci.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Application de la Loi sur la protection de la jeunesse

Mme Rotiroti: Merci, M. le Président. Ma question va porter sur l'application de la nouvelle loi, sur la Loi sur la protection de la jeunesse. On sait que cette loi, la loi n° 125, a été adoptée le 15 juin dernier... le 15 juin 2006, excusez-moi. Et, dans la loi, on a formé un comité, en août 2006, sous la responsabilité de la Direction générale des services sociaux, un comité qui avait le mandat de s'assurer de la planification, la coordination et le suivi des différentes activités réalisées à l'intention du réseau social dans le cadre du processus de l'implantation de cette loi.

Ma première question, ma question, qui s'adresse à la ministre, est: Suite à la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse, ça a engendré beaucoup de changements sur la réalité non seulement pour les jeunes, mais aussi pour les intervenants qui travaillent avec ces jeunes-là. Pouvez-vous nous exposer quels que sont les changements et de quelle façon le tout se traduit dans le quotidien afin de bien former et préparer ceux-ci?

● (12 h 20) ●

Mme Thériault: Merci, M. le Président. Vous m'indiquez qu'il reste quatre minutes, donc je vais essayer de faire assez rapidement, parce que, quatre minutes pour toutes les actions, vous comprendrez que je pourrais en parler pendant très longtemps.

Mais effectivement il y a eu, pour commencer, des investissements budgétaires pour venir accompagner l'application de la nouvelle loi, comme vous avez si justement mentionné: le comité qui a été formé en 2006 pour la planification, la coordination et le suivi des activités. Finalement, les activités, ce qu'elles touchaient, je pense que c'est important de le rappeler: il y avait le suivi et l'élaboration des règlements; l'information à la population ainsi qu'aux jeunes et aux familles directement touchés par la loi, qu'est-ce qu'on avait comme modifications et de quelle manière ça aurait un impact; la sensibilisation, la formation et l'instrumentalisation des intervenants sociaux et des gestionnaires du réseau, hein, je pense qu'il fallait aussi investir là-dedans, c'est important; la mise en place des mécanismes de collaboration entre les centres jeunesse et les ressources du milieu afin qu'il y ait la consolidation des services de première ligne, donc je pense que c'est important également; et l'adaptation des systèmes d'information.

Le comité, ce qu'il a fait tout d'abord, c'est qu'il a adopté un plan de travail très détaillé pour chacune des activités que je vous ai mentionnées. Donc, il y a eu... De plus, deux sous-comités qui, eux, travaillaient sur la révision du Manuel de référence sur la protection de la jeunesse ainsi que sur l'évaluation de la nouvelle loi, la LPJ, ont aussi été formés. Donc, évidemment, le Règlement sur la révision de la situation d'un enfant a été édicté et est entré en vigueur depuis le 6 septembre 2007. Le

Règlement sur les conditions du recours à l'hébergement en unité de... intensif, ça, c'est rentré le 8 novembre 2007.

On a aussi eu le Règlement instituant le registre sur les enfants ayant fait l'objet d'un signalement. Donc ça, il y a eu la... une prépublication en février 2007 et la mise en vigueur en avril 2009. Et ça, c'est un point qui est très important, parce qu'auparavant, si la famille demeurait, exemple, dans Chaudière-Appalaches et qu'elle déménageait dans la magnifique région des Laurentides, il n'y avait absolument aucun moyen de savoir si l'enfant avait déjà été signalé. Donc, en instituant ce registre-là, peu importe l'historique d'un enfant ou d'une famille, s'il y a eu un signalement, même s'il y a beaucoup de déménagements à répétition, l'historique suit dorénavant les enfants et les familles, donc ce qui nous permet vraiment d'être beaucoup plus efficaces au niveau des interventions à faire. Et tout de suite les intervenants, lorsqu'ils vont consulter les dossiers, même si c'est une nouvelle famille qui vient d'arriver dans une région, qui est partie d'une autre, ont accès à l'information si cet enfant-là ou la famille a déjà été signalé dans le passé dans sa région d'origine ou la région qu'elle occupait précédemment.

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

Mme Rotiroti: Oui. Bien, dans le fond, c'est... Oui, effectivement, ça va être un commentaire. Je voulais juste vous dire: Moi, j'ai le privilège de travailler avec la ministre, en étroite collaboration avec elle, et je peux vous dire qu'on est très chanceux de l'avoir en services sociaux, parce que c'est quelqu'un qui met toute son énergie et elle a la cause à coeur. Et je pense qu'on est très chanceux de l'avoir où est-ce qu'elle est. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup pour... Ça met fin à notre échange sur le volet Protection de la jeunesse.

Je vais maintenant suspendre nos travaux jusqu'à 15 heures afin de terminer l'étude du volet Santé des crédits budgétaires de portefeuille Santé et Services sociaux. Bon appétit, tout le monde.

(Suspension de la séance à 12 h 24)

(Reprise à 15 h 3)

Le Président (M. Kelley): À l'ordre, s'il vous plaît! La Commission de la santé et des services sociaux reprend ses travaux. On est dans notre dernier droit de notre saison des crédits 2010-2011.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements pour la séance de cet après-midi?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Drainville (Marie-Victorin) remplace Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve).

Santé

Discussion générale

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Je vous rappelle que la commission est réunie afin de

terminer l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2010-2011. Nous avons commencé à 15 h 2, alors nous allons continuer jusqu'à 18 h 2 pour respecter l'enveloppe.

Deuxièmement, pour cet après-midi, on va faire l'alternance, en commençant avec un bloc réservé aux députés ministériels. Il y aura un bloc de 15 minutes cet après-midi pour le député de Mercier, mais, pour le reste, on va juste faire l'alternance jusqu'à l'épuisement du temps, en rappelant qu'il faut faire un vote sur les programmes liés à la santé à la fin de la séance, vers 18 heures.

Alors, sans plus tarder, je suis prêt à commencer le premier bloc cet après-midi. Et je vais céder la parole à Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, bienvenue à tous. Alors, nous poursuivons sur cette belle lancée d'il y a quelques jours. Je voudrais saluer les collègues du premier groupe de l'opposition, mes collègues du côté ministériel, M. le ministre et son équipe d'experts.

Alors, nous nous étions laissés... Bien, je voudrais d'abord faire une petite mention, parce que c'est la Journée nationale du sport et de l'activité physique aujourd'hui. Et on parle beaucoup de santé, de services sociaux, et tout ça, et je crois que c'est une belle initiative du gouvernement du Québec pour rappeler à tout le monde que, pour rester loin de notre réseau de la santé, il faut y aller avec la prévention, il faut avoir de saines habitudes de vie, faire de l'activité physique le plus souvent que possible. Et je pense que nos agences et les directions de santé publique font du très, très bon travail en ce sens-là. Et je voulais le souligner aujourd'hui parce que c'est très, très important et c'est de ça dont il est question lorsqu'on parle de santé. Alors, voilà.

Conditions de travail du personnel du réseau de la santé (suite)

Nous nous étions laissés avec... J'avais mentionné, il y a deux jours, qu'on entendait beaucoup parler dans les médias de l'épuisement du personnel médical, de leurs conditions de travail, des taux d'absentéisme. Et puis on entend beaucoup de choses, et je voulais profiter de cette étude de crédits pour entendre les experts. C'est sûr qu'on peut toujours dire «toujours» et «jamais», mais je ne crois pas que ce soit le lot de tout le monde, de toutes les régions, de tout le... du réseau, et je voudrais voir si c'est une impression, une idée générale, voire un jugement de valeur par rapport à ce qui se passe au sein de notre réseau de la santé, parce que notre capital humain, nos ressources humaines sont essentiels pour livrer les services à la population.

Alors, je crois qu'il y a quelqu'un de votre équipe... je crois, M. le Président, qu'il y a quelqu'un de l'équipe du ministre qui pourrait peut-être venir nous parler de la réalité au sein du réseau de la santé. Alors, je crois que c'est M. Delamarre, qui est là.

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

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais à M. Michel Delamarre de venir parler de la question que la députée de Hull nous a fait mention.

Le Président (M. Kelley): Alors, selon nos habitudes, est-ce qu'il y a consentement pour permettre la participation de M. Delamarre à nos délibérations? Consentement. Alors, la parole est à vous, monsieur... Si vous pouvez bien vous identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Delamarre (Michel): M. le Président. Michel Delamarre, sous-ministre adjoint, Personnel réseau et ministériel.

Donc, je vais vous donner quelques informations concernant l'absentéisme, particulièrement l'assurance salaire et peut-être quelques autres données aussi autour de chiffres que j'ai actuellement. On a mené aussi une étude assez détaillée à partir des banques que, nous, on a au ministère pour tenter d'identifier clairement où sont... c'est quoi, les motifs d'absence qu'on trouve le plus dans notre réseau, l'évolution aussi que ça a eu puis comment on peut se comparer, certaines données, avec d'autres entreprises ou d'autres réseaux. Alors, on a travaillé en collaboration aussi avec des chercheurs, entre autres de l'Université Laval, et d'autres personnes qui nous ont accompagnés dans une démarche. On est actuellement à finaliser l'analyse au niveau de ces données-là.

Il y a des données, somme toute, je vous dirais, et il y a eu aussi... au fil des années, il y a eu une augmentation de l'assurance salaire, et ce qui a fait en sorte que, dans nos ententes de gestion, on a ciblé particulièrement auprès de nos établissements. Il y avait un consensus pour permettre d'enrayer, si on veut, cette augmentation-là, si bien que, depuis cinq ans, ce qu'on peut constater, de 2005-2006 à aujourd'hui, 2009-2010, avec les tendances qu'on a aux dernières périodes, il n'y a pas eu d'augmentation; au contraire, une légère diminution. Mais, je pense, c'est encourageant de voir qu'on est passés de 5,74 à 5,55. Donc, on a, si on veut, infléchi la courbe d'augmentation, stabilisé, et on espère que la lancée va se poursuivre dans ce sens-là. Particulièrement pour les infirmières, qui nous préoccupent beaucoup à ce moment-ci, on avait un taux à 5,81, 2005-2006, et aujourd'hui il est à 5,51. Donc, on voit aussi que, pour les infirmières, ça, quand même, suit la courbe actuellement. Donc, on peut y voir là, je pense, à la limite, un début de bonne nouvelle, je pense... ou, à tout le moins, le taux d'assurance salaire semble stagner et même commencer à infléchir.

Alors, on s'est donné aussi dans notre plan stratégique, avec le réseau, des objectifs de réduction, pour les cinq prochaines années, de l'ordre de 10 % par rapport à notre taux d'absentéisme. Donc, il y a une volonté et mobilisation du réseau justement pour travailler à ce niveau-là.

Un élément qu'on constate, entre autres, c'est qu'on entend beaucoup parler des problématiques reliées aux motifs... aux absences liées à la santé mentale. Effectivement, dans le réseau, le motif d'absence le plus élevé, c'est au niveau de la santé mentale, pour 34 %. Ce taux-là n'a pas augmenté au fil des ans, donc il est resté relativement stable. Et les données qui ont fait l'objet de l'analyse aussi font en sorte que, bien que c'est le motif le plus important d'absence, quand on se compare avec des données qui viennent des compagnies d'assurance donc dans d'autres réseaux ou d'autres types d'entreprises, on est plus bas en termes de ratio d'absence pour des problèmes de santé mentale. Alors, on peut aller jusqu'à 40 % à 50 % de taux d'absentéisme relié à des motifs au niveau de la santé mentale.

Donc, contrairement, des fois, à ce qu'on pourrait penser dans notre réseau, il n'y a pas plus d'absences pour des motifs de santé mentale, et même les données nous indiquent au contraire qu'on est plus bas en cette matière que d'autres réseaux ou d'autres types d'entreprise. Et les données sont relativement stables. Ça ne vient pas faire en sorte qu'il ne faut pas pour autant être préoccupé par ce type d'absence là et l'absentéisme de façon générale, mais c'est quand même des données qu'on a qui sont objectives aujourd'hui.

● (15 h 10) ●

Un constat qu'on fait, c'est que, là où il y a eu une légère augmentation, c'est au niveau des maladies musculosquelettiques, où notre pourcentage pour ce type de motif-là est passé de 4,7 à 7,9. Donc, vous comprendrez que ça va faire l'objet d'attention particulière, au cours des prochaines années, de travailler particulièrement sur ces motifs d'absence reliés aux maladies musculosquelettiques.

Donc, ça nous donne quand même des données par rapport à l'absentéisme. Donc, en résumé, on voit qu'il y a eu... on a infléchi, là, une courbe qui était en progression. On est vraiment à un taux qui est plus stable et même une légère diminution, de façon générale.

Ce qu'on constate aussi dans nos données, c'est que, quand les gens atteignent l'âge de 30 ans, donc dans une strate de 30 à 39 ans, le taux d'absentéisme augmente de façon significative. Donc, il y a une analyse qui n'est pas terminée encore là-dessus, mais on peut penser, entre autres, que les... ces absences-là qui arrivent à cet âge-là peuvent être en lien avec des responsabilités parentales aussi qu'on a. Je pense qu'il peut y avoir... Je ne suis pas en train de vous dire qu'on a fait un lien scientifique, mais on pourrait quand même penser à ce moment-ci, et ça fait l'objet de l'analyse: Qu'est-ce qui fait qu'on arrive avec cette strate d'âge là et particulièrement une augmentation importante de l'assurance salaire? Donc, ça peut être un motif, il y en a peut-être d'autres, on va continuer, mais il y a quand même des indications qui nous disent qu'il y a une strate d'âge qui est particulièrement ciblée. Donc, 30-39 ans, on voit qu'au début de la trentaine il y a une augmentation significative, et ça se stabilise, et ça, même, réduit un petit peu dans la strate d'âge 40-50 ans.

Donc, c'est des données comme ça que, nous, on veut regarder puis être capables d'identifier plus clairement comment on peut travailler justement ces groupes cibles. Donc, une attention particulière à porter aux absences liées aux lésions musculosquelettiques. Une attention particulière à porter aussi aux groupes d'âge qui sont spécifiquement 30-39 ans et voir qu'est-ce qui fait que les gens s'absentent particulièrement dans cette période.

Aussi, on a des données plus spécifiques ventilées par type d'emploi et on constate à certains égards que certains types d'emploi sont plus touchés par l'absentéisme que d'autres. Donc, effectivement, ça va faire l'objet aussi d'attention particulière au cours des prochaines années.

Un autre élément aussi, bien qu'ici on ne parle pas d'assurance salaire, mais je veux le porter à votre attention, vous comprendrez qu'il y a eu beaucoup et il y a encore beaucoup de départs à la retraite. On a augmenté nos cohortes d'étudiants, si bien qu'on a une entrée massive aussi de jeunes infirmiers, infirmières et de l'ensemble du personnel dans le réseau qui arrivent, et on a une recrudescence importante des congés parentaux. Donc ça, effectivement, ça a un impact important quand on

parle de pénurie de personnel actuellement. Bien sûr, on veut tenter de réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et l'utilisation du temps supplémentaire, et en même temps on a une recrudescence importante des heures d'absentéisme.

Je veux vous rassurer toutefois, par exemple: on tend à diminuer l'absentéisme, mais on ne tend pas à diminuer, quand même, les congés parentaux, parce qu'on sait que c'est une bonne cause quand même et on favorise, au contraire, que les gens puissent avoir des bébés. Mais ça a quand même un impact important dans notre réseau où on trouve une clientèle... pas une clientèle, mais on trouve des employés... un nombre important, une majorité féminine. Donc, c'est aussi, là, un élément important pour nous, dans notre réseau particulièrement.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci, M. le Président. J'aurais une petite sous-question. Nous avons tellement de très bonnes politiques familiales, alors je comprends pourquoi le personnel médical fonde des familles et puis a des enfants.

Alors, je veux juste... j'avais... Comme je vous disais, à titre de députés, on est très sensibles à tous les articles qui paraissent au sujet de la qualité de vie et puis de l'épuisement du personnel, et tout ça. J'avais lu dans un article que ça touchait surtout les employés à temps partiel. Est-ce que, vous, vous avez des données qui... L'épuisement, je veux dire, est-ce que vous avez des données qui indiquent ça ou si c'était plutôt parcellaire?

M. Delamarre (Michel): Je ne les ai pas avec moi puis je ne voudrais pas m'avancer sur une réponse sans vraiment avoir les données. Je pourrai les ressortir et éventuellement les ramener ici, là.

Mme Gaudreault: D'accord, d'accord. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci, Mme la députée. Mme la députée de Soulanges.

Projet de centre hospitalier dans Vaudreuil-Soulanges

Mme Charlebois: Merci, M. le Président. Alors, bonjour, M. le ministre, et bonjour à toute votre équipe et, bien entendu, tous ceux qui vous accompagnent. Mais je suis particulièrement heureuse d'être ici aujourd'hui. Vous savez, il y a beaucoup d'enjeux dans notre coin de la Montérégie, au niveau de la santé, qui nous interpellent, et je suis interpellée personnellement à titre de députée de Soulanges, mais aussi le député de Vaudreuil l'est également.

Comme vous le savez, vous êtes déjà sensibilisé, M. le ministre, au fait qu'on a une croissance populationnelle très, très, très importante dans Vaudreuil-Soulanges. Et vous savez aussi que notre situation géographique est particulière par rapport à l'ensemble de la Montérégie: on est près de Montréal, on est en bordure de l'Ontario, on est à l'extrême ouest de la Montérégie. Bref, notre situation géographique fait en sorte que nous allons chercher des services partout parce que, chez nous, on n'en a pas.

Vous savez qu'actuellement on a une population... Officiellement, là, c'est 135 000, les statistiques de population, 135 000. On prévoit une croissance très importante et, en ce sens-là, si ma mémoire est bonne, d'ici 2016 nous devrions être à 175 000 de population. Et Vaudreuil-Soulanges est un secteur où j'oserais dire que nous sommes les seuls au Canada qui n'avons pas de centre hospitalier avec cette quantité de population actuellement.

Évidemment, ça interpelle beaucoup de gens à partir de la population, évidemment, qui doivent se déplacer pour aller chercher les services ailleurs, que ce soit à Montréal, ailleurs en Montérégie. On pense au Centre hospitalier du Suroît, au Centre hospitalier Anna-Laberge. J'ai même des gens qui m'ont parlé qu'ils allaient à Ormstown et aussi à d'autres centres hospitaliers.

Il y a aussi... En plus de la population qui est interpellée, vous savez, on a plusieurs groupes qui ont fait des revendications. Vous avez été sensibilisés à ça. Il y a notamment les élus de l'ensemble de la MRC. Il y a un comité d'élus, comité ad hoc, si on peut dire, qui a été mis sur pied pour vous faire des représentations évidemment et pour appuyer, faire la demande d'un centre hospitalier, de construction de centre hospitalier. Notre CSSS, évidemment les représentants du CSSS et tout, là, l'appareil sont en demande aussi à ce niveau-là, au niveau de ces infrastructures-là mais des services qui s'y rattachent, évidemment.

Et il y a un comité de citoyens qui s'est mis sur pied, qui s'impose et qui a fait une tournée pour valider les besoins de la population, parce qu'on s'est dit: Ce serait intéressant de savoir ce que l'ensemble de la population pense de ça. Et, suite à ça, il y a eu des représentations de faites auprès du député de Vaudreuil et auprès de moi, mais évidemment à votre endroit, qui... Vous êtes venu dernièrement rencontrer ces gens-là, et ce que, nous, les députés du caucus libéral... On a fait aussi des représentations auprès de vous parce qu'on pense que la construction d'un centre hospitalier dans Vaudreuil-Soulanges permettrait une meilleure coordination des services.

Ceci étant, là, je parle régionalement parlant, pas juste pour Vaudreuil-Soulanges, comme vous le savez, l'agence de santé de la Montérégie a produit une superbe étude, que j'ai pris le temps de regarder, et on nous parle là-dedans... ça confirme, cette étude... En fait, c'est intitulé *Un rapport d'analyse sur la consommation de services hospitaliers par la population de Vaudreuil-Soulanges et une démonstration des besoins*. Et, dans ce document, on fait état de la croissance de la population. On a aussi des scénarios de projection de cette croissance-là qui, à mon avis, sont vraiment prudents. Les scénarios sont faits sur une base vraiment de prudence, parce qu'on sait que toutes les statistiques, jusqu'à ce jour, pour Vaudreuil-Soulanges, de prévoyance, là, de croissance populationnelle ont été dépassées. Là-dedans, on fait aussi état du vieillissement accéléré de la population dans Vaudreuil-Soulanges. Évidemment, on sait que la Montérégie vieillit plus vite qu'ailleurs au Québec, mais, dans la Montérégie, c'est Vaudreuil-Soulanges qui a ce phénomène-là. Mais en même temps on a un phénomène d'explosion de naissances. Je pense que c'est dans notre coin, je pense, qu'on change la statistique au Québec, en fait. Bref, on a plusieurs enjeux qui nous interpellent.

À la fin du document — et je vous laisserais en parler, en fait — il est établi que l'implantation d'un nouvel

hôpital dans Vaudreuil-Soulanges devrait pouvoir compter 250 lits, autour de 250 lits — mais, moi, je ne suis pas une experte là-dedans, M. le ministre — pour combler le besoin en lits. Alors, moi, j'aimerais ça si vous pouviez nous donner un peu plus de détails sur le projet qui est sur la table, si vous avez des échéanciers, et comment ça va aller pour la suite des choses, parce que les gens de Vaudreuil-Soulanges sont vraiment impatients de voir la construction de ce centre hospitalier là pour servir la population, permettre un meilleur accès à la population à des services de proximité, parce que, si on dit... dans le contexte où on veut rapprocher les services de la population, je pense que la construction d'un centre hospitalier pour une population bientôt de 175 000 — c'est demain, 2016, là — je pense que ce serait un bon indicateur.

● (15 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Et le président va suivre la réponse avec intérêt, parce que, comme député de l'Ouest-de-l'Île de Montréal, je pense, ça fait partie des solutions pour les problèmes à l'Hôpital général du Lakeshore. M. le ministre.

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Dans un premier temps, je pense qu'il faut expliquer que Vaudreuil-Soulanges, c'est dans la Montérégie-Ouest. C'est près de la région de Valleyfield, où est-ce qu'il y a le CSSS du Suroît, puis il y a également le CSSS du Haut-Saint-Laurent, où est l'Hôpital Barrie Memorial.

Barrie Memorial, voilà deux semaines, lorsque je suis allé dans la Montérégie-Ouest, on a fait l'inauguration d'un nouveau CT scan et d'une nouvelle salle d'urgence, et on peut dire que Barrie Memorial et le CSSS du Haut-Saint-Laurent, en termes de services, pour la grosseur du CSSS, c'est très bien desservi avec... Il y a eu des investissements majeurs de notre gouvernement récemment.

Du côté de Valleyfield, ils reçoivent une partie de la clientèle également de Vaudreuil-Soulanges, ce qui fait qu'un hôpital qui est construit pour environ 50 000, 55 000 habitants doit en desservir entre 80 000 et 85 000 en termes d'hospitalisation. 50 % de la population de Vaudreuil-Soulanges consulte au Suroît, et il y a 50 % de la population de Vaudreuil-Soulanges qui consulte également dans le secteur du Lakeshore. Ce que ça amène comme dynamique: ça met de la pression sur le Suroît et ça met de la pression sur le Lakeshore, ce qui fait que, quand vous regardez le secteur, géographiquement, c'est un assez grand territoire et démographiquement c'est un des territoires avec la plus grande croissance de population au Québec. Et, comme vous le disiez si bien, on est passé de 90 000 à 130 000 et, d'ici environ cinq ans, on devrait passer à autour de 175 000. Et on peut penser que ça va continuer à croître.

Pour régler les problématiques de santé dans ces secteurs-là, l'étude qui a été produite démontre définitivement que ça prendrait un nouvel hôpital. Là, il faut mettre les choses en termes de contexte. Il y a quelques années, on parlait d'un centre ambulatoire, mais un centre ambulatoire continuerait quand même à mettre de la pression sur le Suroît et également sur le Lakeshore. Ça fait que, plutôt que d'agrandir le Lakeshore de façon incroyable et, le Suroît, pratiquement augmenter la superficie de 50 % à 100 %, le meilleur scénario pour approcher les soins près de la population, c'est tout simplement avoir un nouvel hôpital dans le coin, dans le secteur de Vaudreuil-Soulanges.

Et ce que vous avez dit est vrai, c'est le seul secteur au Canada où, quand vous avez une population de plus de 50 000, que vous n'avez pas d'hôpital. Donc, le plan, c'est définitivement d'avoir un hôpital complet, avec des soins ambulatoires, dans le secteur de Vaudreuil-Soulanges.

En même temps, au niveau du Suroît, c'est un hôpital qui a besoin de rénovations, puis eux autres ont déposé un plan pour des rénovations qui, comme je l'ai dit quand... lorsque je suis allé dans votre région, il y a deux semaines, c'est deux projets d'une grande valeur, et les deux projets évoluent séparément. Et puis il n'y a pas d'interaction entre les deux projets. Donc, on peut réaliser l'un ou l'autre des projets, et on a l'intention de les réaliser les deux parce qu'il y a des besoins pour les deux.

C'est quoi, l'installation qu'on a besoin dans le secteur de Vaudreuil-Soulanges? Un hôpital complet, environ 250 lits, ce qui donne comme perspective un hôpital que vous êtes allée visiter avec le député de Vaudreuil, un hôpital de la grosseur approximative de Pierre-Le Gardeur. Je vous dirais que le modèle de Pierre-Le Gardeur, c'est vraiment le modèle qu'on doit implanter à Vaudreuil-Soulanges. Également, on va se donner une perspective que, quand on va le construire, ne sachant pas la population qu'il va y avoir dans 15, 20 ou 25 ans, on va se garder une possibilité également d'augmenter le nombre de lits, au cas où est-ce qu'un jour ça deviendrait nécessaire. Donc, l'installation qui va être mise en place dans le secteur de Vaudreuil-Soulanges, ça va être un hôpital complet avec tous les services. Et ça va être un hôpital d'environ 200, 250 lits. L'évaluation finale va venir en temps et lieu.

Où nous en sommes rendus dans les travaux? Un, c'était de réaliser le besoin. Ça a été confirmé par une étude, et actuellement nous sommes à l'épisode de planifier avec le CSSS de Vaudreuil-Soulanges, de voir comment on peut faire pour préparer le projet au niveau budgétaire, faire également des préparatifs, là, c'est le type d'établissement en termes de plan, donc ça nous prend des préliminaires, et ça, c'est du travail qu'on va demander à ce qu'il soit fait avec la Corporation d'hébergement du Québec. Donc, au cours des deux prochaines années, c'est le travail de préparation pour ce type de projet.

Le terme de... En termes de délai, tout dépendant de la vitesse des travaux, bien, on va pouvoir agir à ce moment-là pour la question de la... Les gens aiment toujours parler de première pelletée de terre. On ne peut pas le prévoir encore...

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

M. Bolduc: ...on ne peut pas le prévoir encore, parce qu'il faut qu'il y ait... les travaux avancent encore un peu plus, mais je suis quand même très positif que c'est un dossier qu'on peut réaliser, là, avant la croissance importante qu'il va y avoir au cours des prochaines années.

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

M. Drainville: Merci, M. le Président. Est-ce que le ministre peut déposer les études qu'il a sur le projet d'hôpital dans Vaudreuil-Soulanges et également les études, documents et autres analyses également concernant les travaux devant être effectués à l'Hôpital du Suroît?

M. Bolduc: Oui. C'est des documents qui vont pouvoir être disponibles, là, sans aucune difficulté.

Le Président (M. Kelley): On va les transmettre à la secrétaire de la commission. Merci, M. le ministre.

M. Drainville: Très bien. Alors, on n'a pas beaucoup de temps cet après-midi, M. le ministre, puis vous savez qu'en notre compagnie respective le temps passe tellement vite, hein, n'est-ce pas? Alors... Et évidemment, avec tous les collègues d'en face, ça passe, c'est comme un charme, un charme. Alors...

Une voix: ...

M. Drainville: Oui. C'est parce que ça achève, faites-vous-en pas.

Le Président (M. Kelley): ...

Révision du rôle du pharmacien

M. Drainville: Sur le rôle... Oui, voilà. Sur le rôle des pharmaciens, M. le ministre, est-ce que... Bon, vous savez qu'il y a un certain nombre de provinces qui ont décidé de donner un rôle aux pharmaciens dans le renouvellement des prescriptions, notamment. Est-ce que vous envisagez un tel rôle pour les pharmaciens du Québec, de telle façon à ce qu'on puisse, par exemple, leur permettre de renouveler des prescriptions plutôt que d'obliger des patients à aller attendre de longues heures dans un cabinet de médecin pour obtenir le renouvellement de leurs prescriptions ou encore, dans certains cas, ce qui est encore plus ridicule, de se rendre à l'urgence pour obtenir le renouvellement de leurs prescriptions?

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

M. Drainville: ...ridicule, évidemment, dans le sens de l'utilisation des ressources. C'est une très mauvaise utilisation des ressources que d'obliger un patient à aller attendre des heures de temps à l'urgence et de solliciter évidemment des ressources qu'on pourrait utiliser autrement.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, je remercie le député de Marie-Victorin pour le ton harmonieux de début de discussion. Oui, c'est dans nos objectifs de revoir les rôles des différents professionnels. On parle des pharmaciens, on parle également des infirmières, les infirmières praticiennes spécialisées qu'on veut former au cours des prochaines années.

Du côté des pharmaciens, vous comprendrez que c'est des discussions également qu'il doit y avoir entre les différents ordres professionnels, parce que la prescription, actuellement, c'est l'apanage des médecins. Mais on sait que, dans d'autres provinces, il y a des prescriptions qui peuvent être faites. Entre autres, un exemple, on peut prescrire une fois pour trois mois pour dépanner un patient qui n'est pas capable de voir son médecin.

J'ai rencontré l'Ordre des pharmaciens il y a deux semaines. Nous en avons fait la discussion puis nous avons fait également la discussion de la révision du rôle

du pharmacien pour qu'il puisse occuper une plus grande place au niveau de notre réseau de la santé et des services sociaux. Et c'est des discussions que nous avons actuellement.

Personnellement, moi, j'ai une volonté de pouvoir améliorer justement ce type de pratique où les professionnels sont plus autonomes. Là, il faut faire quand même attention, parce qu'il y a différents types de professionnels impliqués. Il y a également des implications au niveau des soins aux patients. Puis je vous dirais que notre volonté, selon les compétences de chacun de ces professionnels, c'est de leur faire faire le maximum pour qu'ils puissent aider nos patients.

M. Drainville: Alors, est-ce qu'on peut...

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

M. Drainville: Merci, M. le Président. Est-ce qu'on peut avoir une idée? D'abord, est-ce que vous avez un plan? Y a-tu un plan que vous pourriez nous déposer? Y a-tu, je ne sais pas, moi, des orientations? Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on pourrait... qui pourrait nous donner une indication de ce que vous visez et dans quel échéancier vous le visez?

M. Bolduc: La première étape, c'est d'en faire la discussion avec les ordres des pharmaciens, ce que nous avons fait la semaine dernière. Ils nous ont déposé des orientations de leur part, et c'est des orientations qu'on va prendre connaissance, et par la suite on va discuter également avec les autres professionnels. C'est un dossier, je dois vous avouer, que, si on veut faire dans l'harmonie, avant d'établir des plans puis avant d'établir des documents, c'est important d'en faire la discussion entre les différentes parties intéressées.

M. Drainville: O.K. Mais est-ce que vous acceptez le principe que les pharmaciens, pharmaciennes jouent un rôle dans le renouvellement des prescriptions? Est-ce que ça, pour vous, ce principe-là, il est acquis, maintenant on doit discuter des modalités d'application?

M. Bolduc: C'est un rôle que l'on voit qu'ils vont pouvoir jouer dans le réseau de la santé, mais, comme vous dites, il y a des modalités d'application. Juste vous donner un exemple, puis ça a été discuté avec l'Ordre des pharmaciens: ça ne veut pas dire que le pharmacien va pouvoir prescrire demain matin au patient, mais ça veut peut-être dire que, dans certaines conditions... Puis je vous donne l'exemple, la modalité la plus fréquente: un patient arrive à la fin de sa prescription, il n'est pas capable d'avoir un rendez-vous avec son médecin, il y aurait une prescription qui pourrait être faite par le pharmacien pour un trois mois, selon certaines conditions.

Également, pourquoi on ne peut pas trop aller dans le détail, il y a des discussions par rapport à chacun des médicaments. Il y a une différence entre les médicaments. Mais je vous dirais que nous sommes ouverts à faire la discussion avec les différents ordres professionnels pour avoir un travail qui est plus approprié pour le pharmacien au niveau de la prescription.

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

● (15 h 30) ●

M. Drainville: Est-ce qu'on a une idée des coûts que ça pourrait entraîner? Parce que, bon, il y a le Nouveau-Brunswick notamment qui le fait. J'ai des chiffres ici, là. Les pharmaciens du Nouveau-Brunswick qui effectuent 20 000 prescriptions par mois, on doit avoir une idée de combien ça leur coûte là-bas. Les Ontariens également ont fait des études. Est-ce qu'on a une idée un peu des coûts qui sont... que ça implique, ça, en termes de dépenses publiques, là?

M. Bolduc: On ne peut pas le calculer parce que ça va dépendre des modalités qu'on va prendre en... qu'on va mettre en place. L'autre, juste pour vous donner un exemple, c'est quand on va... Quand le pharmacien va faire la represcription, est-ce que ça fait partie de la represcription habituelle puis qu'on ne paie pas le pharmacien? Est-ce que ça indique, je veux dire, que nos médecins vont moins voir les patients? C'est des discussions qu'on doit avoir selon les modalités qui vont être mises en place.

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

Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

M. Drainville: Sur les infirmières praticiennes spécialisées, les superinfirmières comme on les appelle, lors du congrès de l'Ordre des infirmières, vous vous étiez engagé à créer 500 postes d'IPS. Bon, je ne veux pas... Encore une fois, M. le ministre, on s'entend tous les deux sur le principe qu'il faut donner une plus grande place aux infirmières dans notre réseau de la santé, et, nous, on souhaite la création de ces postes de superinfirmières le plus rapidement possible. Là où on a un désaccord, c'est que, nous, on trouve que vous n'avez pas mis l'accent là-dessus suffisamment depuis que votre parti, depuis que le gouvernement actuel est au pouvoir. On pense que ça aurait dû se faire beaucoup plus rapidement. Mais, cela étant dit, mettons de côté un peu le passé puis essayons de voir comment est-ce que vous allez vous y prendre pour créer ces 500 postes là. D'abord, est-ce que vous réitérez votre objectif?

Deuxièmement, est-ce qu'on parle d'infirmières de première ligne ou on... Parmi les 500, est-ce que c'est 500 infirmières de première ligne ou est-ce que c'est 500 infirmières praticiennes spécialisées dont un certain nombre serait de première ligne — ce que vous nous préciserez, j'espère — et le reste en spécialité? Et est-ce que vous pouvez nous donner une idée de l'échéancier en termes de déploiement? Parce que, je rappelle, là, pour les gens qui nous écoutent, en 2003, votre prédécesseur, M. Couillard, avait dit: D'ici 2006, on va former et embaucher 75 superinfirmières en néphro, cardio et néonatalogie. Six ans plus tard, on a 11 superinfirmières en néonatalogie, 18 en cardio, 10 en néphro. Donc, au total, 39 superinfirmières pour ces trois spécialités, puis on est en 2010, pas en 2006. Et pour ce qui est des infirmières de première ligne, on en a présentement 19. Il y en a 116 qui se préparent, qui sont aux études. En Ontario, ils sont déjà... ils ont dépassé le chiffre de 1 000.

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

M. Bolduc: Bon. Dans un premier temps, pour clarifier, l'Ontario, ils ont dépassé un chiffre de 1 000 parce

que ça fait 20 ans qu'ils ont des infirmières praticiennes spécialisées. Donc, ça ne remonte pas à cinq ou six ans qu'ils ont fait la formation. Culturellement, dans les provinces anglaises, les infirmières praticiennes spécialisées ont toujours occupé un certain rôle, puis il y a un déploiement qui s'est fait au cours des 20 dernières années.

Nous sommes allés visiter le système en Ontario, et il semble qu'on ait... on appelle ça des infirmières praticiennes spécialisées. Au Québec, on a quand même nos infirmières cliniciennes, dans les groupes de médecine de famille, qui font, je vous dirais, à peu près 75 %, 80 % de la tâche d'infirmière praticienne spécialisée, sauf qu'elles ne peuvent pas prescrire.

Donc, le Québec n'est pas si en retard que ça. Et je vous ferai remarquer qu'il y a au-dessus de 200 groupes de médecine de famille. Donc, on peut estimer que c'est environ 400, 450 infirmières déjà qui font un travail de collaboration avec les médecins. Et, comme je vous dis, ce n'est pas le travail d'infirmière praticienne spécialisée, mais, pour avoir travaillé avec eux pendant plusieurs années, c'est un travail de collaboration très proche et à un niveau de plus que quand on fait juste prescrire à l'infirmière. Ils font de la prise en charge des patients avec les maladies chroniques.

Dans le budget, on a fait mention qu'il y aurait la création de... que la formation des infirmières praticiennes spécialisées serait disponible. Notre objectif, c'est d'en avoir 100 par année au cours des cinq prochaines années, donc 500. Et puis la majorité vont être des infirmières praticiennes de première ligne, mais, dans ce programme, il va y en avoir quelques-unes qui vont être des infirmières praticiennes, là, pour la néonatalogie, pour la cardiologie, pour la néphrologie, pour atteindre un plus grand nombre. Mais le gros du marché, le gros des disponibilités est au niveau des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne.

Donc, la réponse, c'est oui. Et à partir de l'année prochaine, il va y avoir des nouvelles cohortes. Également, quand ces personnes vont sortir, elles vont être incorporées dans le réseau de la santé. Il va y avoir des budgets prévus pour qu'on puisse les utiliser.

M. Drainville: Est-ce que vous avez...

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

M. Drainville: Merci. Quand vous dites que la majorité seront des infirmières de première ligne, les autres en spécialité, est-ce que vous avez une ventilation par spécialités, les spécialités que vous avez l'intention de prioriser? Si c'est le cas, j'apprécierais que vous nous déposiez, peut-être plus tard, un document qui nous donne un peu le portrait, parce que je ne veux pas perdre le temps, là, d'amener un fonctionnaire à la table, et tout ça. Je pense que ce serait plus simple si vous pouviez nous soumettre un document, parce que je pourrais passer à un autre sujet.

M. Bolduc: Écoutez, c'est surtout les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne qu'on va former. Pour les autres, c'est selon les besoins des universités et en fonction de, exemple, l'équipe de cardiologie, ils en veulent combien. Ça, il y a un plan, mais c'est un plan qui est un peu différent de celui des infirmières praticiennes

spécialisées. On va vérifier. Si on a un plan, on va vous le déposer.

M. Drainville: Un plan ou un document, je ne veux pas qu'on joue sur les mots, là, ça nous aiderait à voir clair là-dedans. Très bien.

Intégration des médecins étrangers (suite)

Médecins de famille. Évidemment, on est très inquiets, nous, M. le Président, du fait qu'il y a encore autour de 20 % de la population québécoise qui n'a pas de médecin de famille. Et je rappelle, M. le Président, que, le jour où on aura des cliniques médicales, des GMF informatisés, on aura résolu une partie importante de ce manque d'accès aux médecins de famille, hein? C'est les médecins de famille eux-mêmes qui nous le disent, ils pourraient soigner 20 % plus de gens s'ils avaient accès aux dossiers patients.

Et je retiens, M. le Président, et je pense que c'est important de le dire, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui a déclaré ceci, puis, quand j'ai lu ça, ça m'a beaucoup frappé: «Au rythme où ça va, il n'y aura plus de médecin de famille au Québec.» Bon, je comprends que c'est une image, là, on n'en viendra jamais là, mais ça marquait bien son inquiétude. Et, lorsqu'il est allé à *Tout le monde en parle*, M. Godin, il a parlé beaucoup, beaucoup de la nécessité de rendre plus attrayante cette profession. Et, moi, je suis tout à fait d'accord avec lui. Et puis on a déjà eu des discussions, vous et moi, sur le fait que, dans les facultés, par exemple, il fallait donner... il fallait exposer les jeunes étudiants, étudiantes à la médecine de famille beaucoup plus tôt. Il était question, à un moment donné, je ne sais pas où ça en est, d'un code de déontologie qui ferait en sorte qu'on ne dénigre plus, comme ça s'est déjà passé, la profession de médecin de famille dans les facultés. Hein, on s'est déjà fait dire, nous, que, dans certains cas, des médecins professeurs avaient qualifié de «poseux de plasteurs» — je les cite, là — les médecins de famille: Vous autres, vous ne serez pas des «poseux de plasteurs», là, on vous invite à être des bons médecins spécialistes, pas juste des «poseux de plasteurs». Je trouve ça effrayant et tellement méprisant, alors qu'on sait à quel point ils jouent un rôle tellement important pour soigner notre population.

Alors... mais je ne veux pas, encore une fois, qu'on redise ce sur quoi on s'entend déjà. Je voudrais parler du fait qu'il y a beaucoup de médecins dits étrangers, là, qui sont... qui ont passé les examens du Collège des médecins, qui ont été... qui ont passé les autres examens également, les conseils canadiens, et tout le reste, et leur diplôme est reconnu par le Collège des médecins, puis ils n'arrivent pas à avoir un stage en résidence en médecine de famille, même s'il y a des stages en médecine de famille qui sont disponibles. En 2007, les facultés de médecine, les quatre facultés de médecine du Québec ont laissé vacants 87 postes en résidence, alors qu'il y avait 174 médecins diplômés à l'étranger qui étaient en attente d'un stage en résidence. Puis, en 2008, il y avait 73 postes de résidence qui ont été laissés vacants, alors qu'il y avait 72 médecins qualifiés qui avaient appliqué à ces postes et qui ont été rejetés sans entrevue.

Et là la question est la suivante: Dans la mesure où on manque de médecins de famille, et on a ces médecins

qui pourraient, en tout cas dans certains cas, prendre le relais, est-ce que le ministre peut nous expliquer pourquoi il y a autant de postes vacants en résidence, alors qu'il y a des médecins étrangers qui sont disponibles?

Et là, si possible, M. le Président, je veux juste préciser quelque chose. Je sais que la question vous a été posée par un membre de votre formation plus tôt, dans les crédits, donc je voudrais, si c'est possible, M. le ministre... ne pas me répéter tout ce que vous avez déjà dit, mais allons-y sur l'essentiel, là. Qu'est-ce qui explique qu'on ait encore une telle résistance à l'intégration des médecins étrangers dont les diplômes sont reconnus, qui ont rencontré tous les critères et, pour une raison que j'ai peine à... que j'ai peine à saisir, on n'arrive pas à leur donner une place en résidence?

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

● (15 h 40) ●

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, je vais quand même prendre quelques minutes parce qu'il y avait deux, trois parties dans votre question. Et puis également, depuis la dernière période des crédits, il s'est fait beaucoup, beaucoup de travail.

La première chose, c'est qu'on a créé une table de concertation pour la médecine de famille, avec Dr Godin et différents partenaires, dans laquelle on a discuté des différentes problématiques que vous avez mentionnées, entre autres le dénigrement. Et actuellement chaque faculté de médecine est supposée d'avoir une politique pour le dénigrement, pour éviter justement que des spécialistes aient des remarques méprisantes face à des médecins de famille. Ça, c'est le premier élément.

Le deuxième élément, il y a des groupes d'étudiants qui font la promotion de la médecine de famille, et il y a eu des colloques et des rencontres dans lesquels, moi, j'ai assisté, et je peux vous dire qu'actuellement la médecine de famille est plus populaire qu'elle ne l'a jamais été. Les cohortes sont augmentées. Également, au niveau des postes qu'on donne à chaque année, on a réussi à combler plus de postes cette année que l'année dernière. Donc, c'est quand même une bonne nouvelle. On n'est pas sortis du bois, mais je vous dirais qu'on a quand même une bonne amélioration.

L'autre élément, juste... on se répète, mais je vais quand même le redire, c'est qu'on a augmenté le nombre d'étudiants en médecine, qui fait qu'actuellement il y a plus de candidats disponibles pour la médecine de famille et pour la médecine spécialisée.

Et, un autre élément important, c'est qu'on a continué à ouvrir des unités de médecine de famille, ce qui fait qu'à ce moment-ci non seulement on forme plus de médecins de famille, mais également on a plus de médecins de famille qui s'installent en région tout simplement parce que nos unités de médecine de famille sont en région. Et également, là, on commence à avoir des résultats. Entre autres, demain matin, ça va être la promotion de la première cohorte de l'école de médecine du Saguenay. Ça fait que, demain matin, on va commencer à avoir des médecins qui ont été formés en région pour la totalité du cours, d'ailleurs à laquelle M. Charest va assister parce qu'en tant que député de Sherbrooke et puis également comme premier ministre, c'est lui qui en avait fait la promotion. Et puis c'est une cohorte qui se fait avec l'Université de Sherbrooke parce que Chicoutimi est affiliée à l'Université

de Sherbrooke. C'est juste pour vous dire que ce qui a été mis en place depuis plusieurs années, parce que ça, ça a été mis en place en 2005, là ça donne des résultats.

Et puis également l'Université de Trois-Rivières avec le CSSS de Trois-Rivières ont leur école de médecine et il y a des médecins qui sont déjà formés pour la région de Trois-Rivières.

Tout ça pour dire que, oui, la médecine de famille, il y a encore du travail à faire, mais il y a beaucoup de travail qui a été fait, qui, là, va donner des résultats.

En ce qui concerne les DHCEU, là, les diplômés hors Canada et États-Unis, des gens qui ont des diplômes et une possibilité de pratiquer au Québec, encore là, depuis l'année dernière, il y a eu beaucoup de travail de fait avec le rapport Échavé. Nous avons pris connaissance du rapport Échavé, et, le rapport Échavé, on a fait une belle annonce au St. Mary's, et la façon dont ça va fonctionner, c'est que, plutôt que les gens s'inscrivent et puis qu'on ne sait pas trop quand ils vont être évalués, dès que quelqu'un a un diplôme de médecin, il va avoir une trajectoire de façon à ce qu'il va être évalué soit au St. Mary's ou à Verdun, et on va faire l'évaluation rapide de la personne, c'est-à-dire, après un stage léger, je veux dire, on va faire l'évaluation.

Puis il y a trois classifications possibles. La première, la personne, elle passe le stage, est capable de pratiquer, à ce moment-là on peut l'intégrer dans le réseau de la santé du Québec. La deuxième, c'est quelqu'un qui aurait besoin d'une formation d'appoint. Là, il y a des stages qui vont être organisés pour que les formations d'appoint puissent se donner. Et la troisième catégorie, il y a des gens... je vais vous donner un exemple: quelqu'un qui est rendu au Québec, qui n'a pas pratiqué depuis 15 ans, qui dit: Moi, j'aimerais ça devenir médecin au Québec, le stage démontre qu'il faudrait pratiquement qu'il refasse un cours au complet, à ce moment-là, cette personne-là ne pourra pas pratiquer au Québec. Là, ce qu'on va faire, c'est qu'on va lui offrir une formation dans une autre profession de la santé et dans laquelle elle pourra aller chercher un diplôme.

Donc, avec le rapport Échavé, on met en place une structure qui va être complète pour permettre justement de diminuer les délais entre le moment que la personne demande à pratiquer au Québec, son évaluation, et la possibilité qu'elle puisse pratiquer. Et ça, ça va nous donner des médecins de famille supplémentaires.

L'autre élément qu'on rajoute cette année, qui est différent avec l'année dernière aussi, c'est qu'on a signé une entente avec la France, et actuellement la bonne nouvelle, c'est que l'entente avec la France, le Collège des médecins nous a fait savoir que c'est environ 12 demandes par mois, dont des médecins de famille, de médecins français qui sont intéressés à venir pratiquer au Québec. La contrepartie, le nombre de médecins québécois qui veulent aller pratiquer en France est pratiquement nul actuellement, contexte probablement qu'en France ils ont plus de médecins par habitant qu'ici. Deuxième élément, c'est que le salaire est meilleur au Québec, puis ça, je pense que le député de Marie-Victorin en convient. Puis, je pense, comme je viens de l'expliquer au député de Marie-Victorin, je pense qu'on est rendus vraiment... on partage les mêmes objectifs et des moyens... je pense que le député de Marie-Victorin a pu constater que des moyens qui ont été pris depuis quelques années donnent des résultats. Merci, M. le Président.

M. Drainville: Qu'est-ce qui nous garantit qu'une fois que l'étudiant... le médecin étranger, dis-je, effectivement, il est reconnu comme apte, dirions-nous, à devenir médecin et à pratiquer sa profession, là, qu'est-ce qui nous assure qu'il ou elle va avoir un poste en résidence au terme de ce stage à St. Mary's?

M. Bolduc: On a...

M. Drainville: Parce que c'est ça, le problème, là. Même si vous lui dites: Tu es effectivement prêt à pratiquer, la résidence... qui nous assure qu'il va avoir un stage en résidence?

M. Bolduc: C'est qu'on a réservé des postes de résidence pour ces médecins, qu'ils vont pouvoir avoir, et c'est des postes réservés, tel que recommandé par le rapport Échavé.

M. Drainville: Mais c'est les facultés qui vont le décider?

M. Bolduc: Bien...

Le Président (M. Kelley): ...dernier commentaire.

M. Bolduc: Ce que les facultés avaient comme difficulté, c'était que... c'était d'évaluer les médecins, mais en mettant en place une structure d'évaluation soit au St. Mary's ou à Verdun, les facultés nous ont dit que ce serait beaucoup plus facile d'avoir... d'accepter des postes... ces médecins-là en résidence. Donc, tout est prévu au niveau de la mise en place d'un système dans lequel un médecin qui a la possibilité de pratiquer au Québec, qui a la compétence pour pratiquer au Québec... on va s'organiser pour lui permettre de pratiquer au Québec.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Ça met fin à ce bloc. Je suis prêt à passer la parole maintenant au député des Îles-de-la-Madeleine.

Plan d'action ministériel en développement durable

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Alors, à mon tour de saluer M. le ministre et toute son équipe, également mes collègues des deux côtés de la table. M. le Président, je veux aborder le thème du développement durable, donc, l'environnement. On sait que c'est une des principales préoccupations des citoyens et ça fait l'objet également d'une préoccupation, je vous dirais, mondiale. On sait que nos chefs d'État sont très préoccupés par les... par l'environnement et particulièrement les conséquences du changement climatique. On sait également que l'environnement, c'est un des déterminants de la santé. C'est un facteur qui a une influence sur l'état de santé d'une population.

Alors, dans cette optique, notre gouvernement a adopté, en 2006, la Loi sur le développement durable et, de plus, conformément à cette loi, la Stratégie gouvernementale de développement durable 2008-2013 est entrée en vigueur en janvier 2008. Alors, M. le Président, j'aimerais ça que le ministre nous décrive les mesures de ce plan et nous dise également quelle est la réponse du réseau de la santé et des services sociaux par rapport à ce plan.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, dans un premier temps, je pense que notre gouvernement a démontré qu'il y a un grand intérêt au niveau du développement durable, ne serait-ce que vous avez vu récemment la discussion qu'il y avait eu au niveau des recommandations pour les automobiles, et la position du Québec. Au début, les gens étaient plus ou moins d'accord dans les autres provinces puis dans les autres États américains, puis vous avez vu qu'ils se sont ralliés à cette position. Donc, on peut dire que le Québec est un leader au niveau du développement durable.

L'autre élément important, c'est que, notre ministère, on croit fermement que le développement durable doit faire partie de toutes nos politiques, et également on doit mettre en place des objectifs de développement durable et on doit donner l'exemple. Et ça, je peux vous assurer que je suis un ministre qui croit beaucoup là-dedans, mais également toute l'équipe ministérielle, tant au niveau du cabinet que l'équipe du ministère et également nos établissements de santé. On croit que le développement durable doit faire partie de nos vies quotidiennes.

Là-dessus, j'aimerais inviter M. Denis Lalumière, qui est le sous-ministre responsable du développement durable au ministère, de venir nous parler de notre plan d'action.

Le Président (M. Kelley): Bonjour. Premièrement, est-ce qu'il y a consentement pour permettre la participation de M. Lalumière dans nos délibérations? Consentement. C'est quelqu'un qu'on connaît bien dans le cadre du projet de loi n° 67. Alors, M. Lalumière, si vous pouvez bien vous identifier pour les fins de l'enregistrement.

● (15 h 50) ●

M. Lalumière (Denis): Merci, M. le Président. Denis Lalumière, sous-ministre adjoint à la planification stratégique, à l'évaluation et à la qualité.

Alors, ça me fait plaisir de vous parler plus en détail du plan d'action ministériel en développement durable. Je pense que c'est important — ça a été fait un peu dans l'intervention du ministre et dans la question qui l'a précédée — de situer cette démarche-là à l'intérieur de la démarche gouvernementale de développement durable. Et ça me permet de préciser que, quand on utilise cette expression de développement durable, on fait référence à quelque chose qui débord largement la seule question de la protection de l'environnement. Souvent, dans la compréhension de la majorité des gens, là, c'est associé, mais, en fait, la notion est beaucoup plus globale.

Quand on parle de développement durable, on parle d'une démarche qui place l'être humain au centre de nos priorités d'action pour assurer non seulement la protection de l'environnement, mais pour assurer aussi la santé, la sécurité, l'épanouissement de l'ensemble des citoyens. Alors, dans ce sens-là, il est évident que la préoccupation de développement durable du gouvernement du Québec rejoint très étroitement les priorités du secteur de la santé et des services sociaux, puisque nous avons cette mission première de travailler à l'amélioration continue et à la protection de la santé et de la qualité de vie des individus. Donc, ça rejoint les préoccupations fondamentales du ministère de la Santé et des Services sociaux comme telles.

Donc, conscient de ce rôle-là, le ministère s'est engagé à tenir compte des principes de la Loi sur le

développement durable et à participer de façon très active à l'atteinte des objectifs de la stratégie gouvernementale. Donc, ça a été beaucoup plus qu'une obligation pour nous, parce que c'est fait à chacun des ministères et organismes et c'est venu vraiment rejoindre les préoccupations que nous avions déjà.

L'autre élément important à mentionner, je pense, c'est le fait que développement durable et amélioration de la santé et du bien-être, ce sont deux grands champs de préoccupation qui nous amènent à travailler en concertation. Alors, en développement durable comme dans le domaine de la santé et des services sociaux, on ne peut pas agir seuls, donc, nous devons travailler en collaboration étroite avec un grand nombre de partenaires, à l'échelle locale, régionale et nationale, dans un contexte d'ouverture et d'approche transversale. Et c'est ce que nous avons tenté de faire en élaborant ce plan d'action de développement durable.

Troisième élément à mentionner, si vous le permettez également, c'est l'importance de la présence bien sûr du réseau de la santé et des services sociaux dans les communautés locales. Il faut rappeler, c'est quelque chose d'important, que le réseau emploie plus de 240 000 personnes. C'est 6,5 % de la population active du Québec et c'est plus de 1 700 installations physiques différentes réparties un peu partout sur le territoire. Donc, la présence en soi du réseau de la santé et des services sociaux a par elle-même un impact important sur les milieux et donc sur les enjeux de développement durable.

Donc, nous, en ce qui nous concerne, les préoccupations prioritaires en matière de développement durable, ça rejoint bien sûr la surveillance continue de l'état de santé de la population, les actions que nous menons en matière de promotion de la santé, en matière de prévention, en matière de protection également en cas de menace pour la santé, et ça rejoint donc l'ensemble de nos actions intersectorielles en santé publique et en développement des communautés. Et je pourrai y revenir dans quelques instants.

À titre d'exemple également, les programmes d'efficacité énergétique que nous avons déjà mis en oeuvre, avant même l'adoption de ce plan d'action, nous inscrivaient déjà dans la trajectoire du développement durable parce qu'ils ont permis de générer des économies d'énergie, et donc des économies budgétaires considérables. Le programme québécois d'énergie, sous forme de prêt autofinancé, qui a été mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux, a même permis à notre réseau de dépasser la cible qui nous était fixée dans le Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques. Cette cible nous requerrait une diminution de la quantité d'énergie de l'ordre de 14 % par rapport à la consommation de 2003. Et c'est une cible que nous avons non seulement déjà atteinte, mais même dépassée. Donc, ce sont des économies substantielles qui ont pu être réinvesties dans le système de santé et de services sociaux. C'est donc à nos yeux un bel exemple de développement durable.

Donc, comme ça a été mentionné tantôt, la démarche a démarré véritablement avec l'adoption de la loi en 2006, de la stratégie gouvernementale en 2007, et donc le dépôt et l'adoption du plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux en mars 2009.

Dans ce premier plan d'action, le ministère a choisi de se centrer évidemment sur sa propre organisation mais déjà de travailler dans une perspective de rayonnement pour l'ensemble des établissements du réseau. Même s'ils

ne sont pas, à ce moment-ci, assujettis comme tels à la loi et à l'obligation de plan d'action à leur niveau, nous avons déjà intégré cette préoccupation de sensibiliser notre réseau et de les mobiliser autour de notre stratégie. Donc, nous avons à cet égard formé un comité de travail ministériel et nous avons adopté un premier document d'orientation en 2008. Le plan d'action a été élaboré de concert avec les différentes directions générales du ministère et il comprend 16 actions. C'est un document dont j'ai copie ici.

Il y a cinq actions qui sont davantage à portée interne au sein du ministère. Je les parcours rapidement, si vous me permettez simplement de les retracer. Donc, un premier objectif que nous avons, c'est de sensibiliser notre propre personnel, donc de faire connaître au sein du ministère la Loi sur le développement durable, la nature et la portée des 16 principes et la stratégie gouvernementale. Pour cela, notre action consiste à mettre en oeuvre des activités qui contribuent à la sensibilisation et à la formation des personnels dans le ministère. L'ensemble des personnes qui travaillent au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux seront rejointes par une stratégie de sensibilisation au cours des prochains mois.

Nous avons également placé au coeur, je dirais, de notre plan d'action la démarche que nous avons amorcée pour faire du ministère une organisation certifiée Entreprise en santé. Entreprise en santé, c'est une nouvelle norme édictée par le Bureau de normalisation du Québec. C'est, à notre connaissance, une première mondiale. Le Québec serait la première juridiction au monde à encadrer la possibilité pour des entreprises d'être reconnues comme des entreprises en santé, avec une démarche très bien encadrée. Au même titre qu'on a une accréditation ISO, bien, ici, au Québec, on a maintenant la possibilité d'avoir une accréditation, donnée par le Bureau de normalisation du Québec, pour être reconnue Entreprise en santé. Bien sûr, nous voulions être parmi les premières organisations à être une Entreprise en santé en tant que ministère. Nous sommes dans cette démarche. Et l'accréditation va être déterminée, la réponse va nous être accordée dans les tout prochains jours, si ce n'est pas déjà rendu disponible, mais ça s'en vient...

Une voix: ...

M. Lalumière (Denis): On me dit que c'est demain que la réponse est attendue. Alors, vous surveillerez les journaux, peut-être qu'on pourrait en reparler. Il y a également des établissements du réseau qui sont dans cette première cohorte d'organisations qui expérimentent la démarche et la norme Entreprise en santé.

Un autre volet peut-être qui peut vous intéresser, c'est la préoccupation que nous avons pour faciliter l'adoption par notre personnel, nos professionnels, nos fonctionnaires, nos gestionnaires, de saines habitudes alimentaires. On pense que c'est très important que, comme organisation, comme employeur, nous puissions jouer un rôle actif dans la promotion et dans la mise à disposition, pour notre personnel, d'une offre alimentaire équilibrée qui permet aux gens, donc, de prendre soin de leur santé sur les mêmes... sur les lieux mêmes du travail. Donc, on pourra en parler plus en détail. Il y a toute une approche, par exemple, pour améliorer les menus qui sont rendus disponibles dans les lieux de travail. Il y a également des installations physiques qui permettent aux gens de faire du sport sur l'heure du dîner, de venir travailler à vélo. C'est

des choses que nous avons ajoutées beaucoup au cours des dernières années.

Nous avons aussi comme intention, dans ce plan d'action, d'outiller les gestionnaires de terrain de l'ensemble des établissements du réseau par rapport à leurs responsabilités. Je le mentionnais tantôt, nous avons plus de 1 700 installations physiques. Dans certains cas, ce sont des immeubles de taille très imposante, vous le savez. Et donc la façon dont sont gérés ces immeubles-là, que ce soit sur le plan de la gestion de l'énergie, la gestion des matières résiduelles, l'entretien des terrains, l'utilisation ou pas de pesticides, par exemple, à l'extérieur des édifices, bien, ça peut avoir évidemment des impacts écologiques importants. Et nous voulons que nos gestionnaires dans le réseau soient des citoyens, je dirais, exemplaires en matière de développement durable. Et, pour cela, bien, nous avons des stratégies pour les sensibiliser et les outiller dans ce sens-là.

Je viens de mentionner la question des matières résiduelles. Évidemment, quand on gère un réseau de la taille du nôtre, on produit, qu'on le veuille ou pas, une quantité importante de matières résiduelles. Il est extrêmement important qu'à tous les niveaux du réseau nos gestionnaires, nos professionnels, nos intervenants soient sensibilisés à l'importance de gérer ces matières-là de façon très responsable, d'assurer, par exemple, le recyclage bien sûr de toutes les matières qui peuvent l'être, une disposition sécuritaire également de l'ensemble des produits de nos activités.

● (16 heures) ●

Nous avons également un objectif plus précis sur le retraitement des dispositifs médicaux et sur la valorisation des aides techniques. C'est un petit exemple, mais vous voyez un peu l'esprit qui anime toute notre démarche. Quand nous fournissons à une personne en besoin une aide technique, un fauteuil ou une prothèse, il peut arriver que cette prothèse-là ait besoin d'être remplacée, ait besoin d'être changée. On peut en disposer comme un rebut, mais on peut aussi voir dans cette aide technique quelque chose qui peut être reconditionné, qui peut être réutilisé pour d'autres besoins à l'ensemble du réseau, et nous avons un projet très important avec tous nos établissements du secteur de la déficience physique pour accroître la valorisation des aides techniques dans le cadre, là, du programme de suppléance à la déficience physique.

J'aimerais donner également un autre exemple, là, très concret qui illustre encore une fois la démarche. Nous sommes en processus avec, encore une fois, le Bureau de normalisation du Québec pour revoir une norme qui s'applique à l'achat des ambulances au Québec. On a parlé beaucoup des services ambulanciers depuis le début de l'étude des crédits. Bien, ce que nous voulons faire, c'est de trouver... il y a une technologie qui a été inventée, si vous voulez, ici, au Québec, encore une fois possiblement une première mondiale, peut-être, qui permettrait d'installer dans les ambulances du Québec un système qui permet de garder l'intérieur de l'ambulance à une température adéquate sans que cela passe nécessairement par le moteur du véhicule. Donc, l'objectif, c'est un nouveau dispositif qui va permettre de limiter la marche au ralenti en période froide, qui évite, dans le fond, de polluer l'atmosphère avec un moteur qui tourne sans arrêt pour la seule raison qu'il faut garder l'intérieur de l'ambulance à une température adéquate si jamais, évidemment, on a besoin d'un transport.

Alors, un exemple, encore une fois, très concret qui pourrait modifier la façon dont les ambulances ici, au Québec, sont fabriquées et qui pourrait faire... puis avoir des retombées également, bien sûr, à l'extérieur du Québec.

Un autre exemple concret aussi: nous travaillons, et Dr Bureau a eu l'occasion de le mentionner dans une intervention précédente, tout le domaine de la télésanté. Alors, vous savez, le Québec, c'est un très, très vaste territoire. Alors, à chaque fois qu'on est capable de traiter à distance un besoin de consultation, un transfert d'images plutôt que d'avoir à transporter physiquement un patient, un usager ou un professionnel, bien, c'est autant de traces écologiques... d'impact écologique qui peut être évité. Et, dans ce sens-là, nous avons inscrit l'augmentation de notre offre de services en télésanté sur le territoire du Québec comme étant un élément important de notre plan d'action.

Le dernier élément que je mentionnerais aussi, c'est évidemment la prise en compte. Vous savez, le secteur de la santé et des services sociaux, soit pour des questions de rénovation ou de construction, nous sommes évidemment un acheteur important de biens et services dans le domaine immobilier. Nous sommes également un acheteur important pour un ensemble de biens et services, de technologies, d'appareils, etc. Et, dans ce sens-là, un volet important du plan d'action, c'est de s'assurer que, dans les processus de contractualisation, d'appel d'offres, par exemple, que nous allons lancer dorénavant, nous puissions inclure des critères d'écoresponsabilité, donc de préoccupation de développement durable, à l'intérieur de nos processus d'appel d'offres pour les contrats soit d'achat de biens et services ou encore de projets de construction.

Voilà donc peut-être un survol, si vous voulez, des principaux éléments du plan d'action ministériel 2009-2013 en développement durable.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. Lalumière. Il reste deux minutes, M. le député.

M. Chevarie: Oui. Ne quittez pas, j'ai deux questions complémentaires. Bon, on sait que, dans la stratégie gouvernementale, vous l'avez mentionné, le gouvernement invitait chacun des ministères à présenter le plan d'action. Vous avez élaboré passablement là-dessus. Ce que j'aimerais savoir: Est-ce que le porteur du dossier au ministère de la Santé et des Services sociaux, sur le plan d'action, est-ce que c'est la Direction de la santé publique? Et quels sont les principaux partenaires? Ça, ce serait ma première question.

Ma deuxième question: En ce qui concerne l'Entreprise en santé, la certification d'une Entreprise en santé dont le ministère vise l'obtention, c'est quel organisme qui accrédite les entreprises qui seront considérées comme telles, en santé?

Le Président (M. Kelley): M. Lalumière, dans un 90 secondes, s'il vous plaît.

M. Lalumière (Denis): Merci. Si vous permettez, je vais commencer par la deuxième question. C'est le Bureau de normalisation du Québec qui accorde l'accréditation, la reconnaissance d'Entreprise en santé. Et c'est eux qui vont le faire non seulement pour les organismes gouvernementaux, publics, parapublics, mais qui vont le faire également pour des entreprises privées. Alors, Bombardier, par exemple, pourrait très bien vouloir être

reconnue et faire toute la démarche nécessaire pour répondre aux critères pour être reconnue comme une Entreprise en santé et pouvoir inscrire ça, évidemment, sur la façade de son édifice.

Pour ce qui est du développement durable, le dossier est coordonné dans la direction générale dont je suis responsable. Donc, nous avons tous les liens nécessaires avec l'ensemble des directions générales du ministère. La Direction de la santé publique est un partenaire majeur. Je n'en ai pas parlé beaucoup, je ne voulais pas prendre trop de temps, mais j'aurais pu vous parler beaucoup de toute la démarche sur les Communautés en santé, par exemple, où il y a un plan d'action très étroit par la Direction de santé publique avec l'Institut national de santé publique, un partenaire très important par rapport à ce volet-là. Ça vous va?

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. Lalumière, vous risquez d'être nommé témoin du mois avec vos multiples présences devant la Commission de la santé et services sociaux. Merci beaucoup. M. le député de Mercier, pour un bloc de 15 minutes.

Intégration des médecins étrangers (suite)

M. Khadir: Merci beaucoup, M. le Président. Salutations à mes collègues.

M. le ministre, vous êtes, je pense, préoccupé... C'est dans ce... O.K., je suis mal assis, je crois. J'imagine que vous êtes tout aussi préoccupé que nombre d'entre nous sur le fait que 2 millions de Québécois environ n'ont pas accès à des médecins de famille, des médecins en première ligne. En plus, j'imagine que vous avez été adéquatement alerté à la fois par, bon, ce qui part d'un principe, je dirais, louable de financer un organisme qui oeuvre dans le domaine de la santé mais qui ne trouve pas mieux que d'organiser une loterie pour avoir accès à des médecins de famille, pour attirer les gens à la participation au financement. Ensuite, une entreprise qui s'approche... MedSync, qui s'approche plus du télémarketing, qui fait de la sollicitation téléphonique auprès des citoyens du Québec pour leur offrir l'accès à un médecin de famille moyennant l'achat au coût d'à peu près 500 \$, donc un demi-millier de dollars, d'une série de tests. Vous avez sans doute été avisé de cette pratique, pratique qui, il y a quelques années, avait fait jour lorsque M. Philippe Bolduc occupait votre rôle, et il s'était empressé de mettre un terme à cette pratique de la part d'une entreprise dont j'oublie le nom et la localité géographique.

Mais tout ça témoigne d'un problème réel au Québec qui est dû au sous-financement du système de santé. Je le reconnais avant que vous imputiez toutes les fautes au Parti québécois, qui était au gouvernement et qui était à la mise à la retraite aussi de nombre de médecins, le sous-financement qui a débuté avec un gouvernement du Parti québécois, mais ça fait quand même 10 ans. Vous êtes... Le Parti libéral est au pouvoir depuis sept ans. Il y a un nombre incalculable de correctifs qui auraient pu être apportés de manière énergique en augmentant de manière plus importante le nombre de médecins, le nombre de candidats admis dans les facultés de médecine. Je pense que ce n'est qu'il y a deux ans que la Faculté de médecine de l'Université Laval a obtenu le financement pour remplir à pleine capacité ses bancs à la Faculté de médecine de

l'Université Laval. Vous pouvez me corriger, mais en tout cas ça a pris bien longtemps avant que les facultés soient mises à contribution, et les facultés ne pouvaient pas être mises à contribution parce qu'elles n'avaient pas le financement adéquat.

Pire encore: alors qu'il y a à peu près 2 000 médecins diplômés à l'étranger qui vivent au Québec, au minimum, et nombre d'entre eux ont réussi à passer tous les examens... J'ai encore le témoignage de l'un d'entre eux qui m'a été envoyé, un certain Léo Galilée, je ne sais pas si c'est le bon nom, mais bref qui témoigne de nombreux cas de médecins qui ont passé soit les deux examens du collège soit les trois examens du collège, du Licensing Board du Canada, qui ont donc obtenu leur équivalence, qui ont passé le test du français mais qui se sont vu refuser des postes pourtant laissés vacants par les facultés de médecine. Et qu'on réponde les facultés de médecine et le président du CREPUQ, M. Réjean Hébert? C'est qu'il n'y a pas de financement adéquat.

Alors, devant une situation qui est intolérable depuis longtemps, devant ce qui est de toute évidence, à mon avis, une forme d'utilisation abusive de la situation par certaines entreprises, entre guillemets, médicales qui offrent des services payés, hein — les analyses annoncées par MedSync et que les patients sont appelés à payer pour 500 \$ sont pourtant des analyses couvertes par le régime d'assurance maladie — donc devant les abus possibles en raison de cette insécurité que vivent une partie de la population qui n'ont pas accès à un médecin de famille, et surtout sachant que le gouvernement fédéral a octroyé à peu près 100 millions de dollars entre 2006 et 2009, si je ne me trompe pas — corrigez-moi si je me trompe sur les dates — et que, lorsque j'ai posé la question à la ministre de l'Éducation dans l'étude des crédits, cette semaine, elle a dit que ça avait été affecté à différents autres ministères pour justement des programmes d'intégration, et sachant que l'Institut de recherche en politiques publiques dit justement que les auteurs font ressortir dans une analyse de l'intégration des immigrants sur le marché du travail de Montréal, dans les points saillants de leur étude... c'est que c'est le constat du «manque de financement généralisé des programmes d'intégration», on note d'ailleurs le manque de «70 millions de dollars de moins dans le budget du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles que le montant total du transfert fédéral dédié à l'immigration au Québec», et qui recommande l'accroissement du financement de la politique d'intégration pour augmenter les initiatives efficaces, je voudrais savoir: Qu'est-ce qu'on peut faire collectivement? Qu'est-ce que le ministre entend faire en termes budgétaires dans son ministère pour pouvoir permettre que le Québec bénéficie de la disponibilité de 2 000 médecins diplômés hors Québec, avec plusieurs centaines d'entre eux dûment qualifiés, qui ont passé les examens, qui n'ont besoin que d'un poste en résidence pour pouvoir se mettre au service du peuple du Québec?

● (16 h 10) ●

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

M. Bolduc: Bon. Dans un premier temps, il y a peut-être quelques points à clarifier. Quand on parle de ce que vous avez dit, de MedSync, la compagnie qui chargeait 499 \$ pour passer des tests, puis ça donnait accès à un médecin de famille, sans aller plus loin, il y a une investigation qui est faite par la RAMQ. Et je surveille

de façon très rigoureuse, là, ce type de comportement de certaines cliniques qui souvent, par en arrière, font ce qu'on n'autorise pas par en avant. Et puis c'est un dossier qui me préoccupe, je tiens à le dire, comme d'ailleurs le dossier qu'on parlait hier, les médecins qui se désassurent, des médecins qui parfois utilisent des subterfuges pour réussir à charger aux patients. Ce sont tous des dossiers qui me préoccupent et ce sont des dossiers qui sont surveillés par la RAMQ. Pour moi, c'est très clair.

Bon, en ce qu'il s'agit des différentes problématiques, vous parlez beaucoup de sous-financement, mais je vais vous repositionner chacun des dossiers, puis, vous allez voir, ce n'est pas nécessairement une question de sous-financement comme il faut développer des capacités de pouvoir répondre aux différentes demandes.

Votre parti comme vous-même, vous avez reconnu, puis on ne fera pas un long laïus là-dessus, les coupures dans le réseau de la santé — moi, je les ai connues comme médecin et comme gestionnaire sous le Parti québécois — font que, lorsque le Parti libéral a pris le pouvoir, en 2003, on a réinjecté environ 11 milliards de dollars depuis ce temps. Donc, il y a eu une réinjection marquée, et d'ailleurs c'est ce qui fait dire aux gens: La croissance des dépenses en santé... sont tellement fortes. Il faut expliquer ça une fois pour toutes: elles sont fortes tout simplement parce qu'on a récupéré des coupures du passé. On a fait une mise à jour, puis je vous dirais qu'actuellement le financement du réseau est adéquat. La preuve: l'AQESSS a fait mention que le réseau était suffisamment financé, à condition qu'on continue à fournir une augmentation pour les dépenses. Et ils étaient très satisfaits de la garantie du budget d'avoir des dépenses augmentées de 5 % au cours des trois prochaines années. Donc, en termes de revenus pour couvrir les dépenses, je vous dirais qu'on est relativement bien... bien équipés.

Quand on parle des médecins, au niveau des médecins de famille, vous avez dit: Il y a une grande pénurie de médecins de famille. Comme de fait, c'est reconnu, mais on a pris des mesures très importantes, dont, entre autres, l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, qui actuellement nous donne une augmentation des résidents en médecine. Pourquoi ça n'a pas été plus vite? C'est tout simplement les facultés qui nous disaient qu'ils ne pouvaient pas en former plus parce qu'il fallait développer la capacité de formation, dont, entre autres, au niveau des unités de médecine de famille. Et regardez, depuis 2003, le nombre impressionnant d'unités de médecine de famille qui ont été annoncées au Québec, et on en annonce encore. Donc, il fallait d'abord développer la capacité. Et puis actuellement, pour vous donner un ordre de grandeur, on est rendu à 835 étudiants en médecine, ce qui est très, très marqué.

Également, j'aimerais apporter un correctif. Quand vous dites qu'il n'y avait pas d'argent pour envoyer les médecins qui ont passé leurs examens dans les facultés de médecine, je peux vous dire, pour avoir été au cœur de ça, c'était plus que même le ministère et le ministre... Entre autres, Philippe Couillard forçait pratiquement les facultés à prendre ces étudiants-là, parce qu'eux autres ils disaient qu'ils n'avaient pas la capacité de les prendre et qu'ils avaient plus ou moins d'intérêt à les prendre parce qu'ils n'étaient pas sûrs que, quand ils rentreraient au niveau du poste en résidence, ils seraient capables de finir la résidence, parce que ce n'est pas parce qu'on a passé l'examen que nécessairement le stage va se conclure de façon positive.

Depuis ce temps, on a eu le rapport Échavé, que je pense que vous avez lu puis que vous avez salué, et le rapport Échavé nous demande de changer nos méthodes de faire. Entre autres, oui, il y a plusieurs médecins, il y a plusieurs personnes qui ont des diplômes de médecine de différents pays, mais là-dedans il y a plusieurs catégories.

La première catégorie, c'est celle que ces gens-là peuvent pratiquer pratiquement demain matin. Ça leur prend juste une évaluation, possiblement un petit stage d'appoint puis qui n'est peut-être pas même nécessaire, et ils peuvent rentrer dans le réseau puis rentrer au niveau des résidences.

Il y a une deuxième catégorie, qui ont besoin d'une évaluation mais également d'un stage beaucoup plus long, que, si on leur donnait leur stage plus long, à ce moment-là, ils pourraient rentrer dans le réseau de la santé puis offrir des services aux Québécois.

Et il y a une troisième catégorie, et ce sont des gens qui ont eu des formations qui étaient différentes dans... C'est parce que ça, vous pouvez... vous devez... vous le reconnaîtrez certainement, il y a des pays que les formations en médecine sont différentes d'ici. Puis également ce n'est pas vrai qu'on est partout au monde formé de la même façon. Puis, au Québec, en Amérique du Nord, on a quand même des standards importants. Et il y a des catégories de gens, puis il y en a là-dedans aussi qui n'ont pas pratiqué depuis 10, 15 ou 20 ans qu'ils sont au Québec, qui ne pourront jamais pratiquer la médecine. Et ça, l'évaluation va le déterminer. Et ces gens-là, on veut leur offrir la possibilité d'avoir une formation dans un autre programme des sciences de la santé, de façon à ce qu'on puisse utiliser leurs compétences au service du réseau de la santé du Québec.

Donc, la problématique qu'il y avait avant, c'est que ces gens-là avaient de la difficulté à être évalués. Avec le nouveau programme qu'on a mis en place et qu'on a annoncé il y a quelques mois au St. Mary's, auquel va participer également l'Hôpital de Verdun, ça va nous permettre de faire des évaluations beaucoup plus rapides. Il y a des stages qui sont prévus pour ces gens-là, pour ceux qui en ont besoin, et également on a réservé des postes en résidence pour ces gens-là. Et ce que les facultés nous disaient, c'était... Parce qu'il y avait des postes disponibles. La seule difficulté qu'ils avaient: ils n'étaient pas assurés que ces gens-là seraient capables de faire de la résidence parce qu'ils n'avaient pas eu d'évaluation auparavant, ce que le rapport Échavé vient corriger. Et on partage le même objectif: toute personne qui est au Québec, qui a les compétences pour pratiquer au Québec, il faut qu'on s'organise pour que, le plus rapidement, ils puissent rentrer dans notre système de santé. Mais, pour ça, ça nous prend une méthode rigoureuse d'évaluation pour s'assurer également que la personne a les compétences nécessaires pour pratiquer au Québec. Et ça, je sais que le député de Mercier, qui est médecin lui-même, le reconnaît.

Le Président (M. Kelley): Il reste trois minutes, M. le député.

M. Khadir: M. le ministre, je ne voudrais pas tourner le fer dans la plaie, mais, s'il fallait, par exemple, que, parce qu'il y a quelques exemples d'entreprises qui font... qui ne sont pas à la hauteur des attentes sur le plan fiscal, qui font défaut à la tâche sur le plan fiscal, environnemental, par exemple des entreprises minières, puis qu'on ferme toutes les mines du Québec, bien, on aurait des

problèmes. Si, parce que quelques garderies ne sont pas à la hauteur des attentes, on les ferme, c'est... Bon. Là, vous êtes en train de dire: Parce que les facultés ont constaté qu'il y a quelques médecins qui ne peuvent pas, au bout des deux ans de résidence, vraiment être prêts à fonctionner dans le réseau québécois, on laisse vacants des dizaines de postes de médecine, là. En 2007, c'était... J'ai les chiffres ici. En 2007, c'étaient 87 postes; en 2008, 73; puis en 2009, c'étaient 94 postes laissés vacants. D'accord?

Moi, quand j'ai parlé au Dr Réjean Hébert, président du CREPUQ d'alors — et ça, c'est il y a un an et demi ou deux ans — pour demander les raisons, il me disait, et je le cite: C'est parce qu'il faut deux mois de plus en moyenne, selon leur estimation. Mais deux mois de plus, c'est une demande de financement supplémentaire. En fait, ils ne sont pas capables d'être à la... suffire à la tâche, étant donné un financement qui leur manque.

Alors, qui dit vrai là-dedans? S'il y a une volonté qui est absente, si c'est... il y a un blocage qui existe pour d'autres raisons à l'intérieur de nos facultés, notamment pour des raisons syndicales, pour avoir un levier pour négocier de meilleures conditions salariales pour les médecins, bien là c'est une grave injustice pour les Québécois et pour les médecins étrangers qu'on bloque leur entrée juste pour accentuer le phénomène de pénurie de médecins. Si ce n'est pas ça, si c'est juste une question de financement, comme le dit le Dr Réjean Hébert, bien, alors qu'on allonge ce qu'il faut. Il y a de l'argent. Et la question précise, c'est ça exactement: Quel est le budget prévu? Et ma question, c'est pour, oui, bien sûr, les médecins, mais aussi les autres professionnels. On peut penser aux pharmaciens, aux infirmières. Il y a plusieurs diplômés de l'étranger, des immigrants qui ont peine à faire reconnaître leurs diplômes. Et il y a des budgets fédéraux. Qu'est-ce que vous allouez comme budget à ça?

● (16 h 20) ●

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

M. Bolduc: Pour répondre à votre question, je peux vous dire que, moi, ce que j'ai su, c'est que l'ancien ministre, Philippe Couillard, devait pratiquement forcer certaines facultés à prendre des résidents parce qu'ils n'en voulaient pas. Donc, ce n'était pas une question de financement, c'était vraiment une question de volonté, puis il y avait des raisons à ça.

Ce qui est important maintenant, ce qui est important: avec le rapport Échavé, qui avait été demandé par le Dr Philippe Couillard, on va... on a corrigé la situation. Ce n'est pas «on va corriger», on a corrigé la situation, parce que, là, on a mis en place une nouvelle façon de procéder qui va faire que ces gens-là vont pouvoir être évalués.

On prévoit des stages pour réussir à faire une mise à niveau de leurs connaissances et par la suite leur permettre de faire des résidences dans notre réseau de la santé pour qu'ils puissent pratiquer.

Donc, ce que vous avez comme information, il y a eu un an depuis ce temps-là, j'ai eu l'occasion d'annoncer les recommandations qui sont suivies dans le rapport Échavé, ce qui fait que maintenant on a quelque chose de beaucoup plus structurant. Et l'association des médecins représentant... l'association des médecins qui représente ce groupe-là nous dit qu'ils sont satisfaits de ce que nous avons mis en place. Et, pour ce qu'il s'agit des montants, des montants disponibles, on pourrait vous les rendre

disponibles, là. Mais je vous dirais qu'actuellement on a changé la façon de faire, qui va faire que ça va être beaucoup plus efficace.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup.

M. Khadir: Oui, mais donc il n'y a personne pour nous donner le montant ici, dans toutes ces personnes...

Le Président (M. Kelley): Non, mais, M. le député, malheureusement ça met fin à ce bloc. Alors, si j'ai bien compris, il y a un engagement du ministre, s'il y a des chiffres disponibles, de vous transmettre ça à la secrétaire de la commission.

M. Bolduc: On ne les a pas ici, mais ce qu'il y a comme données disponibles, on pourra les rendre disponibles au député de Mercier. Puis je pense qu'il devrait être satisfait sur l'évolution du dossier.

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

M. Khadir: ...immigrants, l'intégration professionnelle m'apparaît une question suffisamment importante qu'avec tous les collègues que dispose le ministre ici aujourd'hui avec lui il devrait y avoir quelqu'un qui aurait suffisamment de compétence pour nous répondre, pour donner la réponse immédiatement, parce que le public attend qu'on puisse avoir une idée de budget. Quelle est l'importance de l'intégration des immigrants?

Le Président (M. Kelley): Votre bloc est terminé. Le ministre a pris un engagement de fournir aux membres de la commission réponse à votre question. Alors, on va passer au prochain bloc. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

Promotion de saines habitudes de vie et prévention de l'obésité

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Ma question va porter sur les saines habitudes de vie, promotion, prévention, mais avant ça j'aimerais apporter un commentaire au député de Mercier. Quand il mentionne par rapport aux médecins étrangers, c'est... on ne peut pas se comparer avec les mines. Et c'est la santé des gens qui est en cause, et on ne peut pas baisser nos standards pour facilement faire entrer des personnes qui pourraient ne pas être compétentes et assurer les soins de santé.

Maintenant, j'y vais avec ma question sur la promotion, prévention. Alors, on sait que notre système de santé, c'est composé d'un réseau d'établissements, de services, de soins. Évidemment, c'est un réseau majeur au Québec qui fait partie de l'État québécois. Et, à l'intérieur de tout ça, on a différentes approches d'intervention auprès des individus, auprès des groupes, auprès de nos communautés.

Et, pour illustrer mon propos, je prends l'exemple de la pyramide. Complètement en haut de la pyramide, on a les soins surspécialisés, entre autres la microchirurgie, neurologie, ainsi de suite, les soins... vraiment des soins spécialisés, et des soins liés à l'hospitalisation, les soins intensifs, les urgences un peu plus bas dans la pyramide, les services de première ligne ou les soins de première

ligne, particulièrement dans les établissements CLSC. Donc, tout ce bloc-là que je viens de parler, c'est un peu un ensemble de services pour traiter la maladie à partir du diagnostic, le traitement, la réadaptation, les soins palliatifs, particulièrement pour les personnes en fin de vie.

Mais notre système de santé, on a aussi deux composantes importantes qui comportent la promotion de la santé et la prévention également. Alors, la promotion, c'est beaucoup plus large, ça vise particulièrement les déterminants de la santé. Et tantôt, au bloc précédent, on a abordé le thème de l'environnement. Alors, ça fait partie de nos interventions; l'environnement est un secteur visé dans les déterminants de la santé. Les saines habitudes de vie, les facteurs sociaux, l'exercice, l'alimentation, tout ça, font partie des cibles qu'on peut viser en termes de promotion.

Et on a également la prévention, qui est une autre approche et, là, qui va de façon un peu plus pointue. Alors, nos interventions en prévention sont concentrées sur les facteurs de risque, bon: l'excès de poids, l'hypertension, le cholestérol, ainsi de suite.

Et, avec la création de notre réseau, suite aux résultats de la réorganisation majeure de notre système de santé en 2003-2004, on a les CSSS qui sont très importants dans nos différentes régions, nos différentes communautés. C'est un établissement avec une mission unique mais avec une combinaison de différentes approches pour s'assurer vraiment d'un véritable réseau de services intégrés. Et un de ses principaux mandats, à ce CSSS, c'est de bien connaître l'état de santé de sa population sur son territoire, et de coordonner un peu les services qui sont offerts pour répondre aux besoins de cette population-là, et de mettre en place une véritable stratégie ou un véritable réseau de services intégrés basé sur la promotion, la prévention, les services de première ligne et les services spécialisés, en y incluant, bien entendu, M. le Président, tout le réseau communautaire et le réseau de l'éducation, le réseau municipal.

Alors, ma question, qui s'adresse à M. le ministre, c'est que notre gouvernement a dévoilé son plan d'action sur la promotion de saines habitudes de vie, en octobre 2006, et également sur la prévention des problèmes reliés au poids. Alors, j'aimerais ça que M. le ministre puisse nous parler des principales réalisations de ce plan d'action là.

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

M. Bolduc: Merci, M. le député des Îles. Puis je voudrais faire une mention aujourd'hui. Vous savez que c'est la journée de l'activité sportive et de l'activité en général, et puis ce midi on a eu l'occasion de lancer la journée au PEPS. Il y avait à peu près, je dirais, entre 400 et 500 personnes qui faisaient de l'activité physique. C'était diffusé à RDS. Et je peux vous dire que, s'il y a un type d'activité avec lequel j'aime participer, c'est bien des activités de promotion des saines habitudes de vie.

Notre avenir au Québec réside dans un bon programme de promotion des saines habitudes de vie et de prévention de la maladie, entre autres la prévention de l'obésité, qui, vous savez, est un problème endémique dans notre société. Et, quand on parle de la promotion des saines habitudes de vie, on parle de ne pas fumer, faire de l'exercice au moins 30 minutes par jour. Et le message que j'ai passé au groupe qui était présent, c'est que chaque Québécois, chaque Québécoise devrait faire un grand effort pour

faire 30 minutes d'exercice par jour. Puis, quand on parle de faire 30 minutes d'exercice par jour, l'exercice, ça peut être du jardinage, ça peut être de la bicyclette, ça peut être de la marche. Chacun peut y aller à son rythme.

Puis un message que je leur ai passé également, c'est que les parents doivent être des modèles pour leurs enfants, et les enfants doivent suivre l'exemple des parents. Et c'est comme ça qu'au niveau de notre société on va réussir à avoir un changement de culture où on va tous s'obliger, à un moment donné, à faire de l'activité physique. Et là j'insiste: pas juste faire du sport. Il y a d'autres types d'activités. Je vous parlais tantôt du jardinage, c'est une activité que toute personne qui en a fait souvent va se rendre compte que c'est très difficile physiquement puis que, le soir, elle va se coucher, elle va avoir des courbatures. Mais je pense que c'est important surtout qu'on ait cette culture des habitudes, et notre ministère est très engagé.

Une autre activité à laquelle je vais participer au cours des prochaines semaines, c'est le Défi Pierre-Lavoie. Et là-dessus je voudrais peut-être rendre hommage à Pierre Lavoie, parce que, s'il y en a un qui est un modèle pour nos jeunes puis pour la société en général, bien, c'est Pierre Lavoie, là, qui fait la promotion des saines habitudes de vie. Puis au début ça a commencé par l'exercice. Présentement, il fait également la promotion de l'alimentation, parce qu'il ne faut pas travailler en silo, hein, il faut faire les deux. Il faut bien s'alimenter, il faut faire de l'exercice.

Et j'insiste encore: le plus gros problème qu'on a dans notre société, c'est le tabagisme. Il faut vraiment s'attaquer au tabagisme. On est à un taux, actuellement, de 19 %, par rapport à 22 % l'année dernière, mais c'est un taux qui peut diminuer encore puis atteindre des niveaux comme celui de la Colombie-Britannique, autour de 14 %, 15 %.

● (16 h 30) ●

Vous avez parlé du programme. C'est un programme qui a été lancé en 2006. C'est le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Le programme est intitulé Investir pour l'avenir et comporte 75 actions réparties en cinq axes et implique huit ministères et trois organismes gouvernementaux. Au 31 mars 2009, il y a 24 % des actions qui étaient totalement mises en oeuvre et 35 % en cours de mise en oeuvre, ce qui représente près de 60 % des actions. Et puis, comme je vous mentionnais, c'est un plan qui s'étend jusqu'en 2012, dont on devrait être capables de réaliser les objectifs.

Également, il y a un fonctionnement interministériel qui se poursuit puis qui s'avère très approprié. Parce qu'on croit que le ministère de la Santé doit travailler avec les autres ministères. Un exemple, on va travailler avec l'Environnement pour les parcs, on va travailler avec le ministère du Travail pour certaines activités. Ce n'est pas... les promotions des saines habitudes de vie, ça ne doit pas être seulement dédié au ministère de la Santé, c'est à tous les ministères, y compris ici, au Parlement, qu'on doit en faire la promotion. En 2008-2009, un projet d'évaluation d'envergure a été développé et un financement de 1 million de dollars sur quatre ans a été alloué au ministère.

Maintenant, j'aimerais vous parler des axes. L'axe un, c'est l'environnement favorable à l'adoption de saines habitudes alimentaires. On a le Cadre de référence

en alimentation à l'intention des établissements du réseau de la santé, qui a été rendu public en juillet dernier; on a le programme Fruits et légumes en vedette réalisé en collaboration avec le MAPAQ; et on a également la mise en oeuvre de la politique-cadre Pour un virage santé à l'école, qui se poursuit dans toutes les écoles primaires, secondaires privées et publiques du Québec, par le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport.

L'axe deux, c'est l'environnement favorable à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif. Puis là-dessus, j'aimerais insister: si on veut que nos gens fassent de l'exercice, il faut qu'on leur offre l'environnement qui le permette. Ça, ça veut dire des pistes cyclables, ça veut dire, dans nos villes, lorsqu'on fait des rénovations, qu'on fait du réaménagement, penser à des parcs, avoir des trottoirs puis, si possible, encore là, des pistes cyclables pour pouvoir circuler en ville. Les études ont démontré qu'au niveau des déterminants de la santé le fait d'avoir un environnement qui nous permet de faire de l'activité physique encourage les gens à faire de l'activité physique. Également, lorsque les trottoirs sont facilement marchables, bien, les gens ont tendance à plus les utiliser.

Donc, au niveau de l'environnement favorable à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif, c'est le ministère des Transports et ses collaborateurs qui ont lancé le guide technique à l'intention des municipalités afin de favoriser des déplacements actifs et sécuritaires vers l'école primaire.

L'axe trois, c'est les normes sociales favorables. C'est un plan de communication orienté sur la sensibilisation des décideurs à l'importance de créer des environnements favorables à l'adoption des saines habitudes de vie, et qui est en cours de réalisation.

L'axe quatre, c'est le service aux personnes aux prises avec un problème de poids. C'est le déploiement du programme Choisir de maigrir?, un programme de saine gestion du poids qui se poursuit dans le réseau des CSSS via une offre de formation gratuite. On a également un avis qui a été réalisé par l'AETMIS et celui-ci est en cours sur les bénéfices et les risques du jeûne modifié pour maigrir. Une synthèse des connaissances aussi réalisée par l'AETMIS est attendue sur le traitement de l'obésité des enfants et un programme anglais prometteur qui pourrait être exprimé.

Quand on parle d'obésité, également j'aimerais souligner que, l'année dernière, on a lancé un programme qui permet maintenant aux personnes qui sont des obèses très, très marqués, c'est-à-dire avec des indices de masse corporelle souvent supérieures à 35, d'avoir accès à la chirurgie pour l'obésité gratuitement. Vous savez, il y a une clientèle, il y a des gens qui sont obèses et ils auront beau suivre le régime qu'ils veulent, ils auront beau faire l'exercice qu'ils veulent, ils vont demeurer obèses, et ce sont des obèses avec des grands risques de santé. La littérature médicale reconnaît que le seul traitement pour ces gens, c'est la chirurgie. Et, l'année dernière, le Québec a rendu disponible cette chirurgie gratuitement, ce qui va permettre à des milliers d'obèses de pouvoir atteindre un poids qui se rapproche beaucoup plus du poids santé. Également, c'est un programme qui nous permet de garder ces gens en meilleure santé. Et inutile de vous dire que, lorsque vous avez un poids énorme, ça a beaucoup d'implications au niveau du diabète, au niveau de l'hypertension artérielle, et c'est également des risques de mort précoce.

L'axe cinq, c'est la recherche et le transfert des connaissances. Il y a eu un appel d'offres de recherche qui a été lancé en avril 2009 par le fonds de recherche sur la société et la culture sur les facteurs sociaux, culturels et environnementaux pour prévenir l'apparition des problèmes de poids. Ce programme de recherche est financé par le FQRSC, le Fonds de la recherche en santé du Québec, le Centre de recherche en prévention de l'obésité et le ministère.

Pour terminer, je pense que je vais faire un message qui est plus un message de médecin. C'est important que chaque Québécois prenne conscience de l'importance des saines habitudes de vie et c'est la responsabilité de chaque Québécois de les pratiquer. Quand on parle des saines habitudes de vie, on parle... c'est de ne pas fumer; faire de l'exercice 30 minutes par jour à chaque jour; c'est également, au niveau de l'alimentation, d'avoir une alimentation saine, dont, entre autres, les cinq fruits et légumes à chaque jour.

Et puis je rajouterai un autre élément maintenant qui est important — et c'est dans le Défi Zéro 5/30 Équilibre — c'est d'avoir également un équilibre au niveau de notre vie personnelle, c'est-à-dire au niveau du sommeil, au niveau du stress. Ça, je pense que, pour les députés, là, c'est important de le prendre en considération, puis je vois qu'il y en a qui se regardent avec des regards réprobateurs. Je pense que c'est important qu'au niveau du stress on fasse en sorte que, tous, nous en ayons moins. Ça fait que je compte sur l'opposition pour me faire moins de stress au cours des prochains mois. Et puis également, je pense, c'est également toute la question de la conciliation vie-travail-famille qui, pour moi, est un enjeu majeur, parce que je pense qu'il faut avoir un équilibre dans notre vie.

Là-dessus, M. le Président, je remercie le député de m'avoir permis d'avoir fait le point sur un thème qui m'est très cher, la promotion, la prévention au niveau de la santé.

M. Chevarie: Merci, M. le ministre, et bravo à toute l'équipe, à toute votre équipe et au réseau de la santé pour cet enlignement et cette approche-là en promotion et prévention. Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le député. Ça me semble comme une recette contre la semaine d'étude des crédits, mais ça, c'est une autre... Parce que ce n'est pas nécessairement la semaine d'étude des crédits qui est la meilleure pour la promotion des saines habitudes de vie.

Une voix: Non.

Le Président (M. Kelley): Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup. M. le Président, je croyais que le ministre allait nous dire de manger une pomme à chaque jour et puis que ça allait régler le problème, mais il faut croire qu'il faut faire un peu plus que ça.

Plans d'effectifs médicaux (suite)

Je vais vous parler... Je vais parler maintenant des unités de médecine familiale, puisque, M. le Président, on entend beaucoup parler du fait qu'il y a peu d'étudiants...

il y a plus d'étudiants qui se dirigent vers les spécialités par rapport à la médecine familiale, et il y a beaucoup de gens au Québec, des citoyens qui n'ont pas de médecin de famille, et ça, bien, il faut mettre tout en oeuvre pour remédier à ces statistiques qui sont plutôt négatives.

En ce moment, puisqu'on met des choses en place, je peux vous parler de l'unité de médecine familiale de Gatineau, qui a fêté ses 20 ans l'année dernière, et, on le sait, les unités de médecine familiale, ça favorise le recrutement puis ça améliore l'accès à des services de santé dans les régions. Chez nous, en Outaouais, on a 20 à 22 places, 22 résidents, puis il y a une variété de spécialistes qui sont intéressés à l'enseignement. On parle depuis tout à l'heure, là, de l'intégration des médecins étrangers, mais ils doivent être accompagnés de nos médecins dans notre système, et ça, bien, en période de pénurie, ce n'est pas toujours évident de pouvoir prendre un médecin puis de le mettre dans une autre... plutôt en mode enseignement et encadrement qu'en mode soins de santé directs à la population.

On sait que ce sont des résidents. Pour le bénéfice des gens qui nous écoutent, on parle beaucoup... Le député de Mercier connaît beaucoup la médecine, notre ministre... Mais un médecin de famille, c'est un peu un spécialiste dans beaucoup de choses. Dans le cadre des UMF, là, ils ont des cours et des enseignements en médecine hospitalière, soins palliatifs, chirurgie, pédiatrie, urgence, obstétrique, médecine familiale, CLSC, psychologie, et j'en passe. Alors, c'est vraiment une formation qui est importante, et les résidents dans les UMF sont près de leurs patients et suivent leurs patients. Ils sont accompagnés des équipes multidisciplinaires.

Il y a quelques semaines, on a pu lire, dans les médias de l'Outaouais en tout cas, que les 10 places qui étaient disponibles à l'UMF ont été comblées par des résidents... des étudiants de Montréal, McGill, Ottawa, Sherbrooke, même d'Halifax. Il y a des étudiants de la Nouvelle-Écosse qui vont venir chez nous. Alors, je pense que c'est une bonne nouvelle, parce que, quand on entend parler juste du négatif dans le réseau de la santé puis des pénuries de main-d'oeuvre, puis, bon, l'exode, là, vers l'Ontario, ça ne donne pas toujours le goût aux étudiants de venir s'implanter dans une région. Mais, fort heureusement, les 10 places ont été sollicitées par 40 étudiants, il y a eu 32 entrevues, et puis, bon, elles sont toutes comblées. Alors, c'est une très, très bonne nouvelle.

Je sais qu'il ne reste pas beaucoup de temps. Je veux entendre, M. le Président, le ministre, à savoir: Qu'est-ce qui est fait ailleurs au Québec en matière de recrutement pour les jeunes médecins, puis surtout les unités de médecine familiale?

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

● (16 h 40) ●

M. Bolduc: Une des stratégies les plus rentables que le Québec a adoptées, c'est de développer la formation de la médecine en région, et vous avez des unités de médecine de famille dans presque toutes les régions périphériques, puis, un exemple, Val-d'Or, Rouyn-Noranda, Amos, il y a des unités de médecine de famille. Au Saguenay—Lac-Saint-Jean, il y a des unités de médecine de famille. Également, vous avez Baie-Comeau qui a des unités... une unité de médecine de famille. Et il y en a également au niveau de la Gaspésie. Et ce qu'on voit, ce

qu'on constate après plusieurs années, c'est qu'environ 50 % des gens qui sont formés en région vont demeurer en région.

Et, ici, je voudrais faire la remarque que, par rapport aux autres provinces, c'est une des stratégies qui nous différencient. Dans les autres provinces, les gens sont formés plus dans les grandes villes, et il n'y a pas de plans d'effectifs médicaux, ce qui fait que les médecins ont tendance à se consacrer dans les villes centrales, et les périphéries... Les régions périphériques sont vraiment en pénurie de médecins dans toutes les autres provinces. C'est différent au Québec. Quand vous regardez la répartition des effectifs médicaux sur l'ensemble du territoire, elle est relativement équitable.

Ce qui est intéressant également, c'est que, depuis 2004, on a mis en place plus d'unités de médecine de famille. On a eu les écoles de médecine qui ont été mises en place à Trois-Rivières et également à Saguenay, ce qui fait qu'actuellement notre cohorte de médecins de famille va en accroissement. Et ce qu'on voit actuellement, c'est qu'au cours des prochaines années il va y avoir un nombre plus important de médecins qui vont devenir disponibles, et, la médecine de famille, la pénurie devrait être partiellement comblée.

Si on a réussi, c'est parce que, depuis 2003, on a fait une planification du nombre d'admissions en médecine et également on a fait une planification à quel endroit qu'ils vont aller faire leurs stages de résidence, et ça leur permet de connaître la région. Et, comme je vous disais, le résultat le plus probant que nous avons, c'est qu'il y en a plus de 50 % qui demeurent dans la région. Quand je dis plus de 50 %, il y a des endroits où c'est 75 %, 80 %.

Et, la députée de Hull, en ce qui concerne la pénurie de médecins dans sa région, j'ai toujours dit que le meilleur outil de recrutement, c'est une unité de médecine familiale à proximité. Et, pour ça, c'est un grand succès, je pense, que nous avons obtenu au Québec, parce que, depuis 2003, ce fut quelque chose qui nous a intéressés, et on a pris les mesures nécessaires, avec le financement nécessaire, pour atteindre ces résultats-là. Merci beaucoup.

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à ce bloc. Alors, on va procéder maintenant à un prochain bloc de... pour l'opposition officielle, et je suis prêt à céder la parole à M. le député de Marie-Victorin.

Partenariat public-privé du réseau de la santé

M. Drainville: Merci, M. le Président. On va parler un petit peu du privé en santé. Il y a eu un cas à la clinique RocklandMD qui a attiré notre attention, M. le Président, et c'est le cas de cette dame qui a subi une chirurgie bariatrique, qui a payé 17 000 \$ pour cette chirurgie-là. Première question: Comment se fait-il qu'elle ait eu à payer 17 000 \$ pour une chirurgie qui est assurée par la RAMQ dans une clinique, RocklandMD, qui a une entente avec l'Hôpital Sacré-Coeur et donc au sein de laquelle clinique il ne peut y avoir que des médecins participants en vertu de la loi?

Et vous savez, M. le Président, que la loi est claire: si la personne est facturée pour un acte assuré, à ce moment-là, ça ne peut être pratiqué que par un médecin non participant. Et, comme l'entente RocklandMD est

avec Sacré-Coeur, il ne peut y avoir, à partir de ce moment-là, que des médecins participants à Sacré-Coeur. Or, cette dame-là s'est fait facturer 17 000 \$ pour une chirurgie bariatrique. Il y a un problème. Comment le ministre réagit-il à cette situation?

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

M. Bolduc: M. le Président, on a pris connaissance du cas dans les médias, et puis, à ce moment-ci, il y a une investigation qui a été entreprise par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour justement clarifier tout ce que le député de Marie-Victorin vient de décrire. Comme ministre de la Santé, j'ai également été préoccupé par cette situation, et nous allons attendre le rapport d'investigation de la RAMQ.

M. Drainville: Par ailleurs... Bon. Alors donc, vous nous dites: Il y a une enquête de la RAMQ, et, dès qu'on aura les résultats de l'enquête, ils seront communiqués. Mais vous admettez avec nous que ça semble hautement — quel est le mot? — irrégulier, minimalement irrégulier, peut-être illégal, on verra. On verra les résultats de l'enquête, je ne veux pas passer trop de temps là-dessus. Par ailleurs, quel est...

M. Bolduc: Peut-être juste répondre à ça, M. le Président. Je ne peux pas assumer quoi que ce soit tant qu'on n'a pas reçu le rapport de l'enquête.

M. Drainville: Non, non, je comprends, je comprends. Par ailleurs, ce cas-là soulève le problème des complications, M. le ministre. Parce que cette dame-là a eu des complications et elle s'est retrouvée à l'Hôpital de Saint-Jean. Et là, nous, notre compréhension de la loi — et je l'ai fait sortir, c'est la loi n° 34 en fait, dont on a discuté, vous et moi, parce qu'on l'a passée en commission — notre compréhension, en particulier, de l'article 78.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, c'est que l'exploitant d'un centre médical spécialisé doit assumer les coûts des services postopératoires, à moins d'une exception, là, qui est prévue à 333.6. Mais visiblement ce n'est pas de cette exception-là dont il est question ici. Et même que 333.6 précise bien que l'exploitant d'un CMS doit informer la clientèle que les coûts de postop doivent être assumés par la clinique où la chirurgie a lieu et il doit même informer le ou la patiente des coûts qui pourraient être rattachés à ces complications.

Et là il y a eu visiblement, nécessairement, des coûts qui ont été assumés par l'Hôpital de Saint-Jean lorsque cette dame-là a eu ses complications, hein, parce qu'elle a été opérée à RocklandMD, elle rentre chez elle, complications, elle va se faire soigner à l'hôpital, et là le porte-parole de la RAMQ, lorsqu'on lui a posé la question, il a répondu que, non, non, non, les...

Alors, je le cite, là, c'est dans l'article de *Canoë*, 27 — janvier, février, mars, avril — 27 avril 2010, je cite l'article: «Rien n'oblige les cliniques privées de chirurgie à assurer le suivi [postop] qui incombe alors au réseau public, aux frais des contribuables.» Et là il cite, dans cet article-là, le porte-parole de la RAMQ: «Lorsqu'un patient se présente à l'hôpital pour des complications postopératoires, que l'intervention ait été faite par un médecin participant ou non au régime public, [ça] n'apparaît pas

dans nos dossiers. Rien n'est prévu dans la loi pour de telles situations. Dans tous les cas, les soins sont à la charge de l'État.» C'est faux. Ce n'est pas ce que dit la loi. La loi dit justement que les frais postopératoires qui sont liés à une chirurgie survenue dans une clinique médicale où pratiquent des médecins non participants doivent être assumés par la clinique. Alors là, on a un problème.

Et je termine en vous posant la question. L'entente entre RocklandMD et Sacré-Coeur, il lui reste encore combien d'années à courir? Et est-ce que vous avez fait une évaluation de cette entente-là jusqu'à maintenant? S'il vous plaît.

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

M. Bolduc: M. le Président, pour la première partie de la question, je demanderais au Dr Michel Bureau de venir clarifier.

Le Président (M. Kelley): Encore une fois... Consentement? Parfait.

M. Drainville: Pendant que le Dr Bureau, que nous accueillons avec plaisir, se présente à la table, je tiens à dire... Ça, ça veut dire qu'on aurait payé trois fois, hein? On paie une première fois, quand l'hôpital compense ou finance la clinique RocklandMD pour les services, pour les chirurgies qui y sont sous-traitées. On paie une première fois; l'hôpital paie. Évidemment, la dame a payé 17 000 \$. Puis on paie une troisième fois parce qu'il y a eu des coûts liés à ces complications à l'Hôpital de Saint-Jean. Ça fait pas mal d'argent, ça. Je termine. Je referme la parenthèse là-dessus, là.

M. Bolduc: M. le Président...

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

M. Bolduc: Juste pour clarifier cet épisode, on ne paie pas trois fois. C'est la patiente qui décide d'aller se faire opérer à la clinique privée, avec des modalités particulières, et là-dessus il y a une investigation qui est faite. L'entente avec la clinique Rockland, c'est: compte tenu qu'on n'était pas capables d'opérer les patients à l'intérieur des délais requis, il y a une entente, en vertu de l'article 108, qui dit que l'hôpital... les patients qui sont en attente à l'hôpital sont opérés dans la clinique Rockland. Juste pour clarifier.

Mais on va demander au Dr Michel Bureau de clarifier la question par rapport aux complications post-opératoires et à savoir si ça doit ou non être pris en charge par l'État.

M. Drainville: ...si c'était le «on» général de l'usager, là, le «on» général de l'usager, là. Par ailleurs, si ce que vous dites est vrai, il n'est pas supposé y avoir surfacturation à 17 000 \$, là. C'est supposé être inclus dans le service public, là, cette entente-là avec RocklandMD, là.

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

M. Bolduc: M. le Président, juste pour une clarification, il n'y a pas d'entente avec la clinique RocklandMD par rapport aux chirurgies bariatriques. Il n'y a aucune

entente à ce niveau-là. Donc, quand quelqu'un va se faire opérer par la clinique Rockland pour une chirurgie bariatrique, il n'y a aucune entente avec l'établissement.

M. Drainville: Oui, mais, M. le Président, il n'en demeure pas moins que c'est un CMSA. Il y a une entente...

Une voix: ...

● (16 h 50) ●

M. Drainville: Bien oui! RocklandMD est, au sens de la loi, un centre médical spécialisé affilié. Et là vous êtes en train de me dire que le statut de CMSA ne tiendrait qu'aux chirurgies qui font l'objet de l'entente avec Sacré-Coeur, et, dans les autres chirurgies qui ne font pas l'objet d'une entente avec Sacré-Coeur, à ce moment-là, on pourrait avoir des médecins non participants qui pourraient les pratiquer. Mais à ce moment-là ça voudrait dire que vous tolérez la présence de médecins participants et non participants dans le même établissement pour des chirurgies assurées?

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

M. Bolduc: C'est plus complexe que ça. C'est-à-dire, quand vous avez une entente en vertu de l'article 108, tous les frais sont assumés par l'établissement. À partir du moment que vous n'avez pas d'entente pour la chirurgie bariatrique, à ce moment-là, c'est le choix de la personne de se faire opérer à l'intérieur de la clinique Rockland, et il y a des frais qui peuvent être assumés à l'extérieur. Puis je ne veux pas discuter du montant parce qu'il y a une enquête de la RAMQ. Mais...

M. Drainville: ...

Le Président (M. Kelley): La parole... Non, M. le... Vous avez posé votre question, ça a pris quatre minutes, le ministre a maintenant le loisir de répondre à votre question.

M. Bolduc: M. le Président, je demanderais au Dr Michel Bureau de clarifier. Mais je veux juste dire au député de Marie-Victorin qu'il faut qu'il comprenne comme il faut comment ça fonctionne, un CMSA, comment fonctionnent également les chirurgies à l'intérieur d'un CMSA, qui sont en relation ou pas avec un hôpital avec lequel on a une entente, une entente 108. Et je demanderais peut-être au Dr Michel Bureau de clarifier.

M. Drainville: Juste avant de céder la parole au Dr Bureau, le débat, M. le ministre, c'est sur l'étanchéité ici, là. Là, là, si je peux me permettre, là, je ne suis peut-être pas médecin, mais, moi, je vais vous expliquer, là, le principe de l'étanchéité: c'est qu'il ne peut pas y avoir au sein d'une même clinique ou d'un même établissement des médecins participants et des médecins non participants. Impossible. Illégal.

Ce que je vous dis, c'est qu'il y a des médecins participants actuellement à RocklandMD, nécessairement, puisqu'ils font... ils effectuent des chirurgies en vertu d'une entente avec l'Hôpital Sacré-Coeur et, pour ça, il faut qu'ils soient participants, et il y a également, visiblement, à Sacré-Coeur, des médecins non participants qui font des chirurgies qui sont assurées par la RAMQ parce que la chirurgie bariatrique, elle, est assurée par la RAMQ à l'hôpital. Et

ce que je vous dis, c'est que cette étanchéité-là, visiblement, qui est prévue par la loi n'est plus respectée parce qu'à RocklandMD vous avez actuellement, visiblement, selon ce cas-là, des médecins participants et non participants sur un même lieu de... à l'intérieur d'une même clinique médicale, et ça, c'est illégal.

Le Président (M. Kelley): Alors, la question est posée. M. le ministre, ensuite Dr Bureau.

M. Bolduc: M. le Président, ce n'est justement pas là que se situe la problématique du cas mentionné, parce que les médecins, ils sont participants. C'est dans la modalité de couverture des coûts. Puis je vais demander au Dr Michel Bureau d'expliquer.

Le Président (M. Kelley): Dr Michel Bureau.

M. Bureau (Michel A.): La clinique Rockland a obtenu un permis de CMS d'une clinique de médecins participants exclusivement. Pour y arriver, il y avait, avant le 1er avril, des médecins non participants qui ont dû devenir participants, et elle a obtenu un permis en bonne et due forme.

Dans le cas que vous soulevez, je ne sais pas quelle est cette histoire des frais, elle sera clarifiée. Cependant, dans les complications, il y a une entente, et la loi a été modifiée en conséquence. L'entente, c'est que les services qui sont donnés dans une clinique, que ce soit une clinique de participants ou de non-participants, s'il y a des complications opératoires, celles-ci sont prises à charge par le réseau public. Il y a eu...

Une voix: ...

M. Bureau (Michel A.): Par le réseau public. Sans frais pour la clientèle. Il y a eu un long débat avant d'en arriver là. Et la question était de comment distinguer une complication qui est liée à la chirurgie ou une complication qui n'est pas liée à la chirurgie. Et, devant cette incapacité, il fut décidé à cette époque, quand la loi fut reprise, de mettre à la charge du réseau public toutes les complications des chirurgies qui sont faites dans les cliniques de CMS, de participants ou de non-participants.

M. Bolduc: M. le Président, pour compléter.

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

M. Bolduc: Le raisonnement qui aurait conduit à cette décision, c'est tout simplement qu'on ne voulait pas pénaliser le patient. Puis je vais vous donner un exemple: un patient qui a une chirurgie puis, trois jours après, fait une embolie pulmonaire, ça devient des coûts importants. Et on ne voulait pas qu'un patient s'empêche de consulter ou encore soit pénalisé au niveau financier parce qu'il a une complication de ce type-là. Donc, c'est vraiment une décision de protection du patient, d'où le débat que le député de Marie-Victorin... Quand on en arrive à ce type de décision, si quelqu'un a une chirurgie très banale, qui est une chirurgie privée, exemple esthétique, et qu'il fait une embolie pulmonaire, est-ce qu'on va demander au patient d'assumer une facture de 50 000 \$ et revenir à l'ancien système où il faut faire faillite parce qu'il faut se payer

des frais? Et, à ce moment-là, il faudrait faire la preuve, il faudrait faire la preuve que c'est en relation avec la chirurgie et on s'embarquerait dans un grand débat. Donc, dans un but de protéger les patients, c'est tout simplement pour ça que nous en sommes arrivés à cette décision.

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

M. Drainville: M. le Président, ce n'est pas à la patiente à payer, c'est à la clinique à payer à ce moment-là. Voyons donc! Voyons donc! De toute façon, moi, je... Ce n'est pas arrivé trois jours plus tard. La dame, je cite, là: «En arrivant chez moi...» Elle quitte la salle d'op de RocklandMD. «Ma fille est venue me chercher en fin d'après-midi. En arrivant chez moi, à Saint-Jean-sur-Richelieu, je me suis effondrée en convulsions. J'ai été conduite d'urgence à Saint-Jean.» C'est évident à ce moment-là que les complications sont liées à l'opération qu'elle vient de subir à RocklandMD. La facture doit être refilée à RocklandMD. C'est clair. C'est clair, clair, clair.

Et je comprends ce que dit le Dr Bureau, il y a... Je l'ai, l'article de la loi, ici, sous les yeux. Mais je soumets bien humblement au Dr Bureau, pour lequel j'ai le plus grand des respects, que l'article 78.1 ne mentionne peut-être pas le mot «complications», mais il prévoit très certainement que l'exploitant d'un CMS avec médecins non participants doit assumer les coûts de la postop. Et donc je pense que vous pourriez très bien, M. le ministre, faire valoir à RocklandMD que, compte tenu des circonstances, et votre enquête vous permettra d'avoir toutes les informations sur ce sujet-là... mais je pense que vous pourriez très bien faire valoir: Écoutez, compte tenu du fait que c'est évident que c'est lié à la chirurgie qu'elle vient de subir, il est évident que, messieurs — parce que je pense que c'est juste des messieurs — les propriétaires de RocklandMD, vous allez payer la facture. Ça, il me semble que c'est totalement raisonnable. Quand on... Écoutez, là, on ne va pas refaire tout le baratin autour du fait qu'on s'apprête à remplir... à collecter les patients à gauche puis à droite avec des tarifs, puis des tickets, puis des contributions santé, puis on ne laissera pas les propriétaires de RocklandMD «off the hook», comme on dit en latin. Voyons donc!

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

M. Bolduc: M. le Président, la loi n'est pas élastique. On ne peut pas changer la loi pour un cas particulier. Puis je vais demander au Dr Michel Bureau de répondre à cette question. Puis je remarque que le député de Marie-Victorin veut s'imposer comme étant un avocat qui va faire du droit légal, entre autres du droit où on a des poursuites au civil. C'est beaucoup plus complexe que ce qu'il mentionne. Puis, quand on dit que c'est des évidences, en médecine, les évidences, ce n'est pas toujours si évident que ça. Puis on va demander au Dr Michel Bureau d'expliquer.

Le Président (M. Kelley): Dr Bureau.

M. Bureau (Michel A.): Vous avez distingué, M. le député, deux types de soins postopératoires. Les soins postopératoires proprement dits... Et je prendrai comme un exemple les services de physiothérapie qui suivent une implantation de hanche. Ce sont des services

postopératoires s'ils sont faits dans une clinique de médecins non participants. Ils sont à la charge complète de l'épisode de soins normal et ils sont à la charge de la clinique. Le mot que vous avez aussi utilisé, c'est les complications. Celles-ci ne sont pas à la charge de la clinique, elles sont à la charge du réseau public. Et, dans ce cas, ce qui nous est rapporté, ce sont des complications postopératoires et non pas des soins postopératoires desquels il s'agissait et qu'elle a reçus dans le réseau public.

● (17 heures) ●

M. Drainville: M. le Président, je suis dans mon bloc, là. Le ministre peut dire ce qu'il voudra, là, sur mes aptitudes en matière de droit, là, mais je trouve ça, à sa face même... et, pour les gens qui nous écoutent, là, c'est d'une évidence limpide que ça ne devrait pas être au réseau public et aux bons contribuables, qui nous écoutent, de payer pour ces coûts-là. Puis, tenez-moi...

Prenez les trois dernières minutes du bloc, si vous voulez, pour dire à quel point je ne comprends rien, puis je ne suis pas médecin, puis je ne suis pas avocat, là, mais, en bout de ligne, il y a quelque chose qui s'appelle le gros bon sens, et je pense que minimalement, quand on regarde un cas comme celui-là, vous devriez dire: Effectivement, là, il faudra peut-être resserrer certaines choses, resserrer la loi, procéder par changements réglementaires, je ne sais trop, là. Quand il y a une volonté politique, on s'organise. Mais, franchement, la réponse que vous m'avez donnée tout à l'heure n'est vraiment pas convenable, et je vais laisser aux gens qui nous écoutent le soin d'en juger.

Je veux prendre les deux dernières minutes qui me restent pour revenir sur la question que le député de Mercier a soulevée. Moi, j'aimerais bien savoir effectivement, et je ne peux pas croire que ce n'est pas possible de trouver ça d'ici la fin des crédits, là, mais j'aimerais bien savoir, comme il l'a soulevé lui-même, quels sont les fonds versés par Ottawa qui servent à l'intégration des immigrants, quelle est la part de ces fonds qui est utilisée pour intégrer nos médecins étrangers à la pratique médicale ici, au Québec.

Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

Et, par ailleurs, j'ai une autre question rapide sur les infirmières praticiennes spécialisées. Dans les documents budgétaires, on dit que le fonds pour les établissements va servir notamment, et je cite, «au soutien à la formation et au développement de la profession des IPS».

La question que je vous pose: Est-ce que nous devons comprendre que la formation des futures infirmières praticiennes spécialisées sera payée par le fonds pour les établissements?

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

Partenariat public-privé du réseau de la santé (suite)

M. Bolduc: M. le Président, je pense que c'est important de clarifier, là, ce que vient de dire le député de Marie-Victorin, et je vais donner un exemple très simple. Si la même personne fait une embolie pulmonaire suite à sa chirurgie, le réseau de la santé doit la prendre en charge et la soigner, c'est une question de vie ou de mort. Une

complication comme une embolie pulmonaire, tout le monde peut dire que, oui, c'est en relation avec la chirurgie. Est-ce qu'à ce moment-là ils doivent l'assumer parce que c'est une chirurgie esthétique? Ça remettrait beaucoup, beaucoup en cause l'accessibilité des services de santé — parce que c'est des complications importantes qui ont une implication sur la vie. Et je comprends que le Parti québécois veut revoir le panier de services, hein, c'est...

M. Drainville: ...

M. Bolduc: ...dans leur programme pour bientôt. Alors, on sait qu'après avoir fait des coupures dans les budgets, des coupures dans le personnel...

M. Drainville: ...

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

M. Bolduc: ...ils vont couper dans les services.

Le Président (M. Kelley): M. le député, s'il vous plaît! Ça va bien, vous avez amplement pris le temps pour vos questions. Le droit de parole maintenant est au ministre. Alors, s'il vous plaît...

M. Bolduc: Bon.

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

M. Bolduc: Bon. Et, dans leur programme, le Parti québécois, il proposera, dans leurs coupures de services qu'ils veulent proposer aux Québécois par la révision du programme... ils diront que les gens qui ont des chirurgies esthétiques, qu'à l'avenir, s'ils font une complication importante qui va coûter des dizaines de milliers de dollars, bien, le patient l'assumera — parce qu'à la fin c'est le patient qui va l'assumer. À ce moment-là, le député de Marie-Victorin, ça va être clair dans leur programme, puis on va savoir quels services qu'ils vont couper. Puis j'ai hâte de l'entendre, voir tous les services qu'ils ont l'intention de couper en révisant le panier de services.

Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

Pour ce qu'il s'agit de la question sur les IPS, comme de fait, c'est un programme qui est mis en place par le réseau de la santé. Et l'entente que nous avons prise pour bien mettre en place ce programme, c'est que ça va être pris à partir de la contribution santé, là, la nouvelle contribution, parce qu'à la fin c'est du développement au niveau du réseau de la santé qu'on va mettre en place.

M. Drainville: ...

Le Président (M. Kelley): Il reste 15 secondes, alors je peux...

M. Drainville: Ma question, c'était: Est-ce qu'on doit comprendre que la formation des futures IPS va être payée à même le fonds pour les établissements, là? Les établissements, là, qui vont devoir les former, là, ça va être... la formation de ces...

M. Bolduc: Non, ce ne sera pas à partir du fonds de formation des établissements, ça va être à partir du budget du ministère de la Santé, dans lequel on va avoir un programme spécial qui est le programme des infirmières praticiennes spécialisées. Mais ce ne sera pas pris à partir du fonds qu'on donne aux établissements actuellement; c'est un autre fonds complètement à part. C'est un nouveau programme qu'on met en place. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Alors, ça met fin à ce bloc. Je suis prêt maintenant à céder la parole à Mme la députée de Hull.

Plans d'effectifs médicaux (suite)

Mme Gaudreault: Merci beaucoup, M. le Président. Alors, j'aimerais rappeler aux gens qui nous écoutent, aux personnes présentes, que notre gouvernement a été élu en 2003. Je pense que tout le monde sait ça. Mais on a hérité à ce moment-là d'un réseau de la santé en très piteux état. Le gouvernement précédent, qui avait mis à la retraite quelque 4 000 infirmières puis 1 500 médecins, ils ont beau dire qu'on répète toujours la même évidence, mais on en a subi encore, jour après jour, les conséquences, et puis ça occasionne une pénurie d'effectifs partout au Québec.

Et, moi, je suis une députée de la région de l'Outaouais. Chez nous, la proximité avec l'Ontario fait en sorte que cette pénurie-là est encore plus importante... en tout cas, très importante par rapport aux autres régions du Québec. Et, dans un souci d'optimiser la formation puis aussi, lorsqu'on parlait tout à l'heure que... le ministre nous rappelait que, lorsque les gens sont formés dans une région, ils ont tendance à s'y établir et à pratiquer leurs professions, il y a eu... Le Dr Couillard, qui était le ministre de la Santé de l'époque, il y a deux ans nous a octroyé, à l'Outaouais, un plan d'action justement pour pouvoir pallier à cette pénurie de main-d'oeuvre, et il y a un volet très, très important, par rapport à la formation médicale, qu'on a appelé le Campus santé. Et ça, c'est une initiative du ministère et des partenaires pour pouvoir former le plus de personnel, que ce soit au cégep, même formation professionnelle, à l'université, toujours par rapport à la santé et aux services sociaux, pour offrir le plus de formation que possible en Outaouais, et ça, ça a été mis en place.

Les trois missions importantes, c'était: optimiser la formation en spécialité et en médecine familiale, mettre en place un externat intégré dès la troisième année. Et ça, je suis très, très fière de dire que, dès juillet, il y aura, à l'Université du Québec en Outaouais, un programme d'externat et de résidence. C'est une toute première initiative. Et puis nous sommes très fiers de pouvoir dire que des médecins pourront vraiment cheminer tout au long de leur formation en Outaouais. Il y aura aussi plusieurs autres cours qui vont être mis de l'avant.

Et, moi, je voudrais entendre le ministre... Moi, je vous parle tout le temps de l'Outaouais parce que c'est ce que je connais, mais je voudrais, M. le Président, entendre le ministre... Vous savez, on a fait de la santé notre priorité, puis il y a des mesures qui ont été mises graduellement en place. Et, nous, en Outaouais... j'en ai parlé, mais j'aimerais que le ministre nous parle justement de ces mesures-là pour endiguer la pénurie d'effectifs médicaux et de médecins au Québec, là, quelles sont les

mesures qui sont mises en place puis quels sont les résultats qu'on espère pouvoir dévoiler au cours des prochaines années.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Bien, ça va nous permettre de faire un peu le tour de tout ce qui a été fait au niveau des effectifs médicaux, surtout en médecine de famille. Dans un premier temps, je l'ai dit à plusieurs reprises lors de la période d'étude des crédits, c'est que, dans les années quatre-vingt-dix-sept, quatre-vingt-dix-huit, il n'y avait seulement que 406 admissions en médecine. Actuellement, pour 2011 et pour 2012, nous allons en avoir 850. Comme vous pouvez voir, c'est plus que le double. Donc, la première chose: si on veut des médecins, il faut en former plus et, pour en former plus, il faut en accepter plus. Et ceci surpasse l'engagement de 2003, qui était de 750, parce que maintenant on en a dépassé d'environ 100 de plus que prévu.

L'autre élément qu'il est important de noter, c'est que le Parti québécois avait quand même mis 1 500 médecins à la retraite et parmi lesquels 600 omnipraticiens, puis on ne veut pas revenir sur l'histoire, mais ce qui fait qu'aujourd'hui on a autant de difficultés. L'année dernière, on a formé une table de concertation avec les différents partenaires dont, entre autres, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Ordre des infirmières, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Collège des médecins, l'Ordre des pharmaciens, pour trouver des solutions, non pas juste avoir plus de médecins, mais peut-être avoir des meilleures conditions de travail et également un meilleur partage des tâches que les médecins peuvent faire avec les autres professionnels. Et ça, c'est une table qui se réunit encore et qu'on voit qui va donner des bons résultats, ne serait-ce que vous voyez qu'actuellement on parle de partage de tâches entre les infirmières et les médecins, entre les pharmaciens et les médecins, pour réussir à utiliser au mieux les compétences de chacun.

Également, au niveau des groupes de médecine de famille, non seulement il faut plus de médecins, en former plus, mais il faut également qu'ils soient mieux organisés. Et je crois que tous s'entendent que le meilleur modèle organisationnel pour les cliniques médicales, c'est les groupes de médecine de famille alors que les médecins qui sont regroupés travaillent avec des infirmières pour partager les tâches et développer les pratiques collaboratrices, et actuellement on en a plus de 200. Et je rappellerai qu'en 2003 il y en avait environ sept; actuellement, il y en a plus de 200, et on a comme objectif, d'ici 2013, d'en avoir 300. Et je suis très confiant qu'on va atteindre ce nombre.

Ce qui veut dire qu'actuellement, non seulement on a plus de médecins, également ils sont mieux organisés. On a également créé des cliniques-réseaux. Les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseaux, c'est deux concepts complémentaires. Groupe de médecine de famille, c'est pour prendre en charge les patients. La clinique-réseau, c'est pour offrir du sans rendez-vous. Et, encore là, on a mis des ressources infirmières dans les cliniques-réseaux pour nous permettre d'avoir une meilleure accessibilité aux services. Donc, comme vous pouvez voir, depuis 2003 on a fait des progrès énormes.

Également, depuis 2003, on a augmenté le nombre d'unités de médecine de famille et on a mis en place

deux écoles de médecine, une à Saguenay — que, demain, on va voir la première cohorte qui va graduer — et également à Trois-Rivières, puis la députée de Trois-Rivières est ici puis elle peut témoigner qu'à Trois-Rivières il y a eu des investissements qui sont majeurs. Et d'ailleurs il va y avoir des bonnes nouvelles très, très bientôt encore pour l'Hôpital de Trois-Rivières. Et on sait que ça a donné vraiment des résultats probants: entre autres, les étudiants qui sont formés en région ont beaucoup plus de probabilités de rester en région.

● (17 h 10) ●

Également, au Québec, on a l'existence des PREM, c'est-à-dire les plans régionaux d'effectifs médicaux, qui nous permettent de mieux répartir, sur tout le territoire québécois, l'ensemble des médecins. C'est ce qui fait qu'au Québec on est la province qui est la mieux organisée en termes de répartition des effectifs alors qu'on retrouve des médecins de façon équivalente, par rapport aux régions centrales, dans les régions périphériques: exemple, en Abitibi, sur la Côte-Nord, au Saguenay—Lac-Saint-Jean. Et ça, je vous dirais que c'est un avantage que le Québec a développé, et c'est grâce au PREM, au plan régional d'effectifs médicaux.

Également, il faut dire que notre dernière trouvaille que, je pense, va donner des excellents résultats, c'est notre ouverture sur le monde, c'est l'entente France-Québec qui a été signée. Et, comme je l'ai mentionné plus tôt, déjà on voit des résultats qui sont plus que ceux qui étaient attendus, avec environ 12 médecins par mois, des médecins français qui demandent de l'information pour venir s'installer au Québec. Et vous vous souvenez qu'à ce moment-là le député... le Parti québécois avait dénoncé cette entente en disant qu'on perdrait des médecins vers la France, que ce serait une catastrophe. Bien, aujourd'hui, comme dans beaucoup de dossiers d'ailleurs, il faut dire que, et c'est prouvé, ils ont eu tort. Au contraire, l'ouverture sur les autres nous permet de mieux recruter et d'avoir... et d'augmenter de façon significative notre nombre de médecins au Québec. Ça, c'est une mesure qui est très porteuse. Et on est juste au début de la mesure, ça fait qu'on s'imagine, dans quelques années, qu'est-ce que ça va donner.

Également, il y a les DHCEU, les diplômés hors Canada et États-Unis, où on a mis... met en place les recommandations du Dr Échavé, et ça va être beaucoup plus facile pour eux autres d'avoir l'évaluation. Et également on a réservé des places en médecine... en unités de médecine familiale en résidence, 65 places pour cette clientèle, pour nous permettre justement de mieux les intégrer à notre système de santé.

Au cours des dernières années, il y a eu des nouvelles unités de médecine de famille partout dans la province, ce qui fait qu'aujourd'hui notre nombre de médecins formés est de loin supérieur. Et on le voit, on voit les tendances actuellement qu'au cours des prochaines années la pénurie en médecine de famille devrait aller en diminuant. Et également on a parlé d'augmentation des résidents, mais c'est également des résidents en spécialités, et on voit déjà qu'il y a plusieurs postes qui sont comblés au Québec, et, au cours des prochaines années, on devrait avoir des bons résultats.

Tout ça pour dire que, pour réussir à augmenter notre main-d'oeuvre médicale effective, ça prenait des décisions que notre gouvernement a prises suite aux grandes coupures d'avant 2003: une augmentation au niveau

des étudiants en médecine, une pratique différente en intégrant la collaboration avec les autres professionnels, des organisations physiques comme des groupes de médecine de famille, des cliniques-réseaux, une meilleure répartition sur le territoire du Québec, et également aller chercher des médecins à l'extérieur du Québec, et ceux qui sont au Québec, qui sont médecins et qui peuvent pratiquer, les intégrer le plus rapidement possible. Au cours des sept dernières années, c'est ce que notre parti politique, notre gouvernement a fait, et maintenant ça donne des résultats.

Je pense que, même si on est encore en pénurie due aux grandes coupures, les Québécois peuvent espérer que, d'ici quelques années, la pénurie des effectifs médicaux ne sera qu'un mauvais rêve, et on espère que le Parti québécois ne referra pas les mêmes erreurs qu'il a faites auparavant si jamais il prenait le pouvoir. Mais je pense que les Québécois sont en mesure de comprendre que notre parti est le mieux positionné au niveau de la santé, avec toutes les décisions qui ont été prises dans le passé, pas juste les décisions, les actions qui ont été prises. Là-dessus, M. le Président, je vous remercie.

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

Mme Gaudreault: Merci beaucoup. Alors, nous, on voudrait bien que vous demeuriez à votre siège... M. le Président, on aimerait bien que le ministre demeure dans son siège pendant de nombreuses années, alors ce sera à lui...

Le Président (M. Kelley): ...

Mme Gaudreault: C'est ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Gaudreault: Et ce sera à lui de prendre les décisions pour l'avenir par rapport au recrutement des médecins.

Formation d'étudiants en médecine

Vous avez fait... M. le Président, notre ministre a parlé tout à l'heure qu'il allait se rendre — je crois que c'est demain — à la remise des diplômés à la première cohorte des étudiants en médecine à Saguenay. Alors ça, c'est une belle nouvelle. Et, lorsque... on a eu l'occasion de mentionner à quelques reprises que, pour mettre un médecin à la retraite, ça prenait cinq minutes, mais, pour le former, ça pourrait prendre de sept à 10 ans.

Moi, j'aimerais aller un peu plus loin. On nous parle de toutes ces initiatives, là, qui sont mises de l'avant pour recruter puis pour vraiment s'assurer qu'il y a de plus en plus de médecins qui pratiquent au Québec. Mais est-ce qu'on est en mesure d'avoir des détails par rapport à l'évolution des admissions — alors, année 1, année 2, année 3? Et, dans cinq ans, on peut s'attendre à combien d'étudiants qui vont sortir de nos écoles, de nos universités?

Alors, je ne sais pas si ma question est trop audacieuse ou s'il y a quelqu'un ici qui pourrait nous parler de ces chiffres, là, qui sont précieux? Les gens qui nous écoutent, je suis certaine qu'ils vont avoir beaucoup d'intérêt.

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Vos questions sont toujours pertinentes et bien posées. M. le Président, je demanderais au Dr Michel Bureau de venir donner les explications.

Le Président (M. Kelley): Dr Bureau, à la question, s'il vous plaît.

M. Bureau (Michel A.): Au Québec, les étudiants en médecine sont passés de 406 à 851 en 2008-2009. Après l'Ontario, qui a 868 étudiants, c'est le Québec qui a le plus grand nombre d'étudiants en médecine. Ce fut très difficile pour les facultés de médecine d'accueillir progressivement tous ces étudiants, et on a tiré parti de cette difficulté des campus dans les villes pour demander aux universités... C'était à l'époque de M. Couillard. Dès son arrivée en poste, j'avais la mission de convaincre les facultés de médecine d'augmenter les étudiants, le nombre d'étudiants, ce à quoi ils résistaient, de peur de diminuer la qualité de l'enseignement, et il a fallu fournir les ressources nécessaires pour le faire.

Mais, en même temps, M. Couillard avait donné comme cible aux facultés de médecine de former entre 30 % et 35 % des étudiants en médecine de famille en dehors des villes universitaires. Et, pour les disciplines de base, la médecine spécialisée, le chiffre est à 10 % à 15 % — alors, pour la pédiatrie, gynéco-obstétrique, psychiatrie — et c'est ce qui nous a amenés à ouvrir un grand nombre d'unités de médecine de famille pour atteindre cet objectif et il est maintenant... on dépasse le chiffre de 30 % d'étudiants en médecine de famille en dehors des villes universitaires.

Pour les spécialités, le développement des campus est devenu nécessaire pour permettre d'accepter des résidents dans les disciplines de base en dehors des campus des villes universitaires. L'Université de Montréal à l'époque avait fait la proposition d'ouvrir un campus satellite à Trois-Rivières avec les mêmes normes que ceux de l'Université de Montréal. Et, pour donner le feu vert à cela, vous savez que le diplôme canadien ou le diplôme de médecine canadien, québécois, sont les mêmes diplômes que ceux donnés aux États-Unis. Il y a un comité d'agrément nord-américain qui est le même pour le diplôme de Sherbrooke, Laval — demain, Saguenay — qui permet une reconnaissance, partout en Amérique du Nord, sans processus d'homologation. Cependant, chacune des facultés doit satisfaire l'accréditation de ces corps réglementaires et de qualité de la médecine. Alors, c'est un défi considérable d'ouvrir, dans une ville qui n'avait pas de tradition universitaire, à Trois-Rivières, un campus, et l'Université de Montréal y a consacré beaucoup de temps. Mais surtout, la région de Trois-Rivières a relevé ça comme un défi socio-universitaire et même économique et, l'année dernière, les premiers étudiants graduaient et, demain, ce sont les étudiants du Saguenay. Pour le Saguenay, c'est un peu plus facile à mon avis parce que Chicoutimi, il y a une tradition de ville universitaire depuis fort longtemps. À l'époque, il y avait, avec l'Université Laval, beaucoup d'alliances, et ils avaient aussi des résidents. Ils ont toujours gardé dans leurs murs cette tradition, et implanter là d'abord des unités de médecine de famille, ensuite un campus délocalisé de Sherbrooke a été un succès. Et vous voyez, demain, les premiers gradués qui en ressortent.

Pour la médecine spécialisée, c'est plus difficile de développer un programme de formation en médecine

spécialisée en région, et Chicoutimi est en train de le faire, et Trois-Rivières est en train de le faire aussi, mais nous demandons qu'ils concentrent la formation de médecine spécialisée dans les spécialités les plus courantes, pédiatrie, chirurgie générale, anesthésie, psychiatrie, pour que ces gens ainsi formés prennent racine. Et c'est le type de besoins qui doivent être comblés dans ces villes de taille moyenne; ce n'est pas l'ultraspécialité qui est celle en demande.

Les prévisions. Vous disiez tout à l'heure vous-même qu'il y a un campus qui est un campus clinique, qui n'est pas un campus de la même nature que celui de Chicoutimi et de Trois-Rivières, qui se développe chez vous. C'est un campus clinique et qui accueille déjà des stagiaires, des résidents, des résidents de médecine de famille et même dans certaines spécialités de base. À Gatineau, c'est le cas. La même chose se prépare pour Rimouski, toujours dans la même logique de déployer des centres de formation clinique de médecine de famille et aussi des spécialités de base dans les régions pour que les médecins s'y installent; c'est l'objectif visé. Ça ne les engage pas à s'y installer, mais ils prennent racine plus facilement s'ils y ont passé du temps.

Les autres provinces du Canada s'inspirent de cela maintenant. On voit des campus délocalisés prendre forme à plusieurs autres endroits. L'expérience du Québec est regardée étroitement, puis c'est un de nos succès. L'Ontario a développé une faculté rurale, dans le nord de l'Ontario, qui est un autre modèle de formation décentralisée, mais c'est le grand mouvement actuellement pour lequel le Québec a pris une initiative avant les autres.

● (17 h 20) ●

Le Président (M. Kelley): Il reste une minute.

Mme Gaudreault: Une minute?

Le Président (M. Kelley): Une minute.

Mme Gaudreault: Oh! Très rapidement, M. le Président, j'aimerais savoir quelle est la collaboration avec les établissements de santé qui collaborent avec les universités. Parce qu'il faut faire des stages aussi en milieu hospitalier pour ces étudiants-là. Une minute, ce n'est pas très long, mais pouvez-vous amorcer juste un début de réponse?

M. Bureau (Michel A.): On a l'habitude de dire qu'accueillir des étudiants c'est comme un couple qui veut avoir des enfants, il faut qu'il le veuille. Un couple qui ne... Et ça change la vie drôlement. Alors, les hôpitaux ont une attitude que je dirais ambivalente au départ. Ils voient bien l'intérêt, puis c'est l'enthousiasme qui finit par l'emporter, mais c'est un changement de la pratique considérable que d'avoir des étudiants dans les pattes toute la journée autant que c'est l'intérêt qui en découle.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, Dr Bureau. Alors, juste au niveau de l'intendance: il nous reste environ 37 minutes; donc, 24 à ma gauche, 13 à ma droite. Une proposition, peut-être? L'opposition officielle va finir son temps dans un bloc plutôt que diviser ça en deux. Est-ce que ça va, M. le député de Marie-Victorin?

M. Drainville: Très bien.

Le Président (M. Kelley): Il resterait 13 minutes ensuite à ma droite. Alors, M. le député de Marie-Victorin, pour un dernier bloc de 24 minutes.

M. Drainville: Merci, M. le Président. Alors, j'ai six thèmes que je veux couvrir.

Le Président (M. Kelley): Quatre minutes chaque.

M. Drainville: Oui.

Des voix: Ha, ha, ha!

Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

M. Drainville: Alors, sur la formation, là, des superinfirmières, moi, je n'ai pas compris votre réponse tout à l'heure. Dans le fond, actuellement, la formation est payée par le ministère de l'Éducation, c'est de l'argent qui est versé aux facultés. La question, c'est: Est-ce que la formation va continuer à être payée à même les budgets de l'Éducation ou est-ce que la formation des superinfirmières va être financée à même les fonds pour les établissements de santé, le fonds dédié que vous créez? C'est juste ça, la question.

M. Bolduc: Ah! La façon dont ça fonctionne, c'est un nouveau programme que nous mettons en place, et ça va être un fonds qui est géré par les facultés mais qui va provenir de ce fonds-là qu'on vient de créer.

M. Drainville: Bon. Excellent. Ça, c'est clair. Donc, ça va venir du fonds, mais l'argent va être transféré aux facultés.

Délais d'attente dans les salles d'urgence (suite)

Les urgences. Vous allez devoir déposer un nouveau plan quinquennal puisque le plan 2005-2010 vient à échéance. À l'intérieur de ce plan quinquennal là, il y aura évidemment des objectifs en matière d'urgence. Est-ce que vous avez l'intention de maintenir l'objectif d'éliminer les délais de 48 heures et plus, l'attente de plus de 48 heures, les séjours de plus de 48 heures? Et, deuxièmement, est-ce que vous allez maintenir l'objectif de ramener à 12 heures la durée moyenne de séjour sur civière dans une urgence?

M. Bolduc: Oui, on va maintenir les deux, c'est-à-dire la durée moyenne de séjour à 12 heures qui, pour moi, est la norme. En ce qui concerne les 48 heures: on veut éliminer les 48 heures, mais, si on veut donner des objectifs réalistes aux établissements, il y a toujours quelques cas, je vous dirais, particuliers, dans une année, qui peuvent nécessiter d'être sur civière environ 48 heures pour une question de sécurité. Donc, l'objectif va peut-être être à réajuster, mais on reste avec la même idée d'éliminer les 48 heures. C'est parce qu'il faut ajuster les indicateurs en fonction de ce qui est réaliste à atteindre, mais ce ne sera pas comme dire: On tolère les 48 heures. On veut les éliminer. Mais il peut arriver des cas particuliers, dans certains établissements, où la seule place qu'on peut garder vraiment le patient de façon sécuritaire, puis on parle des petits établissements, ça peut être à l'urgence.

Système d'archivage et de transmission d'images en radiologie (suite)

M. Drainville: Très bien. Sur la radiologie: nous avions eu une discussion fort intéressante avec le Dr Bureau, je ne me souviens plus c'était dans le cadre de quel projet de loi. Le n° 34, voilà. Et, lors de cette discussion-là, le Dr Bureau nous avait dit, je le cite, en parlant des cliniques d'imagerie, des cliniques d'imagerie médicale: Si elles n'ont pas, dans le prochain renouvellement, une entente avec le réseau public pour servir les GMF, les cliniques-réseaux, pour prendre des gardes à l'hôpital, l'émission de permis prévue dans le projet de loi n° 34, les conditions à l'émission de permis ne seraient peut-être pas rencontrées.

Alors, dans le fond, la question que je souhaite vous poser, M. le ministre: Est-ce que vous pouvez nous dire si toutes les cliniques de radiologie ont maintenant une entente avec le réseau public? Parce que c'était...

Je vois le Dr Bureau qui s'approche. C'est très bien, M. le Président. Il parlait, dans une de ses réponses, de bons citoyens... Comment est-ce qu'il nous avait dit ça?

Une voix: Citoyens radiologiques.

M. Drainville: Ah, voilà! Le bon citoyen radiologique. Alors, est-ce que toutes les cliniques d'imagerie médicale au Québec sont dorénavant de bons ou de bonnes citoyennes radiologiques? Et est-ce qu'elles ont une entente avec le réseau public afin de s'assurer justement qu'il y ait un maillage, qu'il y ait une intégration de ces cliniques avec notre service de santé, notre service public de santé?

Le Président (M. Kelley): M. le ministre, Dr Bureau?

M. Bolduc: M. le Président, je vais passer la parole au Dr Michel Bureau, qui connaît très bien le dossier.

Le Président (M. Kelley): Dr Bureau.

M. Bureau (Michel A.): J'aimerais vous dire que ce sont... que les 100 cliniques de radiologie qui ont un permis, ils sont tous de bons citoyens radiologiques; ils ne le sont pas tous au sens où vous venez de le définir. De celles-là, 60, 70 ont déjà une entente formelle écrite avec les agences de soutien aux cliniques-réseaux, d'ouverture en heures défavorables, d'ouverture les journées fériées, et nous sommes vraiment très fiers de cette réalisation.

On a trouvé un levier pour aider la bonne collaboration des cliniques qui n'étaient pas des bons citoyens radiologiques et de consolider celles qui l'étaient, et c'est celui-ci. Le développement de l'informatique impose aux cliniques de radiologie, si elles veulent rester en affaires, de se numériser puis d'avoir les PACS qui transportent les films. Pour ce faire, il y a des coûts assez importants qui sont impliqués là-dedans. Et, dans l'entente avec les médecins spécialistes, le gouvernement du Québec a dit que, pour les bons citoyens radiologiques, il serait prêt à partager les coûts de la numérisation. Et c'était pris dans l'enveloppe globale des médecins spécialistes.

Or, il y a une table, qui est très animée, je dois dire, où chaque clinique de radiologie présente son dossier pour avoir accès à ce financement. Et c'est une table

bipartite — la FMSQ d'un bord et nous autres de l'autre bord; on s'est entendus sur les critères du bon citoyen radiologique. Et c'est de loin pas tout le monde qui passe. Il y en a juste à peu près 50 % qui ont pu bénéficier de ce soutien, et les autres nous ont fait voir qu'ils allaient rentrer dans les rangs rapidement pour obtenir le soutien accordé aux bons citoyens radiologiques.

M. Drainville: Donc, il y en a combien?

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

M. Drainville: Merci, M. le Président. Donc, il en manque combien à l'appel, là? Il en reste combien, là, qui doivent s'ajuster pour devenir de bons citoyens radiologiques et donc de faire leur part pour le service public, là?

M. Bureau (Michel A.): Je dirais à peu près 25, 30, sur...

M. Drainville: Une centaine, disiez-vous?

M. Bureau (Michel A.): ...sur une centaine. Mais il y en a... En dehors de ça, il y en a d'autres qui sont de très petits cabinets et qui n'auront pas besoin de la numérisation puis qui peut-être ne survivront pas autant. C'est des créatures des années quatre-vingt qui sont en fin de leur vie utile.

M. Drainville: Juste une question avant de vous laisser aller. Est-ce qu'il y a déjà eu une étude, à votre connaissance, sur les coûts liés à l'élargissement de la couverture publique des services de radiologie non assurés actuellement? Est-ce qu'il y a déjà eu, par le passé, à votre connaissance, une étude portant donc sur l'élargissement, par exemple, à la résonnance magnétique ou à l'échographie ou au «scan», qui n'est pas assurée en clinique privée hors établissement?

● (17 h 30) ●

M. Bureau (Michel A.): Nous sommes à le faire pour l'échographie actuellement, et on n'a pas... je n'ai pas encore les chiffres. J'ai des ordres de grandeur qui vont venir pour l'écho. Pour les autres, nous sommes là-dessus actuellement. Mais je n'ai pas de chiffre à donner, je n'en ai pas encore.

M. Drainville: Les autres étant essentiellement la tomodensitométrie, le scan et la résonnance?

M. Bureau (Michel A.): Non. Actuellement, nous voyons peu d'avantages à élargir la radiographie de haute technologie dans les cliniques privées, de le couvrir dans les cliniques privées. C'est une technologie qui est... qui garde les radiologistes dans les centres hospitaliers, et la stratégie est de payer la résonnance magnétique dans l'hôpital, de même qu'il y a très peu de scans qui sont faits dans le milieu privé, en dehors des hôpitaux. Et les orientations sont celles-là pour le moment.

M. Drainville: Donc, à part l'écho, qu'est-ce qu'il y aurait d'autre quand vous dites «les autres»? À part l'échographie?

M. Bureau (Michel A.): Il y a la tomodensitométrie, il y a la... pardon, l'ostéodensitométrie. Puis, en

ce qui concerne les mammographies, elles sont en grande partie faites dans les réseaux privés.

Mise en place d'un registre sur le cancer

M. Drainville: Très bien, merci. Quelques questions en rafale, M. le ministre: Le registre sur le cancer, est-ce qu'on peut avoir un échéancier quant à sa mise en place, parce que ça manque vraiment cruellement, ça?

M. Bolduc: Ah! On est tout à fait d'accord. Puis actuellement, là, la commande est passée, puis on espère fin 2011-2012. Mais c'est un registre qui, pour nous, est prioritaire.

M. Drainville: Puis vous... excusez-moi, vous disiez vers quel... à quel moment disiez-vous?

M. Bolduc: On parle de fin 2011, début 2012. Et ce que j'ai dit, c'est que, pour nous, c'est un registre qui est prioritaire.

M. Drainville: Et pourquoi est-ce que ça prend tant de temps, si c'est prioritaire?

M. Bolduc: Technologiquement, c'est complexe, hein, dans le sens qu'il a d'abord fallu que les spécialistes s'entendent entre eux autres sur les critères, parce que chaque établissement de santé, qui, en passant, sont des établissements très spécialisés, ont chacun leurs critères, et chaque spécialiste également avait ses particularités. Puis, quand je dis... Pas chaque spécialité, chaque spécialiste a des particularités par rapport à leurs critères, puis il y avait de la standardisation à faire. Une fois que la standardisation était faite, il faut développer le logiciel, et c'est à ce niveau-là qu'on est rendu actuellement.

Donc, c'est plus technologique. Ce n'est pas une volonté... Il y a une très forte volonté de développer le registre, qui, pour moi, va être très utile pour le suivi du cancer au Québec.

Deuxième phase du redéploiement des services du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

M. Drainville: On est vraiment dans des questions en rafale. On va passer, on va faire un peu du coq-à-l'âne, là.

Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières — là je pose une question au nom de la députée de Champlain — est-ce que vous allez bientôt confirmer la phase II du CHRTR?

M. Bolduc: On a tous un grand sourire. Il faut regarder la députée de Trois-Rivières. Avec le sourire qu'elle a, vous devez vous attendre à très, très, très bientôt. Très, très, très bientôt.

M. Drainville: Genre?

M. Bolduc: Très, très, très bientôt.

M. Drainville: Genre la semaine prochaine?

M. Bolduc: Genre très, très bientôt, ça a du bon sens.

M. Drainville: Vous allez vous assurer d'inviter la députée de Champlain, n'est-ce pas?

M. Bolduc: Oui. On invite toujours les députés de l'opposition dans nos annonces.

M. Drainville: Pas toujours.

M. Bolduc: Presque toujours, sauf des petits oublis à l'occasion, puis on s'excuse à ce moment-là. Mais on pense que le député qui représente les citoyens a le droit d'être là.

M. Drainville: Le député de Saint-Maurice, je pense, serait très content d'être invité également, puisqu'il y a une partie de ses gens qui vont... qui consultent au CHRTR, hein?

M. Bolduc: Mais en tout cas le député de Marie-Victorin reconnaît que c'est un très, très beau travail qui est fait dans la région de Trois-Rivières, avec toutes les annonces qui ont été faites là.

M. Drainville: Oui, mais c'est parce que ça a été annoncé en 2003.

M. Bolduc: Oui, mais il y a eu une école de médecine, avec tout ce qui est fait. Et il faut dire que le travail de la députée est excellent. On doit la féliciter, là, c'est... L'équipe des députés de la région de Trois-Rivières fait un excellent travail.

M. Drainville: Nous en sommes fort aises.

Services en français au Centre hospitalier de Lachine

Comité des services en français à l'Hôpital Lachine. Et le saviez-vous, qu'on avait beaucoup travaillé, nous, pour maintenir les services en français à l'Hôpital Lachine?

M. Bolduc: Oui.

M. Drainville: On a eu des échanges épiques avec votre prédécesseur à ce sujet-là. Est-ce que vous pouvez nous déposer le rapport sur les travaux de ce comité-là? Combien de fois il a siégé? Quand il a siégé? Quelles sont les actions qui ont été posées? Pour s'assurer que l'Hôpital de Lachine, qui a été intégré, comme on le sait, au CUSM, donc au centre hospitalier universitaire de McGill, conserve son identité francophone, son... le français comme langue de travail et qu'il reste un îlot francophone fort pour, entre autres, soigner et continuer de soigner en français la population francophone de l'Ouest-de-l'Île. Donc, est-ce que vous pouvez nous donner quelque chose là-dessus?

M. Bolduc: Bien, on va vous fournir les documents nécessaires, mais on ne pourra pas vous les fournir aujourd'hui; ils ne sont pas disponibles ici. Mais juste pour vous dire que, Lachine, je suis très informé de la situation. D'ailleurs, on est allés faire l'annonce de la chirurgie bariatrique dans cet établissement, et les gens, tant le personnel que l'administration, m'ont laissé savoir de leur grande satisfaction d'avoir été fusionnés avec le CUSM, et le CUSM également m'a dit qu'ils avaient des excellents services

offerts au niveau de Lachine. Donc, je pense qu'encore là ça a été une très bonne décision de notre gouvernement.

Pour l'information par rapport au document concernant la langue française à l'Hôpital de Lachine, on va vérifier puis on va fournir ce qui est disponible.

Le Président (M. Kelley): Via le secrétariat de la commission.

M. Bolduc: On va le fournir également à la commission, M. le Président.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député.

M. Drainville: Oui, mais, écoutez, une excellente décision... Si je peux me permettre, on y a contribué un petit peu, hein, parce qu'à un moment donné on se posait... on se demandait, et les médecins croyaient, entre autres, les médecins croyaient et la communauté croyait que vous alliez fermer l'hôpital. Alors, c'est bien, continuez, mais assurez-vous de nous faire rapport sur les services en français, s'il vous plaît.

Contrôle des mesures de contention

J'ai ici une question que je vais vous lire, là. Vous allez comprendre pourquoi. En fait, je me fais le relais de groupes qui nous ont rencontrés et qui souhaitent vous poser une question. Alors, je lis le texte: «Le ministre n'est pas sans savoir que des organisations comme la COPHAN, l'AGIDD et la Fédération québécoise des sociétés Alzheimer entrent en contact avec les élus depuis un certain temps déjà au sujet des mesures de contention. En 2002, le gouvernement a adopté des orientations ministérielles à ce sujet-là. Ces orientations étaient assorties d'un plan d'action.» Or, selon ces groupes, l'application de certaines mesures de ce plan d'action tendent... tardent, dis-je bien, à être mises en vigueur. Ces organisations affirment que trop souvent les mesures de contention sont non répertoriées. En conséquence, elles demandent un engagement clair visant l'élimination du recours à l'isolement et à la contention par la mise en place de mesures alternatives. Elles demandent également qu'une personne responsable de l'encadrement, de l'évaluation et de l'application de ces mesures de contention soit nommée dans les milieux.

Alors, M. le Président, je me fais le relais de ces organismes et j'aimerais demander au ministre ce qu'il répond à ces organisations.

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

M. Bolduc: Écoutez, la question des contentions, c'est un sujet qui a fait beaucoup couler d'encre au cours des dernières années. C'est un sujet également qui me pré-occupe énormément. Dans ma formation en éthique, c'est un sujet que j'avais souvent à discuter avec différents groupes.

Dans un premier temps, il y a une politique au niveau du réseau de la santé par rapport à l'utilisation des contentions. On vise le plus possible à les éliminer ou au moins à en réduire le plus grand nombre possible. Là, ce qu'il faut comprendre, c'est qu'il y a certains cas particuliers, dont, entre autres, en santé mentale, la contention,

pour une question de protection de la personne elle-même ou la protection des travailleurs, peut être... doit être utilisée, mais actuellement c'est très normé, et également il y a des rapports qui doivent être faits.

À ces groupes, ma réponse, c'est: Oui, on cherche à réduire le plus possible l'utilisation des contentions. Entre autres, au niveau de la maladie d'Alzheimer, si on offre aux gens qui souffrent de la maladie d'Alzheimer des milieux plus appropriés, des centres spécialisés, entre autres des unités de protection où ils peuvent circuler sans se blesser, si on leur offre également du personnel qui a des bonnes connaissances pour ce type de clientèle là, les études démontrent qu'on diminue l'utilisation des contentions. Donc, c'est vraiment quelque chose qu'on veut mettre en place.

Et également, moi, quand les gens mettent les contentions, il y a des rapports qui sont faits puis il y a une surveillance au niveau de l'établissement de l'utilisation des contentions, et c'est des données qu'on surveille au niveau de la qualité. Et ce qu'on recherche vraiment, c'est de l'utiliser le moins possible, sauf que je mets un bémol, parce que... Puis le député de Mercier pratiquait également, pratique, je pense, encore un peu dans les établissements. Il y a certains cas que, vous prendrez la méthode que vous voulez, ça peut nécessiter des contentions temporaires contrôlées pour une question de protection de la personne et du public. Pour la maladie d'Alzheimer, ce n'est pas fréquent, généralement, même, on va essayer de ne jamais les utiliser, mais il y a certains cas en santé mentale qui peuvent nécessiter l'utilisation de l'isolement pour la protection de la personne elle-même.

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

Infirmières praticiennes spécialisées (suite)

M. Drainville: Oui. Petite parenthèse, là: Le montant qui va être prélevé pour la formation des super-infirmières, est-ce que vous le connaissez, M. le ministre, ou est-ce que vous pouvez demander aux fonctionnaires de vous transmettre l'information? Ça nous serait utile.

M. Bolduc: On va vous transmettre les informations disponibles.

M. Drainville: Aujourd'hui ou plus tard, mais on aura le chiffre à un moment donné.

● (17 h 40) ●

M. Bolduc: Il ne nous resterait seulement que 20 minutes, ça va probablement être plus tard.

Promotion de saines habitudes de vie et prévention de l'obésité (suite)

M. Drainville: O.K. Sur la... Quand le ministre commence à faire de l'humour, M. le Président, il est temps que ça finisse. Sur la prévention, Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, une question de la Coalition Poids: Est-ce que vous pourriez transmettre un bilan d'application du plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie? Le dernier bilan date du 31 mars 2008. Quand le prochain bilan sera-t-il déposé?

Politique alimentaire dans les établissements de santé

Et, par ailleurs, sur la politique alimentaire dans les établissements du réseau de la santé, est-ce qu'on peut savoir dans combien d'établissements vous avez mis en oeuvre les lignes directrices qui sont contenues dans la politique, hein? Combien d'établissements ont adopté ces lignes directrices? Et est-ce qu'on peut savoir les ressources humaines et financières qui ont été affectées à toute la question du service alimentaire, là?

M. Bolduc: Bon, vous comprenez que c'est des questions très pointues. On va vous fournir l'information qui est disponible, mais ce ne sera probablement pas disponible cet après-midi.

M. Drainville: Excellent. Il nous reste à peu près cinq minutes. Je vois le Dr Poirier, et ce serait formidable s'il pouvait s'approcher, parce qu'on aimerait ça terminer notre bloc...

Le Président (M. Kelley): «Got you!»

Des voix: Ha, ha, ha!

Campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1)

M. Drainville: On aimerait ça terminer notre bloc en parlant un peu de la A (H1N1), discussion plus philosophique mais néanmoins importante. On sait tout le débat qui a eu lieu depuis la fin de la crise, beaucoup de gens qui pensent que cette pandémie a été exagérée. Il y a toutes sortes d'informations qui circulent, et dans certains cas c'est plus que des informations, à l'effet que les décisions, les directives de l'OMS, sinon les décisions de l'OMS auraient pu être influencées par des intérêts corporatifs qui auraient eu intérêt donc à exagérer la menace à des fins commerciales.

Alors, moi, j'aimerais savoir un peu quel bilan... Puis là je ne veux pas, M. le ministre, sincèrement, là, vous savez, le grand discours: On est-u assez extraordinaires, on a eu un taux de vaccination fantastique. Il me reste cinq minutes. Je veux vraiment qu'on tire quelques leçons de cette pandémie-là. Est-ce que ça a été effectivement exagéré? Est-ce que ça vous inquiète, les allégations concernant l'OMS, une OMS sous influence? Quelle leçon on tire? Et puis, si j'ai du temps, le surplus des 2 millions de doses de vaccins, là, qu'est-ce qu'on a fait avec ces doses non utilisées?

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

M. Bolduc: Une phrase très courte: On a vraiment été dans les meilleurs au monde. C'est tout. Dr Poirier va répondre à la question.

Le Président (M. Kelley): Alors, il y a consentement, j'imagine, pour la participation de Dr Poirier. Alors, si vous pouvez vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement.

M. Poirier (Alain): Alain Poirier, directeur national de la santé publique du Québec. Le nouveau virus qui

nous est arrivé en avril dernier a touché à une période où normalement il n'y a pas de grippe des gens beaucoup plus jeunes. On parle de la moyenne d'âge des décès dans la première vague, 53 ans. Ce n'est pas ça du tout qu'on voit habituellement avec la grippe, qui touche des gens déjà affectés par des maladies chroniques, plus âgés, qui se défendent mal et pour lesquels parfois il n'y a même pas de traitement s'ils ont déjà rendus dans une phase avancée de leur vie. C'est ce qu'on voit le plus souvent avec la grippe saisonnière en termes de décès. Et, pour ce qui est des soins intensifs, c'étaient des gens encore plus jeunes.

Donc, beaucoup de gens malades à une période, je le rappelle, où il n'y a pas normalement de grippe. On parle d'avril à juin. Donc, quand la décision se prend et les données sont analysées, à l'été, on s'attend qu'il y ait une vague automnale au moment où la grippe frappe habituellement, plus tôt même, puisqu'on la prévoyait en automne, puis normalement c'était l'hiver. On se disait que ça va être sûrement plus sévère, ce qui a été le cas. Donc, en termes de soins intensifs et de décès, on peut multiplier à peu près par cinq ce qui s'est passé à partir d'octobre, la deuxième vague, au même moment où on recevait — c'était le délai attendu pour la production du vaccin — le vaccin pour vacciner les gens. Donc, on a coupé une bonne partie de la deuxième vague, mais malgré tout ça a été cinq fois plus sévère. Et, je le répète, des gens aux soins intensifs ont été mis sous tension, avec des gens beaucoup plus jeunes que ce qu'on a habituellement.

Donc, c'était un nouveau virus, heureusement beaucoup moins sévère — et on l'a dit dès le mois d'avril, dans les premières données qu'on a eues du Mexique — qui était beaucoup moins sévère que celui qui nous préoccupait tant, le fameux H5N1, la grippe aviaire, des oiseaux, qui, elle, sévit toujours, existe toujours. Et, lorsqu'elle a frappé des humains — c'est rare, mais on parle de quelques centaines de cas sur la planète — 60 % des gens en décédaient. Donc, on se préparait à un virus nettement pire que ce qu'on a eu. Le H1N1, on est très, très heureux qu'il ait été, malgré sa nouveauté, beaucoup moins sévère que celui pour lequel on se préparait.

Donc, c'était plus sévère qu'une grippe saisonnière, en touchant des gens plus jeunes. On se rappelle que deux femmes enceintes sont décédées au mois d'avril. Alors, quand la décision et toutes les analyses ont été faites pour offrir la vaccination, on se rappelle que, depuis sept, huit ans, on avait un contrat et une préparation avec la firme qui est ici, à Québec, pour la production du vaccin. Et, les spécialistes, j'ai fait partie des groupes de travail pour identifier qui on devrait vacciner prioritairement quand le vaccin arrivera. Ces recommandations ont été soumises aux différents... à tous les ministres de la Santé, qui, à la fin septembre, ont déclaré: Compte tenu de ce que les experts nous disent, voici, lorsque le vaccin arrivera, graduellement, pas dose par dose mais certaines de milliers de doses par centaines de milliers de doses, qui seront les groupes prioritaires. C'est comme ça qu'on a commencé à la fin octobre.

Pour ce qui est de l'OMS, l'OMS est en train de vérifier certaines allégations, mais ce qu'on a surtout entendu, puis on va laisser l'enquête se faire, je n'ai pas vraiment, moi, d'information plus que ce que vous avez entendu dans les médias, mais la seule chose qu'on peut dire, c'est que les médecins qui ont une expertise dans le domaine de l'immunisation comme pour la découverte

sur des médicaments sont aussi des médecins qui ont souvent collaboré à des protocoles d'une façon ou d'une autre. Donc, ce qu'on a entendu, c'est que ces gens-là ont été associés d'une façon ou d'une autre. Ce n'est pas inhabituel qu'un médecin expert dans le domaine ait collaboré. Ce qu'il faut surtout savoir, c'est qu'il y a des déclarations d'intention. Tous nos groupes d'experts, nous, on demandait des déclarations d'intérêt, pardon, pas d'intention mais d'intérêt, pour dire: Quelle est votre collaboration avec des compagnies pharmaceutiques?

Donc, quand les gens prennent des décisions et qu'ils sont associés à la fabrication d'un produit ou d'un autre... Dans le cas de l'OMS, on parle de plus d'une trentaine de compagnies dans le monde qui produisaient des vaccins. Donc, que un des médecins experts consultés ait travaillé pour une de ces compagnies-là, ce n'est pas vraiment étonnant. Alors, on peut faire des associations, mais de là à dire qu'il y a une faute, ça, ce seront les enquêtes qui pourront nous le dire.

Pour ce qui est des millions de doses, vous vous rappelez peut-être qu'il y a à peu près un mois on a appris que nos doses partout dans le Canada, produites par Glaxo, devaient, en termes de préemption, durer 18 mois, mais, à la suite d'analyses postérieures à leur production, on a établi que c'était six mois, la durée du vaccin sans adjuvant qu'on a au Québec. Alors, les dernières doses qui nous restaient malheureusement vont terminer leur vie, leur vie utile. On parle des doses qui sont toujours... qui n'ont pas été utilisées. Lorsqu'elles ont été administrées, bien sûr, elles ont fait leur action positive.

M. Drainville: Très bien. Je vous remercie pour la...

Le Président (M. Kelley): Dernier commentaire, M. le député de... Dernier commentaire.

Dépistage de l'anémie falciforme

M. Drainville: Un dernier commentaire. Merci, Dr Poirier. Un dernier commentaire. C'est une question. L'anémie falciforme, maladie génétique qui touche principalement la population noire. En 2003, le Dr Poirier ici présent avait reconnu certains avantages au dépistage de cette maladie. Depuis sept ans, il semble — il semble, dis-je bien — qu'on attend le rapport de l'Institut national de santé publique du Québec. Ça tombe bien, je vois le Dr Boileau qui est juste là, là. Alors, quand le rapport de l'INSPQ sera-t-il disponible?

Et ce sera ma dernière question. J'aurai l'occasion de saluer à la toute fin, peut-être, le ministre. Voilà.

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

M. Bolduc: Pour ce qu'il s'agit de l'anémie falciforme, j'ai d'ailleurs rencontré des représentants de ce groupe, c'est un dossier que je suis de très près. Mais je pourrais demander au Dr Boileau de faire une présence à la table en remplacement du Dr Poirier.

Le Président (M. Kelley): Et, j'imagine, il y a consentement. Alors, si vous pouvez vous bien identifier pour les fins de l'enregistrement. Avec consentement? Consentement.

M. Boileau (Luc): Merci beaucoup. Luc Boileau. Je suis le président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec.

Alors, pour... si vous me permettez, il s'agit d'un dossier effectivement complexe, qui prend du temps à convenir sur le plan des expertises requises et surtout du cheminement à suivre par rapport aux recommandations à donner. Mais, pour répondre à la question qui nous est demandée, justement cet après-midi nous rencontrons les autorités du ministère pour faire part des principales recommandations à l'égard de ce potentiel de programme de dépistage pour la population qui est à risque de développer ou plutôt d'avoir une anémie falciforme. Alors, c'est... la question, c'est: Quand? Bien, c'était cet après-midi.

Maintenant, c'est un dossier qui n'est pas simple parce qu'il y a des profils de risque qui varient beaucoup selon les populations. On parle des enfants et on parle de l'anémie falciforme, qui est une forme d'anémie qui fait partie d'un grand registre d'anémies. Il y en a plusieurs associées à ça. Alors, ce n'est pas très prévalent sur la scène québécoise, on a peu de cas par année, et il y a des populations qui sont plus à risque, des populations notamment qui sont des populations dans l'environnement de l'Afrique du Nord ou des Antilles, etc., autour de la Méditerranée. Alors, il y a des communautés qui sont plus à risque, qu'on retrouve plus souvent dans certaines régions, notamment Montréal. Alors, ça complexifie les recommandations quant aux stratégies à mettre de l'avant pour pouvoir procéder à ce dépistage-là.

Donc, nous avons rendu compte de nos expertises de ce côté-là en termes de recommandations plutôt. Et je crois qu'au cours des prochaines semaines ou des prochains mois, là, je ne saurais dire, le ministère pourra disposer de ça. Mais, nous, on a déposé aujourd'hui. Ça adonne bien.

● (17 h 50) ●

M. Drainville: ...M. le Président?

Le Président (M. Kelley): Oui.

M. Drainville: C'est gentil, merci. M. le ministre, moi aussi, je les ai rencontrés. Est-ce que c'est possible pour vous de vous engager à rendre public quelque chose le plus rapidement possible pour qu'ils soient un peu fixés sur vos orientations, là? Puis je comprends que le dossier est complexe, mais, à un moment donné, il faut aussi donner aux gens qui se battent depuis des ans une indication de la suite que vous allez apporter à ce dossier-là, là.

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

M. Bolduc: Oui. Bien, je vais moi-même prendre connaissance du dossier, je ne l'ai pas encore reçu sur mon bureau, et puis par la suite nous aurons l'occasion d'en discuter. Mais, comme de fait, on va agir avec diligence dans ce dossier.

M. Drainville: Merci.

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, il reste environ huit minutes.

Lutte contre le tabagisme

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Au cours de l'après-midi, on a échangé avec le ministre sur l'approche

de promotion de la santé et de prévention, et, dans une de ses réponses, M. le ministre nous a parlé que le tabagisme était une problématique quand même importante, évidemment qui a de l'incidence sur la santé des gens, et une problématique aussi qui est tenace, difficile à enrayer, bien qu'on a beaucoup amélioré nos résultats au cours des dernières années. Mais on n'est pas encore au niveau de l'Ontario, qui, si je me souviens bien, est à à peu près 14 %. Et le ministre pourra me corriger. Et on est bien conscients que le tabagisme a beaucoup d'incidence sur le cancer du poumon. Et je ne suis pas médecin, mais l'incidence a un effet un peu insidieux parce que le cancer peut se développer sur plusieurs années avant d'avoir des symptômes assez importants. On peut même parler de 15, 20 ans. Alors, c'est probablement pour ça aussi que le défi est: difficile d'enrayer cette problématique-là. Et j'imagine que la cohorte chez les jeunes est probablement les personnes qui font le plus usage du tabac.

Alors, M. le ministre, pouvez-vous nous dire les principales réalisations de votre ministère et de notre gouvernement en matière de lutte contre le tabagisme?

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

M. Bolduc: Merci, M. le Président. Juste pour clarifier au niveau des données canadiennes, la province la meilleure, c'est la Colombie-Britannique, à 15 %, l'Ontario est à 17 %, le Québec est à 19 %, ce qui est quand même excellent, puis la moyenne canadienne est de 18 %. Toutes les autres provinces sont un peu plus élevées que le Québec. Donc, c'est quand même une bonne nouvelle.

Pour ce qu'il s'agit des données dans le temps, en 1999, le taux de fumeurs de 15 ans et plus au Québec était de 30 %; en 2008, 19 %. Et il y a eu des mesures de prises par notre gouvernement, dont, entre autres, la loi a été modifiée, qui interdit de fumer dans les endroits publics et dans les endroits fermés. C'est important parce que non seulement on protégeait les fumeurs de leur propre habitude, mais on protégeait également les non-fumeurs. L'autre élément qui a été fait, ça a été l'interdiction qui s'applique également dans les aubris, les tentes et chapiteaux et autres installations semblables qui accueillent le public et sur le terrain des institutions préscolaires, des écoles primaires et secondaires et des garderies.

Également, il y a eu des mesures qui ont été prises au niveau de l'affichage des paquets de cigarettes. Alors, comme vous pouvez le constater maintenant, dans les dépanneurs, il n'y a pas d'affichage public des paquets de cigarettes, qui diminue l'envie chez les fumeurs et permet justement de maintenir le non-tabagisme. Également, au niveau des mineurs, les amendes ont été augmentées, et il y a plus d'inspecteurs qui vérifient au niveau des achats pour s'assurer que les détaillants respectent les consignes. Au niveau de la publicité, il y a eu également des mesures qui ont été prises.

C'est tout l'ensemble de ces mesures-là qui fait qu'actuellement le tabagisme est en baisse dans notre société. Et, comme vous avez vu, de 1999 à aujourd'hui, c'est une baisse qui est significative, de 11 %.

Également, un des grands succès, c'est chez les jeunes. Vous savez que la clientèle la plus à risque, ça demeure les jeunes. Et, actuellement, l'objectif, c'est de réduire à... Juste un instant. Le Programme national de santé publique 2003-2012 va réduire l'usage du tabac à

16 % chez les personnes âgées de 15 ans et plus et à 13 % chez les jeunes du secondaire. Donc, notre objectif actuellement, c'est vraiment de s'attaquer à la clientèle des jeunes. Et il y a un principe au niveau du tabagisme: si vous n'avez pas commencé à fumer à 18 ans, vos probabilités de commencer par la suite sont très, très basses. Et, à ce moment-là, ça devient des non-fumeurs pour la vie.

M. le Président, j'aimerais... Je ne sais pas combien il nous reste de temps.

Le Président (M. Kelley): Quatre minutes.

Remarques finales

M. Yves Bolduc

M. Bolduc: Quatre minutes. Je ne sais pas si vous aviez une question, mais je voulais peut-être terminer puis prendre les dernières minutes pour faire des remerciements.

Dans un premier temps, je voudrais remercier l'opposition de la discussion et le ton dans lequel ça s'est fait. Je pense...

Une voix: ...

M. Bolduc: À quelques exceptions près. Puis je comprends que le député de Marie-Victorin n'apprécie pas toujours mon sens de l'humour, mais ça ne veut pas dire, à ce moment-là, qu'on ne demeure pas sérieux pour les autres sujets. Mais je tiens à les remercier, parce que cette étude des crédits, pour moi, et pour mon cabinet, et pour le ministère, c'est une opportunité également de faire le point sur ce qui se fait en santé. Et ça se fait dans un contexte que la population est informée de tout ce qui s'est fait au cours de la dernière année mais également l'évolution du réseau de la santé. Et, pour moi, dans un exercice de transparence, c'est très important. Puis j'apprécie également le ton dans lequel ça s'est fait.

Je veux remercier mes collègues libéraux, qui, par leurs questions judicieuses, également le ton, nous ont permis vraiment d'avoir des discussions très agréables. Je suis un des ministres qui aiment la période des crédits, parce que ça nous permet de discuter. On a plus de temps qu'à l'Assemblée nationale sur la période de questions, où il faut répondre en 1 min 15 s. On a beaucoup de temps, et ça nous permet d'informer la population sur tout ce qui se fait. Je vous remercie énormément et je tiens à vous dire que vous êtes des excellents collègues de travail.

J'aimerais également remercier l'équipe de mon cabinet. M. François-William Simard, qui a été coordonnateur du projet. C'est énorme, le travail qui est demandé aux gens. Nous autres, ça nous permet également de faire un résumé de tout ce qui s'est fait au cours de la dernière année, mais tous les membres du cabinet ont travaillé très, très fort pour préparer les documents, de rendre disponibles également les documents au niveau de l'opposition. Et naturellement j'aimerais remercier M. Jacques Cotton, M. Vincent Lehouillier, qui est mon directeur de cabinet, M. Jacques Cotton qui est sous-ministre, qui ont été des coordonnateurs. Puis, comme je disais, c'est mes deux bras, mon bras gauche, mon bras droit. Je n'ai pas de préférence, les deux sont très importants. Mais je pense que c'est important de les remercier personnellement. Également,

toute l'équipe des sous-ministres qui ont participé à cet exercice, toute l'équipe du ministère, qui est une équipe formidable, puis ça, je tiens à le dire publiquement. Au ministère, les gens travaillent de façon incroyable dans tous les dossiers. Ce sont des équipes qui sont dédiées, les gens sont dévoués au travail. Je trouve vraiment, là, que c'est un travail extraordinaire. Également, du ministère, Dominique Breton, là, qui a fait un travail remarquable, parce qu'il y a de la coordination à faire là également.

Et également remercier tout le réseau de la santé. Si on est ici aujourd'hui, c'est une raison, on est ici pour nos citoyens, leur offrir le meilleur système de santé et de services sociaux, mais il faut remercier tous les travailleurs de la santé. Et, vous savez, on est plus de 280 000 dans le réseau de la santé, on est environ 30 000 professionnels, dont 16 000 médecins, et tous ont un intérêt: l'intérêt du citoyen.

Et enfin, M. le Président, je veux vous remercier de votre excellent travail. Je pense que, tous partis confondus, on vous trouve excellent. Vous savez faire l'équilibre dans nos débats. Et également remercier votre équipe, qui est toujours à la tâche et qui fait un travail extraordinaire. Là-dessus, bien, je vous remercie.

● (18 heures) ●

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup, M. le ministre. Je sais que le député de Marie-Victorin veut une courte présentation. Après ça, on va procéder au vote. M. le député de Marie-Victorin.

M. Bernard Drainville

M. Drainville: Oui. Bien, moi aussi, j'aimerais bien remercier à mon tour le ministre. De façon générale, c'est des bonnes discussions, le ton est correct. On a des désaccords puis on en aura toujours, mais ça ne change rien, on se l'était dit au départ, là, ça ne change rien au fait que j'ai le respect du travail et j'ai le respect des intentions, très certainement. Et les moyens, par contre, bien, là-dessus, on a des désaccords, et c'est tout à fait normal. Mais, de façon générale, je trouve... si on regarde, là, le nombre de thèmes et de sujets que nous avons couverts pendant tous ces crédits, là, il y en a au moins une trentaine, alors ce n'est pas si mal comme bilan.

J'aimerais saluer évidemment mes collègues: le député de Groulx, qui est toujours là, fidèle au poste; le fidèle Gobeil également qui est à ma droite, qui est d'une aide précieuse. Je salue, bien entendu, les collègues d'en face également. Ça s'est somme toute bien passé. Je salue l'équipe autour du ministre. Je salue également tous les fonctionnaires, tous les gens, tous les responsables qui sont ici présents et qui jouent un rôle tellement essentiel dans le bon fonctionnement de notre système de santé. Je vous salue à nouveau et je souligne encore une fois à quel point votre travail est important et malheureusement pas suffisamment reconnu. Je salue le député de Mercier en passant, comme ça, le personnel de l'Assemblée qui toujours nous assiste, les gens, aux débats, merci d'être là, Mme la secrétaire, toujours efficace, et M. le Président qui réussit toujours à maintenir un décorum et une atmosphère de travail qui, dans l'ensemble, est fort agréable, malgré évidemment quelques petits manquements ici et là à l'ordre. Alors, voilà. Ça a été somme toute des bons crédits. Merci. Merci à tous et à toutes.

Adoption des crédits

Le Président (M. Kelley): Merci beaucoup. Avant de... il faut aller à l'essentiel, procéder aux mises aux voix des programmes 1, 2 et 4 du portefeuille Santé et Services sociaux.

Est-ce que le programme n° 1, intitulé Fonctions nationales, est adopté?

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Adopté sur division. Est-ce que le programme n° 2, intitulé Fonctions régionales, est adopté?

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Sur division. Est-ce que le programme n° 4, intitulé Régie de l'assurance maladie du Québec, est adopté?

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Sur division. Adopté sur division. Est-ce que l'ensemble des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'année financière 2010-2011 sont adoptés?

Des voix: ...

Le Président (M. Kelley): Sur division. Adopté sur division.

Documents déposés

J'ai le devoir de déposer les réponses du ministère de la Santé et des Services sociaux aux questions générales et particulières pour le volet Santé et la Régie de l'assurance maladie du Québec et le cahier explicatif des crédits.

À mon tour, je veux dire merci beaucoup à l'ensemble des membres, que nous avons fait la preuve qu'on peut avoir un débat sur les sujets importants avec les divergences d'opinions, mais on peut faire ça dans un ton respectueux. Je pense, c'est ça, que nous sommes tous élus dans nos comtés pour venir ici faire les débats, faire les débats vigoureux, mais on peut le faire dans un ton qui est respectueux d'autrui, et je pense que c'est un message important.

Sur ça, j'avais le goût de dire qu'on va ajourner nos travaux sine die — et j'aime beaucoup prononcer ce mot — mais je lis attentivement, et nos leaders et nos whips disent qu'on ne peut pas laisser chômer la Commission de la santé et des services sociaux. Donc, la Commission de la santé et des services sociaux, ayant accompli son mandat, ajourne ses travaux au mardi 11 mai, à 11 heures, à la salle RC.171, pour une séance de travail.

Sur ça, merci beaucoup, tout le monde, pour votre disponibilité et pour la qualité de nos débats.

(Fin de la séance à 18 h 3)