



---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

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

**Le jeudi 19 avril 2012 — Vol. 42 N° 47**

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services  
sociaux (2): volet Services sociaux et Santé

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

---

**QUÉBEC**

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:  
[www.assnat.qc.ca](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

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

**Le jeudi 19 avril 2012 — Vol. 42 N° 47**

**Table des matières**

Services sociaux	1
Discussion générale	1
Document déposé	12
Adoption des crédits du programme 3	22
Santé (suite)	23
Documents déposés	24
Discussion générale (suite)	24
Adoption des crédits du programme 4	96
Documents déposés	96

**Intervenants**

M. Gerry Sklavounos, président

Mme Dominique Vien  
Mme Danielle Doyer  
M. Germain Chevarie  
M. François Bonnardel  
Mme Maryse Gaudreault  
M. Émilien Pelletier  
M. Yves Bolduc  
Mme Agnès Maltais  
Mme Filomena Rotiroti

- \* Mme Céline Giroux, Office des personnes handicapées du Québec
- \* Mme Lise Verreault, ministère de la Santé et des Services sociaux
- \* M. André Delorme, idem
- \* M. Michel Fontaine, idem
- \* M. Sylvain Périgny, idem
- \* M. Clermont Gignac, idem
- \* Mme Édith Lapointe, idem
- \* M. Jean Rodrigue, idem
- \* M. Richard Audet, Régie de l'assurance maladie du Québec
  
- \* Témoins interrogés par les membres de la commission



Le jeudi 19 avril 2012 — Vol. 42 N° 47

**Étude des crédits du ministère de la Santé et des  
Services sociaux (2): volets Services sociaux et Santé**

*(Onze heures trente et une minutes)*

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien prendre le moment afin d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires ou le mettre en mode vibration, s'il vous plaît.

La commission est réunie ici, à la salle Louis-Joseph-Papineau de l'Assemblée nationale, pour procéder à l'étude des crédits budgétaires du volet Services sociaux relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2012-2013.

Une enveloppe de deux heures a été allouée pour l'étude de ces crédits.

Mme la secrétaire, avons-nous des remplacements?

**La Secrétaire:** Oui, M. le Président. Mme Doyer (Matapédia) remplace Mme Poirier (Hochelaga-Maisonneuve) et Mme Maltais (Taschereau) remplace M. Traversy (Terrebonne).

**Services sociaux**

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, rapidement, comme il n'y a pas de remarques préliminaires, vu la durée de cette étude, nous allons procéder immédiatement à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et les réponses, en alternance entre le groupe parlementaire formant le gouvernement et les députés de l'opposition.

Le programme n° 3, Office des personnes handicapées du Québec, sera mis aux voix deux minutes avant la fin du temps qui est alloué à l'étude de ce volet. Je vous informe également que deux députés indépendants, soit les députés de Shefford et de La Peltre — le député de Shefford qui est avec nous déjà — ont signifié leur intention de participer à l'étude de ce volet. Ils disposeront respectivement d'un temps de parole de cinq minutes.

Puisque nous avons commencé à 11 h 30, est-ce qu'il y a consentement pour qu'on puisse poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue et terminer à 13 h 30? Est-ce que j'ai ce consentement?

**Mme Doyer:** Consentement, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** J'ai ce consentement. Merci. En terminant, je vous invite, aux fins de l'exercice des études des crédits, à poser des courtes questions, incidemment à fournir des réponses tout aussi brèves pour qu'on puisse favoriser le plus grand nombre d'échanges possible. C'est la présidence qui va gérer ça, et, comme d'habitude, je compte sur votre collaboration.

J'aimerais souhaiter la bienvenue à Mme la ministre déléguée aux Services sociaux qui est avec nous — bienvenue, Mme la ministre — ainsi que M. le sous-ministre, M. Sylvain Gagnon, qui l'accompagne, les autres personnes dans la salle du ministère et du cabinet de la ministre qui l'accompagnent, qui vont nous assister durant cette étude de crédits. Je salue les députés ministériels et les députés de l'opposition officielle et des autres groupes d'opposition.

Et, sans plus tarder, je vais céder la parole à Mme la députée de Matapédia, qui est porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux, pour le début de ce premier bloc de 20 minutes. Mme la députée de Matapédia, la parole est à vous.

**Discussion générale**

**Mme Doyer:** Alors, merci, M. le Président. Merci infiniment. Alors, je vais commencer par un bloc, bien, de 20 minutes, mais je vais justement faire vite pour pouvoir poser beaucoup de questions. Le premier bloc va traiter des entreprises d'économie sociale en aide à domicile.

On a vu que, pendant les dernières années, les entreprises, les représentants des trois grandes entreprises, la Coalition des entreprises d'économie sociale en aide domestique, l'Aile rurale des entreprises d'économie sociale en soutien et aide à domicile du Québec et la Fédération des coopératives de services à domicile et de santé du Québec, ont fait plusieurs représentations pendant toutes ces années-là auprès du gouvernement pour qu'il rehausse les budgets d'année en année, qu'il suive le coût de la vie, bien sûr, mais qu'il rehausse pour que les gens qui ont ces besoins-là d'aide domestique puissent y avoir recours.

Et, bon, dans le budget du Québec 2012-2013, ils ont été déçus parce que, bon, à l'évidence, M. le Président, le gouvernement fait... a pris, je dirais, position pour aider les aidants naturels par des crédits d'impôt et autres. Mais je dirais comme M. Parizeau a déjà dit: On est capable... Quand on est une personne, on est capable de marcher et de mâcher de la gomme en même temps. Et est-ce qu'on ne serait pas capable d'aider par des crédits d'impôt certaines mesures mais aussi d'appuyer ces entreprises par de l'argent?

Je dis aussi, M. le Président, qu'il y a eu un dépôt du rapport du Protecteur du citoyen concernant les services à domicile, et la Protectrice du citoyen nous a dit qu'au-delà des mots il faut agir. Alors, comment se fait-il, M. le Président... Ma question à la ministre... Donc, en réaction aux inquiétudes soulevées par les entreprises d'aide domestique qui dénoncent le sous-financement dont elles sont victimes, plusieurs ont réclamé de ces budgets-là. Et que dit la ministre à ces personnes? Pourquoi n'y a-t-il pas eu un rehaussement de ces budgets dans le budget 2012-2013?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. Je vais céder la parole immédiatement à Mme la députée de Bellechasse, qui est également la ministre déléguée aux Services sociaux. Mme la ministre, comme il n'y a pas eu de remarques préliminaires, si vous voulez faire quelques salutations d'usage, je vous invite à les faire. Je vais imputer le temps au groupe ministériel, et, par la suite, vous pourrez aller à la question de Mme la députée de Matapédia. Ça va, les députés ministériels?

**Mme Vien:** On me fait signe...

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui, il y a consentement.

**Mme Vien:** ...en toute... On me fait signe en toute collégialité, de la part des collègues ministériels, que c'est correct. Alors, merci beaucoup, M. le Président. Salutations particulières aux membres de cette commission, également à toutes ces personnes qui m'accompagnent — ici, à ma gauche, le chef de cabinet, M. D'Astous, et, à ma droite, les sous-ministres, MM. Gagnon et Cotton — et toute cette brigade de personnes qui travaillent dans la quotidienneté des gens, justement, pour améliorer leur qualité de vie et faire en sorte, justement, que, quand ces personnes ont besoin de services, eh bien, nous puissions, partout au Québec, M. le Président, donner les services requis et attendus.

Alors, je voudrais saluer particulièrement ma vis-à-vis du Parti québécois, la députée de Matapédia, dont ce sont les derniers crédits, faut-il le rappeler, après une carrière fructueuse. On connaît le talent de la députée, je tiens à le souligner, et toute cette rigueur aussi qu'on lui reconnaît. Alors, je suis bien contente d'être avec elle aujourd'hui, et le député de Shefford également.

Elle pose une question centrale, elle pose une question qui est très importante dans toute l'organisation du soutien à domicile au Québec, qui est une pierre angulaire, M. le Président, de cette volonté, justement, du gouvernement du Québec de bien répondre à la population, et en particulier à la population qui ont des besoins bien spéciaux. Je pense, par exemple, aux personnes qui vivent avec une limitation, donc un handicap, ou encore avec ces personnes qui gagnent en âge et qui ont besoin d'un coup de pouce à la maison. Alors, évidemment, les entreprises d'économie sociale en aide domestique sont vraiment des entreprises qu'on a bien ciblées, qu'on a bien ciblées comme étant des partenaires de premier plan, justement, pour faire atterrir de belle façon et comme il faut cette politique qu'est la nôtre de soutien à domicile, notamment.

Il y avait toute une philosophie aussi lors de la mise en place des entreprises d'économie sociale en aide domestique, M. le Président, c'est bon de se le rappeler. C'était, rappelez-vous, justement, pour venir contrer le travail au noir. Bien sûr, il y avait cette volonté de maintenir à domicile les gens, mais aussi cette volonté de contrer le marché au noir dans ce secteur bien particulier.

Et, vous savez, dans les régions comme la nôtre, par exemple, c'est un moteur d'emploi qui est important. Dans la MRC des Etchemins, là, c'est sans aucun doute un des premiers employeurs, mon entreprise d'économie sociale, à ce niveau-là. Alors, il est important de reconnaître le travail de ces entreprises-là. Il est tout aussi important, M. le Président, bien entendu, de les soutenir.

Et c'est ce que nous faisons, notamment en aidant, justement, les personnes à plus faibles revenus — et vous me corrigerez, messieurs — avec le programme d'exonération financière octroyé... justement, mis en place pour les personnes avec des revenus plus minimes, de leur permettre d'avoir cette aide à la maison, cette aide domestique. Alors, c'est quelque chose comme 59 millions de dollars, M. le Président, qui sont investis dans le PEFSAD actuellement au Québec. Et, de notre côté, au cours du dernier budget 2011-2012, si ma mémoire est bonne, c'est quelque chose comme 5 millions de dollars, M. le Président, que nous avons ajoutés.

D'une part, nous avons mis des sous pour l'ensemble des entreprises d'économie sociale et nous avons mis aussi une large part, il faut le dire, pour aider, justement, ces personnes à avoir une aide variable plus avantageuse pour les personnes. Il est entendu également, et j'ai eu l'occasion de le dire à certains collègues, que la politique Vieillir chez soi, qui sera annoncée prochainement et laquelle prenait une large part dans le dernier budget annoncé le 20 mars dernier...

● (11 h 40) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la ministre, si on pourrait arriver plus rapidement à la question précise. Je veux juste essayer de favoriser le plus possible... Je sais qu'on n'a pas... on peut faire un petit peu plus... une réponse plus générale, mais, dans la mesure du possible, je veux favoriser les échanges, alors...

**Mme Vien:** Oui, j'y arrivais, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Je vous invite. Allez-y, Mme la ministre. Merci.

**Mme Vien:** Oui. Je comprends.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci de votre collaboration.

**Mme Vien:** Oui. J'entends bien votre message et j'y arrivais, justement, à cet appui que le gouvernement du Québec donne, justement, à ces personnes mais aussi à ces organisations-là. Alors, je le dis: L'année dernière, c'était un 5 millions de dollars. Bien entendu, au budget de cette année, il y a une aide d'appoint qui est consentie — le montant m'échappe, là — pour venir appuyer, accompagner les entreprises d'économie sociale dans leur performance, dans leur administration. 1,7 million sur trois ans. Merci beaucoup. Et, bien entendu, cette politique Vieillir chez soi qui voit le jour et qui est très attendue, bien entendu, les organisations dont parlait la députée de Matapédia seront au dossier, bien évidemment.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** La réalité, là, parce que, moi, les politiques, puis les «on verra», là... C'est ici maintenant dont les gens ont besoin. La réalité, c'est que, quand ces entreprises-là sont venues au monde, au plus fort des budgets, ça a tourné autour de 60 millions. La réalité, c'est qu'elles ont demandé 15 millions supplémentaires. La réalité, c'est que l'ex-ministre des Services sociaux avait annoncé un 3,5 millions qui s'est comme tout d'un coup volatilisé, que les entreprises ont dû assumer elles-mêmes. La réalité, c'est qu'elles ont continué, d'année en année, à réclamer des budgets qui ne sont jamais venus à la hauteur de ce qu'on devrait faire au Québec. Parce que, si on les reconnaît, les Mercuriades, Coup de main à domicile, dans Rimouski-Neigette ont reçu un prix Mercure, à un moment donné, ça ne doit pas rester des purs esprits et que, par rapport à des sommes qui sont mises et accessibles aux gens de 70 ans...

Par exemple, les aidants naturels, on a au Québec, M. le Président, des personnes qui ont besoin d'aide à domicile, d'aide domestique pour habiter chez elles, de toutes sortes d'âges. Et la réalité, c'est qu'il n'y en a pas eu, d'argent. Il y a eu 5 millions annoncés par vous-même et le premier ministre, etc. C'est tout ce qu'il y a eu.

Et, quand on dit que c'est pour aider les plus démunis, ça veut dire que c'est en fonction du revenu et qu'à un moment donné les gens doivent choisir entre des heures... et aussi les CSSS doivent choisir avec... on donne tel nombre d'heures et que les gens... À un moment donné, cette banque d'heures ne devient plus disponible ou en tout cas... Moi, si j'ai de l'argent, je vais aller me les chercher, les heures en aide domestique. Les personnes qui ont des revenus vont aller se les chercher, mais la réalité, là, en 2012-2013, c'est qu'il n'y en a pas eu, d'argent, ou si peu que ça ne vaut pas la peine trop d'en parler.

Et à un moment donné — je termine là-dessus pour ce bloc-là d'économie sociale, aide domestique — c'est qu'il va falloir que quelqu'un en quelque part fasse ce rehaussement d'année en année et se rende... C'est 15 millions qu'il manque. Alors, ce 15 millions, il va falloir qu'on le mette à un moment donné, et suffisamment, et d'indexer à chaque année parce que c'est essentiel. On ne peut pas avoir une reconnaissance virtuelle de ces entreprises-là qui sont essentielles. C'est Vieillir chez soi, mais c'est vivre chez soi aussi dans la dignité.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, on va permettre une réplique à Mme la ministre. Allez-y, Mme la ministre.

**Mme Vien:** Merci beaucoup, M. le Président. Ce dont je veux assurer la députée, c'est de toute mon amitié pour ces entreprises-là. Moi, j'y crois profondément, personnellement, à cette action qu'elles ont au Québec, partout au Québec. En fait, il y a 101 entreprises d'économie sociale du genre au Québec.

Je tiens à dire à la députée de Matapédia qu'à chaque fois que ces organisations-là ont demandé une rencontre avec la ministre, ils l'ont eue. Que ce soit au téléphone, que ce soit dans mes bureaux, je me fais toujours un devoir de les rencontrer. Ils connaissent exactement où je me positionne par rapport à leurs besoins. J'ai toujours dit que je les accompagnerais. L'année dernière, je l'ai dit, nous avons décaissé 5 millions de dollars. Cette année, c'est la même chose. Je fais le maximum pour ces entreprises-là parce que je sais quelle est l'action positive qu'elles posent à tous les jours auprès des personnes notamment démunies.

Il y a la politique Vieillir chez soi qui s'en vient, M. le Président. Nous aurons, bien entendu, tout le loisir de dévoiler ses particularités. Mais je tiens aussi à rappeler à cette commission que le gouvernement du Québec, pour les 3 400 organismes communautaires qui sont rattachés au ministère de la Santé... Il est très pertinent de rappeler que ces entreprises-là, que ces organismes-là ont connu une indexation de 2,4 % au cours de la dernière année, même chose pour l'année qui s'en vient. C'est donc quelque chose comme 11 millions de plus à se partager. Ce n'est pas rien, M. le Président. Et je terminerai en rappelant à la députée également que, depuis 2003, là, c'est de l'ordre de 70 % que les services à domicile ont augmenté au Québec. C'est sérieux, c'est important parce que nous y croyons, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Oui. Et, en terminant, je demanderais à la ministre de rappeler à l'ordre son collègue de Montmagny-L'Islet qui, au lieu de se démener pour avoir davantage de budget pour les entreprises d'économie sociale, attaque les entreprises de sa circonscription parce qu'elles ont osé dénoncer le non-rehaussement de...

**Le Président (M. Sklavounos):** Là-dessus... là-dessus, écoutez... Là-dessus, vous allez me permettre, on est en train d'imputer des motifs, premièrement. Vous connaissez bien la règle, vous êtes une parlementaire d'expérience, douée...

**Mme Doyer:** ...de le dire.

**Le Président (M. Sklavounos):** ...douée en plus. Je vais vous inviter à plus de prudence dans vos propos. Vous connaissez bien la règle, vous avez présidé plusieurs commissions parlementaires. Je vais vous inviter à continuer.

**Mme Doyer:** Je vais continuer, mais ça m'a fait du bien de le dire.

Alors, M. le Président, je vais toucher à ce qui concerne les organismes communautaires. Les organismes communautaires dans toutes les régions du Québec déplorent le peu de rehaussement au niveau de leurs budgets, elles aussi. Et, bon, le sous-financement des organismes communautaires, selon la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires: «...l'aide supplémentaire accordée dans le dernier budget [provincial] représente une goutte d'eau dans l'océan[...]. 7 millions de dollars en 2012-2013, c'est [très peu lorsque les besoins réels] s'élèvent à 200 millions.»

Alors, j'ai des articles de l'Abitibi-Témiscamingue. Les gens sont sortis en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, bon, pour dénoncer ce budget-là qui ne leur apporte rien ou presque rien. *Le budget Bachand et les organismes communautaires en santé et services sociaux* — M. le Président: *un gros zéro*. Et ça, c'est la Coalition des tables régionales d'organismes communautaires du Québec.

Alors, quels sont... Puis là je devance les propos de la ministre qui va me dire qu'il y a une table qui s'est mise en place, une table qui va réfléchir, hein, politique, réflexion, bon. Puis, à un moment donné, vous... M. le Président, la ministre avait signifié par écrit, le 31 août 2011, son refus de hausser les sommes consacrées au Programme de soutien aux organismes communautaires pour 2011-2012 et elle avait annoncé avoir demandé aux autorités ministérielles concernées de poursuivre leurs efforts afin d'identifier pour la prochaine année des pistes de solution possibles.

Alors, est-ce que la ministre pourrait me faire le point? Où en sont rendues ces réflexions? Vous avez dit que vous mettiez un comité en place, mais, nous, on est dans les solutions possibles et identifiées. Et les gens... ça fait des années que je porte ce dossier-là et qu'ils ont demandé un rehaussement de budget. Comment ça se fait qu'on n'est pas capables d'aller chercher de rehaussement de budget suffisant? Parce qu'on leur en demande beaucoup, et on ne peut pas se reposer non plus constamment sur des organismes qui deviennent exsangues à force de s'en faire demander.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. Mme la ministre déléguée aux Services sociaux.

**Mme Vien:** S'il y a quelqu'un qui connaît bien le domaine communautaire puis le monde communautaire, c'est moi, M. le Président, parce que j'y ai oeuvré près de 15 ans lorsque j'étais jeune et gentille, au début de ma carrière. Et je connais bien la réalité de ces organismes-là, qu'ils soient dans Bellechasse ou ailleurs au Québec. Je les connais bien parce que je me suis toujours intéressée à leurs missions, également à la réalité qui est la leur. Et, encore une fois, comme pour les entreprises d'économie sociale ou pour tout autre organisme de représentation, à chaque fois qu'on a eu besoin de me voir, de me parler, je pense que moi ou mon cabinet, on a toujours été au rendez-vous, de sorte qu'on comprend bien et on entend bien également les demandes qui sont faites à plusieurs niveaux, notamment au niveau du financement.

Vous me permettez, M. le Président, de rappeler un certain nombre de choses qui sont très, très, très importantes. Vous dire au passage, là, que ce sont 3 476 organismes communautaires qui sont rattachés au port d'attache, si vous voulez, du ministère des Services sociaux, O.K. — alors, Santé et Services sociaux — et qu'àuprès de ces 3 400 organismes là, nous donnons beaucoup de sous. C'est 480 millions, M. le Président, au moment où je vous parle, là, c'est près d'un demi-milliard de dollars. Alors, on ne peut pas dire, au Québec, là, qu'on n'appuie pas et qu'on n'accompagne pas les organismes communautaires. Je pense que la société toute entière fait des efforts importants justement pour venir accompagner ces organismes-là qui eux-mêmes font un travail formidable sur le terrain.

Au cours de l'année dernière, c'est une augmentation de l'indexation. L'indexation, en fait, a connu une hausse de 2,4 %. C'était l'année dernière. Et, cette année, je vous l'annonce, là, c'est 2,4 % supplémentaires, donc pour l'année 2012-2013, qui seront consentis, de sorte que c'est un autre 11 millions de dollars qu'on vient ajouter aux organismes communautaires qui sont rattachés au ministère de la Santé et des Services sociaux.

On voudrait faire plus, très certainement, M. le Président. Très certainement. Mais les moyens de l'État sont ce qu'ils sont. On demande à chacun et à chacune au Québec de faire un effort, de se serrer la ceinture. Nous avons un objectif de retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014, là. Il est très sérieux, cet objectif-là, c'est une cible pour laquelle tout le monde est mobilisé, y compris le gouvernement du Québec, bien entendu. Et, malgré tout ça, M. le Président, puisque nous comprenons la situation des organismes communautaires, puisque nous saisissons très bien quelle est leur mission, eh bien, nous y allons avec une indexation qui est...

● (11 h 50) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, merci.

**Mme Vien:** ...importante, de 2,4 % cette année.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Alors, M. le président, bon, concernant le financement accordé au PSOC au niveau régional, comparativement à l'année 2011-2012, le montant des crédits de transfert du programme 2, Fonction régionale du budget 2012-2013, va passer de 439 384 000 \$ à 455 906 000 \$, soit une augmentation de 16 millions. Le montant de l'augmentation correspond à un maigre 3,7 %, ce qui va couvrir à peine l'inflation de l'année à venir et signifie que l'augmentation accordée ne permettrait pas de répondre aux nouveaux besoins, ni de rehausser le financement actuel. Parce que, par exemple, quand on rehausse le salaire de base, le salaire minimum, bien, les gens... les organismes aussi sont obligés de suivre, puis c'est correct aussi. Il importe donc de s'assurer du maintien du pourcentage de prépondérance du financement accordé pour répondre à la mission globale des organismes communautaires, soit de 84 % ces dernières années. Ce taux de 84 % doit être considéré comme un objectif minimal visé par chacune des agences.

Alors, mes questions: Quelle part du 455 906 000 \$ va être attribuée pour la mission globale pour des projets et une entente de service? Et le MSSS, le ministère de la Santé et des Services sociaux, va-t-il maintenir l'acquis de 84 % pour la mission globale?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. Mme la ministre déléguée aux Services sociaux.

**Mme Vien:** Absolument, M. le Président, là, nous allons maintenir le cap là-dessus, là. Mais c'est important, là, de... Le message central, c'est quoi, au fond, M. le Président, ici, aujourd'hui, là? Le message central, c'est que nous avons 3 400 organismes communautaires rattachés au ministère de la Santé et des Services sociaux qui prodiguent des soins, qui donnent des services partout au Québec.

Le message que moi, je veux lancer aujourd'hui, c'est que nous considérons cela suffisamment important et probant pour dire que ces organismes-là ont besoin d'un coup de pouce supplémentaire de l'État et que nous accordons une indexation entre autres pour ces organismes-là. Alors, je pense que c'est ça, le message central, et c'est ça qu'il faut retenir.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Bon, M. le Président, ce qu'il faut retenir, c'est que les organismes comme les entreprises d'aide domestique... les organismes communautaires ont besoin d'amitié, c'est sûr, mais ils vont se la chercher auprès de leurs amis. Ils ont besoin de rencontres avec la ministre, mais pas pour parler de politique ou de réflexion; d'actions, de deniers concrets qui vont tomber pour faire en sorte d'avoir des solutions.

Avec grande... avec, mettons... J'ai vu, cette semaine, par exemple, la ministre nous dire qu'elle avait grappillé, dans les enveloppes discrétionnaires de ses collègues, 197 000 \$ pour les banques alimentaires au Québec. Je pense que... Puis elle annonçait ça, là. Mais moi, je veux bien compatir, puis je veux bien dire: Aïe!, quand on est rendu à aller chercher dans les enveloppes discrétionnaires des ministres, là, pour régler les problèmes de banques alimentaires qui crient de partout au Québec... Bien, moi, ce que je vous dis, c'est qu'on entend, dans chacune des agences, qu'il y a de plus en plus de difficulté.

On leur en met sur les épaules, et les organismes communautaires qui réclamaient, il y a deux ans, 95 millions et ils réclamaient aussi un rehaussement de budget pour la mission globale... On n'a pas eu ce rehaussement suffisant et on leur en demande de plus en plus. Et je pense que les problèmes ne sont pas réglés au niveau du financement des organismes communautaires.

Bon, quand je donne l'exemple de Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, un article dans *La Presse* du 29 mars mettait en lumière le sous-financement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles. Qu'est-ce que ça signifie? «...105 organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles [...] disposent d'un financement de 12 millions par an, mais il leur en faudrait 7 millions de plus pour remplir leurs mandats.» Et qu'est-ce qu'ils disent, la maison de la famille? C'est: «...le financement [...] des organismes communautaires "est gelé sans indexation"...»

Donc, moi, là, je sais lire, je lis dans les articles. On est des députés, on reçoit des demandes dans nos comtés et on n'a pas de rehaussement suffisant.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Matapédia, merci. Mme la ministre.

**Mme Vien:** On va recentrer un certain nombre de choses, M. le Président. L'augmentation de budget aux organismes communautaires au ministère de la Santé, ça a augmenté de 75 % depuis 2003, depuis qu'on est au pouvoir. Depuis que le Parti libéral est au pouvoir, ça a augmenté de 75 %. La mission globale va continuer à être financée à hauteur de 84 %, donc on garde le cap, comme la députée l'a souligné tantôt.

Les banques alimentaires ont reçu 6 millions de plus, supplémentaires, d'aide d'appoint l'année dernière pour les trois prochaines années. L'aide aux démunis à l'intérieur de cette enveloppe communautaire là, M. le Président, ça a augmenté de 238 % au cours des dernières années, de mémoire de femme, là. Et le 197 000 \$ que nous avons annoncé à partir du discrétionnaire des ministres, moi, je peux vous dire que les gens qui étaient là dimanche dernier étaient très contents, et en particulier Partageance qui a pris la peine de nous envoyer une lettre nous remerciant.

Alors, Mme la députée de Matapédia, elle aussi écrit au ministre pour avoir du discrétionnaire et, quand on dit oui, je pense qu'elle est très contente d'en avoir, parce que ça fait la différence dans le milieu. Toute aide est porteuse, est un levier, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Alors, ceci met fin à ce bloc de l'opposition officielle.

Avant de céder la parole du côté ministériel, je veux souligner la présence de deux personnes qui sont à la table avec Mme la ministre et leur souhaiter la bienvenue, particulièrement M. Cotton, qui est le sous-ministre en titre, et M. Pascal D'Astous, qui est le directeur de cabinet de la ministre, qui sont également à la table avec nous. Merci.

Alors, du côté ministériel, si je comprends bien, ça va être M. le député des Îles, qui est l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, qui va débiter pour la partie ministérielle. Allez-y, M. le député des Îles, la parole est à vous.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Bon avant-midi, Mme la ministre, votre équipe, les représentants du ministère, M. Cotton et M. Gagnon, mes collègues de l'opposition et également députés ministériels, toutes les personnes présentes ici, ceux qui nous écoutent par le biais de la télévision.

J'aimerais aborder le thème des personnes qui sont aux prises avec un trouble envahissant du développement ou encore une déficience intellectuelle et vous dire d'entrée de jeu que ce sont des services à ces clientèles qui m'ont toujours grandement préoccupé. Et j'ai toujours eu un attachement particulier pour ces personnes.

Bien que ma première expérience de travail professionnel dans le réseau de la santé a été à titre d'intervenant social avec les... ce qu'on appelait dans le temps les jeunes délinquants et le Tribunal de la jeunesse, ma deuxième expérience de travail fut à titre de directeur général dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle. Et j'ai vécu, dans cette fonction, plus de cinq années, une excellente expérience de travail.

Bien sûr, ça a été des relations très cordiales, très enrichissantes avec le personnel, les familles de cette clientèle-là, mais je vous dirais que le point essentiel puis le point de référence ou central fut la clientèle, fut la clientèle qu'on desservait aux Îles-de-la-Madeleine. Je dirais une clientèle... des jeunes femmes, des jeunes hommes, dans la plupart des cas avec des capacités intellectuelles limitées, mais un potentiel extraordinaire, et un potentiel extraordinaire sur le plan de l'humanité, de la spontanéité, de la loyauté, de la capacité de s'émerveiller pour des petites activités du quotidien.

Finalement, je pense que ça a été une expérience de travail où j'ai découvert beaucoup de choses par rapport aux personnes qui éprouvent des difficultés, qui ont des capacités limitées mais qu'ils ont des valeurs extraordinaires sur le plan des relations humaines. Et j'ai appris énormément de ces personnes.

Alors, aujourd'hui, à titre de député, je suis vraiment heureux de pouvoir contribuer et donner, à l'occasion, le coup de main ou soutenir l'amélioration des services à ces clientèles... à cette clientèle. Et la mise en place du plan d'action... le plan d'accès, les mesures qui ont été prises par notre gouvernement et la ministre pour atténuer ou réduire les listes d'attente dans les centres de réadaptation sont des gestes de soutien par rapport aux services aux clientèles qui sont aux prises avec ce type de problématique.

Alors, M. le Président, ce que j'aimerais déposer comme question à la ministre, c'est... J'aimerais qu'elle nous fasse un peu le point sur le portrait des services à la clientèle DI et à la clientèle TED et peut-être également en profiter pour nous parler de l'annonce qui a été faite dernièrement, soit en janvier 2012, du 8 millions de dollars d'investi dans ces services-là.

● (12 heures) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député des Îles. Mme la ministre déléguée aux Services sociaux.

**Mme Vien:** Merci beaucoup, M. le Président. Merci au député, dont je reconnais, là, la grande sensibilité, parce que c'est quelqu'un qui a oeuvré dans le réseau, et il l'a dit tout à l'heure, il a fait un peu son parcours, son cheminement. Et c'est toujours un plaisir de discuter avec lui parce qu'il apporte souvent des exemples concrets, hein, puis ça, c'est très précieux pour une ministre comme moi, qui n'a pas nécessairement oeuvré, comme le député, à l'intérieur d'organisations, qui connaît bien le terrain et qui a vraiment cette sensibilité-là. Je le remercie profondément.

Le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, M. le président, c'est un programme qui est très, très, très important au niveau du ministère, dont j'ai la responsabilité. Il y a toute une équipe, que ce soit au ministère mais aussi partout sur le territoire, qui est dédiée justement pour venir en aide, et le plus précocement possible, là, auprès des familles et des enfants qui ont besoin d'un coup de pouce, et surtout d'un diagnostic, et surtout d'une première entrée, hein, pour une première évaluation mais aussi, comme le disait déjà la députée de Matapédia lors d'une période de questions, également pour ces personnes soit adolescentes ou un peu plus vieilles qui ont aussi besoin de notre soutien.

C'est toujours bon, M. le Président, de faire un petit historique d'où on part, vous dire que les programmes en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, et en particulier les troubles envahissants du développement, M. le Président, c'est quelque chose, là, qui est relativement récent, dans ce sens où on commence à mieux comprendre ce dont on parle, qu'est-ce que c'est exactement, d'en délimiter, si vous voulez, la connaissance. Et ici c'est... Au Québec, c'est comme ça, mais c'est comme ça aussi ailleurs dans le monde. Alors, on déploie beaucoup d'énergie pour bien comprendre ce que c'est que le trouble envahissant du développement, les TED, comme on les appelle, et, bien entendu, pour avoir une action qui est pertinente et probante sur le terrain.

Alors, c'est le gouvernement en place, évidemment, qui a fait une action très musclée, très costaud juste pour donner beaucoup de ressources, mettre en place des ressources pour justement bien connaître ce trouble-là et bien répondre au besoin de la population, un besoin qui est grandissant, hein, parce que la prévalence des troubles envahissants du développement n'est pas du tout celle qu'on connaissait en 2003. Aujourd'hui, on parle d'une prévalence aux alentours de 1 % de la population. On n'est pas du tout, du tout dans les mêmes eaux de 2003. Alors, c'est vous dire, là, que ce sont de plus en plus d'enfants qui arrivent, qui ont besoin de services, qui ont besoin de diagnostics et donc qui ont besoin également de services.

Compte tenu de ces éléments-là, M. le Président, on n'a pas hésité à mettre les sous qu'il fallait, notamment pour créer de la formation — ça, c'est très, très, très important — autant de la formation pour former des gestionnaires mais aussi former des intervenants de haut niveau, des formations de deuxième cycle notamment.

Également, M. le député a parlé du plan d'accès, qui est majeur, un plan d'accès de 2008, dans lequel on a investi 110 millions de dollars pour justement venir résorber ces listes d'attente, qui existaient depuis plusieurs années. Alors, ça, c'est une action de notre gouvernement dont on peut être très fiers parce qu'aujourd'hui la résorption des listes d'attente est aux alentours de 99 %. Aussi bien dire que c'est presque la perfection, M. le Président, à ce niveau-là, quoiqu'il reste toujours du travail à faire. Il y a toujours des gens qui sont évidemment en attente. Ça, nous le concevons très bien. Maintenant, il y a une large amélioration qui a été apportée au cours des dernières années.

Nous avons mis aussi en place, M. le Président, une intervention qu'on appelle... en fait, le programme d'intervention comportementale intensive, qui franchement fait une différence sur le terrain. J'ai reçu des lettres de parents, là, à la dizaine, disant à quel point ça avait changé leur vie, mais surtout que ça avait changé la vie de leurs enfants.

Quand on parle du pourtour, M. le député, des investissements, ça aussi, c'est assez intéressant à regarder. Que ce soit en centre de santé et services sociaux, donc en première ligne, ou encore en centre de réadaptation, les sous ont été investis. On n'a pas lésiné là-dessus, on a compris qu'il y a des gestes majeurs qu'il fallait... qui devaient être posés et on les a posés. C'est une augmentation de 44 % du budget, là, alors c'est vous dire toute l'importance qu'on accorde à ça.

Et le nombre de personnes, aussi, desservies dans les... CRDITED maintenant — et c'est nous aussi qui avons demandé que les troubles envahissants du développement fassent dorénavant et désormais partie de l'offre de services des CRDI — le nombre de personnes a aussi augmenté de belle façon. Je pense que c'est aux alentours de 180 %, le nombre de personnes, de jeunes, de mémoire, qui ont reçu des services en CR, donc en centre de réadaptation.

Et, M. le Président, le député l'a bien dit, nous avons poursuivi, au cours des derniers mois, les investissements des dernières années également. Il y a 8 millions qui ont été annoncés au mois de janvier. Il y a 35 millions également qui sont annoncés pour toutes déficiences confondues dans le budget de cette année. Nous aurons l'occasion de rendre publics, très prochainement, les détails de cette enveloppe-là. Mais c'est avec grand plaisir qu'on a décidé de réserver des sous à ce niveau-là.

Nous avons confié à Michel Langlais — peut-être le connaissez-vous, M. le député, sûrement — qui est un homme qui est reconnu dans le milieu, d'abord qui est un papa d'un enfant autiste, donc c'est quelqu'un qui, dans la quotidienneté, là, sait ce que c'est, sait ce que c'est et qui aussi a à gérer des centres de réadaptation... à qui j'ai confié le mandat de me faire une photographie.

Vous savez que le plan d'action date quand même de huit ans si ma mémoire est bonne, de 2003, Un geste porteur d'avenir. On a besoin évidemment de faire le point sur ce plan d'action là. J'ai besoin d'une photographie pour revoir ce plan-là. Après huit ans, là, on va le revoir. Les choses ont changé, la prévalence a changé. Les jeunes arrivent plus rapidement pour un premier diagnostic, les premiers services arrivent plus rapidement également. Or donc, il faut revoir la situation, peut-être même revoir nos façons de faire. On verra ce qu'aura à nous dire M. Langlais là-dessus. Alors, j'attends son rapport pour juin prochain.

Alors, essentiellement, M. le Président, c'est là où nous en sommes avec la déficience intellectuelle, également les troubles envahissants du développement. Rappeler aussi à cette commission que le Québec a été une des premières provinces à se doter d'une politique pour les troubles envahissants du développement, M. le Président, et sans aucun doute la première province aussi à se doter d'un plan d'accès pour faire en sorte qu'effectivement nous mettions fin à cette liste d'attente qui était celle du gouvernement précédent. Et nous y avons vu et... de sorte qu'aujourd'hui cette liste d'attente là est résorbée de l'ordre de 99 %. Et tous les efforts sont consentis, je peux vous l'assurer, que ce soit dans les CSSS, où on forme d'ailleurs les intervenants... Il y a des arrimages qui se tissent actuellement, qui s'ourlent avec les centres de réadaptation pour faire en sorte que nous ayons justement cette fluidité et ces services donnés au bon moment au bon endroit par la bonne personne.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Quatre minutes, M. le député des Îles.

● (12 h 10) ●

**M. Chevarie:** Merci beaucoup, M. le Président. Merci, Mme la ministre. On sait que les centres de réadaptation en DI, DI-TED, sont en train de faire une grande réflexion. On a été informés de ce processus. Et j'en profite pour saluer tous les gestionnaires des centres de réadaptation TED et le personnel. Et ils sont en train de se faire une réflexion sur leur mission avec l'emphase un peu mise... pas un peu, je pense, on cible ce volet-là de mettre l'emphase sur les services spécialisés en réadaptation DI ou TED et qu'il y aurait peut-être un volet qu'on appelle les services de première ligne qui pourrait être relocalisé ou transféré. Je ne sais pas si vous pouvez nous en glisser un mot... ou ces actions-là sont de nature plus localisée ou encore si ça se fait au niveau de l'ensemble du réseau en réadaptation DI-TED... sur cette réflexion-là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député des Îles. Trois minutes, Mme la ministre. Réponse concise, s'il vous plaît.

**Mme Vien:** Je veux juste bien...

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui, allez-y.

**Mme Vien:** ...voir si j'ai bien compris la question...

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui, allez-y. Allez-y.

**Mme Vien:** ...M. le député. Donc, est-ce que vous me parlez des services socioprofessionnels?

**M. Chevarie:** Oui, c'est ça.

**Mme Vien:** Parfait. Donc, suite aussi, entre autres, aux pétitions qui ont été déposées — disons les choses très clairement. C'est ça?

**M. Chevarie:** Exact.

**Mme Vien:** Vous posez une question sérieuse. D'ailleurs, il y a des parents, hein, qui m'ont interpellée sur cette question-là. Il me reste juste deux minutes. Ah là là! Il y a des parents qui m'ont interpellée sur cette question-là, il y a des organisations aussi, M. le Président, qui m'ont interpellée sur cette question-là, et j'y ai été très sensible, évidemment.

Juste pour se remettre dans le contexte, là, il y a eu des changements législatifs, rappelez-vous, aux années 2004, 2005, de mémoire, où on vient dire: C'est une bonne idée au Québec que nous ayons de la hiérarchisation au niveau de l'entrée dans le système de santé. Passons donc par la première ligne et ensuite déployons les gens là où les services se donnent: si c'est de première ligne ou de deuxième ligne, etc.

Traditionnellement, les activités socioprofessionnelles étaient données par les centres de réadaptation en DI-TED. Maintenant, ce que l'on dit: Est-ce qu'effectivement ces activités socioprofessionnelles là sont des activités spécialisées qui devraient être données par les CRDI? Peut-être pas. On se dit: Peut-être que la première ligne, en collaboration avec le CSSS, pourrait très certainement, avec les ressources qui vont avec, s'occuper de ces activités-là tout en demandant aux CRDI de voir effectivement à cet accompagnement-là aussi, parce que ces endroits-là ont aussi une responsabilité à ce niveau-là.

J'ai écrit à l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux de même que la Fédération des CRDI. Je suis allée aussi à leur premier colloque et je suis allée leur dire ceci — ce que je leur avais écrit: Il ne peut pas y avoir, au Québec, de bris de service en raison d'une réorganisation administrative. Je pense que je me fais assez claire. Je suis allée leur dire sur leur tribune, je leur ai écrit et je ne m'attends à rien de moins que les services soient donnés, que ce soit par le CSSS ou encore par un CRDI. Le client, lui, ce qu'il veut, c'est un service, puis, la ministre, ce qu'elle veut, c'est qu'il ait ce service.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député. Alors, ça complète ce bloc pour le groupe ministériel. Et ça sera autour de M. le député de Shefford, que j'ai le plaisir d'accueillir pour une période de cinq minutes. M. le député de Shefford, la parole est à vous.

**M. Bonnardel:** Merci, M. le Président. Alors, salutations à tout le monde, Mme la ministre. Rapidement, M. le Président, j'ai souligné à l'Assemblée nationale, à l'automne dernier, une problématique grave sur la Côte-Nord depuis l'arrivée du projet de la Romaine, des projets hydroélectriques, du boum minier, une situation où les jeunes des communautés autochtones ont accès très, très, très facilement à des drogues douces, des drogues dures: des amphétamines, des drogues de synthèse, du speed. Et, lors de cette interpellation que j'ai faite à l'Assemblée nationale, M. le Président, le gouvernement, votre gouvernement, Mme la ministre, vous m'avez accusé, de la part du ministre des Ressources naturelles, de vouloir casser du sucre sur le dos des communautés autochtones. Le premier ministre m'a accusé de peindre toutes les premières nations comme des toxicomanes.

Et aujourd'hui, Mme la ministre, on a un article qui est percutant dans *Le Journal de Québec*, *Journal de Montréal*. On parle ici de *Bad trip sur la Côte-Nord*, une situation extrêmement, extrêmement préoccupante quand on regarde les intervenants qui ont parlé, donc, dans *Le Journal de Québec* ce matin, un Innu, M. Gilbert Pilot, des intervenants de la santé, Mme Gingras, Isabelle, qui confirment... qui confirmaient même, le 31 mai 2011, dans le Nord-Est, une situation où «une nette tendance se remarque depuis l'hiver, augmentant la pression sur le service de psychiatrie» parce que les jeunes ont un accès extrêmement, extrêmement facile à ces drogues depuis l'arrivée, donc, des projets hydroélectriques. Même la CSN disait: «La CSN Construction s'inquiète du problème de drogue sur le chantier de la Romaine»; les Autochtones: *Les stupéfiants dans la mire des communautés autochtones*.

Et, quand je regarde les chiffres, Mme la ministre, rapidement, pour ce qui est des services sociaux sur la Côte-Nord, on voit qu'en termes de santé mentale la Côte-Nord est en dernière position au Québec dans toutes les régions pour ce qui est des investissements que votre gouvernement fait. Quand on regarde la moyenne des régions, c'est 6 %. Pour la Côte-Nord, on a 1 %, donc, de ces sous qui sont donnés à la Côte-Nord. Et, quand on regarde pour ce qui est des jeunes en difficulté, c'est la deuxième pire région en termes d'investissement de la part de votre gouvernement au Québec: une moyenne de 5,6 %; on est à 1,84 %.

Mme la ministre, il y a des sujets délicats à aborder à l'Assemblée nationale, mais aucun ne doit être tabou. Quand il s'agit de la santé de nos jeunes, on doit se mettre en mode solution. Est-ce que vous avez, depuis des mois déjà qu'on en parlait, abordé le fait qu'il faut monter une équipe spéciale pour aider les services sociaux de la Côte-Nord, aider même les communautés autochtones dans le cadre du développement de votre Plan Nord?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député de Shefford. Mme la ministre déléguée aux Services sociaux.

**Mme Vien:** Beaucoup de choses ont été dites dans cette présentation, alors je ne reprendrai pas tout ça, je ne reprendrai pas tous les angles.

**Une voix: ...**

**Mme Vien:** Non, ça va être correct. Mais je ne reprendrai pas certains éléments, notamment ce que disent certains groupes syndicaux. Moi, ce que je veux dire — et rassurer la population, M. le Président, surtout — c'est de dire à quel point on est, bien entendu, préoccupés, M. le Président, par le fait que des jeunes et des moins jeunes puissent un jour prendre de la drogue et s'y accrocher. Évidemment, que ce soit dans les communautés au sud ou que ce soit dans les communautés du Nord, ça nous chagrine et ça nous interpelle, bien entendu. Et il n'y a pas une situation qui est relevée qui ne nous secoue pas à ce niveau-là.

C'est la raison pour laquelle nous avons, au cours des dernières années, M. le Président, consenti des sommes, bien sûr, pour notamment faire et mener des activités de prévention à la toxicomanie. Et ça se fait au sud et ça se fait au nord. Et j'y suis allée, dans le Nord, M. le Président, au mois de juin dernier. Nous y sommes allés le 21 juin si ma mémoire est bonne. Nous étions allés là-bas, entre autres, pour inaugurer un centre de logements pour personnes âgées. Et j'ai vu des

yeux magnifiques, j'ai vu des jeunes fantastiques. J'en parle, puis j'en parle un peu avec émotion parce que, tant et aussi longtemps qu'on n'est pas allés dans le Nord, on ne sait pas ces choses-là, on ne comprend pas ces choses-là.

Et je ne suis pas dupe au point de ne pas savoir toutes les problématiques et les situations douloureuses que vivent certaines communautés et certaines personnes également. Alors, M. le Président, il y a plusieurs milliers de dollars qui sont donc investis en prévention dans le Nord. Le député, il dit: Est-ce que vous allez envoyer une équipe spéciale? Est-ce que... Moi, ce que j'ai dit...

**Le Président (M. Sklavounos):** Je vais vous inviter à conclure. Il ne reste plus beaucoup de temps, là.

**Mme Vien:** Ah bon!

**Le Président (M. Sklavounos):** Il va falloir vraiment donner la réponse.

**Mme Vien:** Ah! Il n'a pas 15 minutes, là? Il n'a pas 15 minutes, le député de Shefford?

**Le Président (M. Sklavounos):** Non, il a cinq minutes. Et on est... Je suis désolé, il faut vraiment aller directement à la réponse, et après ça...

**Mme Vien:** Bien, écoutez, M. le Président, il y a des millions de dollars qui sont investis sur la Côte-Nord pour venir en aide justement aux personnes qui ont besoin de suivi, qui ont besoin de traitements. Il y a des sous qui sont consentis également pour de la prévention. Mais faisons attention pour ne pas débarquer là avec notre grande science. Il y a des gens qui sont sur place, il y a des chefs qui sont sur place, il y a une régie régionale qui prend les choses en main et qui a ses priorités.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci.

**Mme Vien:** Et c'est avec eux qu'on travaille dans le quotidien, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Merci. Je sais, c'est très peu de temps, cinq minutes.

**Mme Vien:** Excuse-moi, François. Je ne savais pas...

**Le Président (M. Sklavounos):** Je vous invite à peut-être, après la suspension, pouvoir échanger hors micro. C'est cinq minutes. Je sais que ce n'est pas beaucoup, mais ce n'est pas ma décision, et je n'ai aucune discrétion.

Alors, je vais maintenant aller pour un bloc qui est plus court, de 15 minutes, à Mme la députée de Matapédia, opposition officielle.

**Mme Doyer:** Oui. Merci, M. le Président. Alors, on va... je vais crever la belle balloune rose. Je m'en excuse à l'avance, mais je n'ai aucun regret de le faire parce que, je l'ai pris en note, la ministre, elle a parlé d'une liste d'attente qui était la quasi-perfection. Je l'ai noté.

**Une voix: ...**

● (12 h 20) ●

**Mme Doyer:** Non, non, c'est moi qui parle, là. Et elle a dit: On ne connaît pas ça beaucoup, l'autisme, c'est nouveau...

Alors, ça fait 10, 15 ans, là... Moi, ça fait 18 ans que je suis députée puis ça fait pas mal d'années que j'en entends parler, de l'autisme. Puis effectivement, quand on était au pouvoir, c'était nouveau, puis on a essayé de rehausser les budgets. Puis, à un moment donné, je ne veux pas faire une chicane de qui en a mis le plus que l'autre, sauf qu'elle a dit qu'il n'y avait pratiquement plus de listes d'attente puis qu'elle avait mis fin aux listes d'attente.

Troubles envahissants du développement, au 31 mars 2011, 2 602 enfants — souvent, ce sont des enfants — nombre de personnes en attente pour chacun des services spécialisés en réadaptation: service d'intégration résidentielle, d'adaptation, de réadaptation ou d'intégration communautaire. Donc, 2 602 personnes en attente et, en attente pour un premier service, 1 684.

En déficience intellectuelle, liste d'attente dans les cahiers, ce qu'on avait demandé: en 2010-2011, 963, et l'année antérieure — c'était en 2009-2010 — ... Et ça, c'est pour de l'accès à l'hébergement. Donc, il y a 700 enfants de Montréal qui attendent toujours un diagnostic qui leur permettrait d'obtenir des services. On a une attente pour obtenir un diagnostic qui varie de 18 à 22 mois, délai considérable quand on sait que le traitement précoce de cette maladie a un effet très positif. On pense ici à ICI, l'intervention comportementale intensive, qui ne se donne pas de façon d'ailleurs, je dirais, pareille dans chacune des régions du Québec, là. Et, juste à L'Hôpital de Montréal pour enfants, il y a environ 300 enfants en attente d'un diagnostic, puis on parle de... Bon. On a fait une législation ici puis on se demande ce qu'elle est devenue parce que les psychologues étaient supposés de pouvoir faire des... ceux qui connaissent ça étaient supposés de faire... d'être capables de faire des diagnostics.

Alors, mes questions: Comment la ministre compte-t-elle diminuer ces listes d'attente qui empêchent un dépistage précoce de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement? Quelle est la stratégie du gouvernement pour accentuer la disponibilité des experts? Est-ce que la ministre est d'accord avec la stratégie de diagnostic provisoire et d'élargissement du bassin de professionnels capables de faire face à la demande croissante de diagnostics, tel que proposé par l'Ordre des psychologues du Québec et le Collège des médecins?

Et, oui, je suis d'accord avec elle que, bon, il y a une étude de 2008 de l'épidémiologiste Manon Noisieux, de la Direction de la santé publique de la Montérégie, qui dit que le taux de prévalence des TED augmente en moyenne de 23 % par année, ce qui signifie que le taux double tous les quatre ans. Quelles sommes sont prévues au budget pour offrir des traitements aux enfants qui seront nouvellement diagnostiqués?

Ma dernière question: Avec le dépôt, en juin, de son bilan du plan d'action national en TED, la ministre a-t-elle prévu des sommes pour réaliser les recommandations qui devront nécessairement découler du bilan?

**Le Président (M. Sklavounos):** Plusieurs questions en rafale, Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Je les donne en rafale, je veux des réponses en rafale.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la ministre déléguée aux Services sociaux.

**Mme Vien:** Bon. Alors, merci beaucoup, M. le Président. On va clarifier quelque chose tout de suite, là. C'est la liste d'attente préplan, donc avant 2008, qui était extraordinairement haute, qui est résorbée dans l'ordre de 99 %. Ça va? C'est...

**Mme Doyer:** Vous êtes au pouvoir depuis 2003.

**Mme Vien:** ...beaucoup de travail, beaucoup de travail.

**Le Président (M. Sklavounos):** On va permettre à Mme la ministre de répondre sans interruption, s'il vous plaît.

**Mme Vien:** Si Mme la députée veut faire ça comme ça, moi, je n'ai de problème avec ça.

**Mme Doyer:** Non, non, mais c'est parce que je suis tannée.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Matapédia, on va permettre...

**Mme Vien:** Alors, moi, je l'ai écoutée, j'aimerais ça qu'elle m'écoute.

**Le Président (M. Sklavounos):** Un instant, Mme la ministre, s'il vous plaît.

**Mme Vien:** Alors donc...

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la ministre...

**Mme Vien:** Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Un instant, s'il vous plaît! Simplement parce que je ne veux pas que ça commence parce qu'après ça...

**Mme Doyer:** Non, non. On ne fera pas ça...

**Le Président (M. Sklavounos):** On va permettre à Mme la ministre de répondre sans interruption.

**Mme Doyer:** ...par respect pour les personnes qui sont là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. Mme la ministre, allez-y.

**Mme Vien:** Merci beaucoup. Merci, Mme la députée. Or donc, c'est la liste d'attente préplan qui est résorbée à 99 %. Je veux la rassurer et lui dire que tous les efforts sont consentis, que ce soit au ministère, je l'ai dit tout à l'heure, ou encore dans les régions, pour faire en sorte que le respect des cibles qui ont été identifiées dans le plan d'accès ou encore dans le programme Déficience — évidemment, il y a des balises qui sont établies — que tout ça soit bien respecté et en prenant bien en compte, bien entendu, M. le Président, le fait qu'il y a de plus en plus de personnes, notamment, qui sont aux prises avec un trouble envahissant du développement qui arrivent, là, dans nos centres. Alors, ça, c'est quelque chose aussi dont il faut prendre en compte. Ce n'est pas rien. Alors, évidemment, c'est plus de gens qui arrivent dans nos établissements pour recevoir un premier service.

Lui dire également que, selon les informations qu'on m'a transmises, M. le Président, le respect des cibles du plan d'accès, là, actuellement, en centre de santé et de services sociaux est de l'ordre de 90 % et il se situe, en moyenne, dans la même perspective, 90 % également, au niveau des centres de réadaptation en déficience intellectuelle. Alors, c'est vous dire, là, qu'il y a beaucoup d'efforts consentis.

Il y a Mme Josette qui est ici, à l'arrière, que j'aimerais saluer parce qu'elle fait un travail formidable. Et elle a parcouru le Québec, elle a visité les agences, s'est assise avec eux, avec les gens des régions, pour faire en sorte d'identifier avec eux ce qui allait bien au niveau du plan d'accès, qu'est-ce qu'il y avait à améliorer, comment on pourrait s'y prendre, quelles sont les solutions qu'on peut apporter — il ne faut pas faire du mur-à-mur, hein, au Québec, parce que le Québec, ce

n'est pas du mur-à-mur — alors comment, dans chaque région, on peut développer des stratégies porteuses justement pour améliorer cet accès aux premiers services, qui va assez bien, tout le monde le reconnaît, et dans la continuité de services également.

J'aimerais lui rappeler aussi que toutes personnes, et en particulier des jeunes bien sûr, peuvent être évaluées actuellement par une psychologue. Alors, ça, c'est une excellente nouvelle puisque ça accélère, bien sûr, l'accès aux services au Québec.

Je vois la députée qui a levé à main. Elle veut parler. Je...

**Le Président (M. Sklavounos):** ...de compléter votre réponse.

**Mme Doyer:** C'est parce que j'ai plusieurs questions autres.

**Mme Vien:** Vous aviez plusieurs questions.

**Le Président (M. Sklavounos):** C'est moi qui donne la parole, Mme la ministre. Vous pouvez compléter votre réponse. C'est moi qui contrôle le temps.

**Mme Vien:** Oui. Alors...

**Le Président (M. Sklavounos):** Je fais juste signe d'aller le plus... Et je sais qu'il y avait plusieurs questions en rafale. J'essaie de gérer ça le plus équitablement possible. Alors, je vous invite à aller le plus rapidement possible.

**Mme Vien:** Donc, écoutez, très honnêtement, j'essaie de donner les réponses les plus appropriées possible. Tantôt, je disais qu'il y a un mandat que j'ai confié à Michel Langlais, qui est un homme qui est très respecté dans le milieu, qui va me faire une photographie de l'état de la situation au niveau des troubles envahissants du développement. C'est très attendu parce qu'on va revoir le plan d'action, ça, je l'ai dit tout à l'heure aussi, de la même façon qu'on veut revoir aussi le plan d'action en déficience intellectuelle, là, et la déficience physique aussi. Alors, on a beaucoup de chantiers, là, sur notre tableau de bord. On adresse tout ça en même temps, M. le Président, parce que c'est essentiel de le faire.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Merci, Mme la ministre. Alors là, on va aller sur les dollars, parce que vous avez annoncé 35 millions de dollars dans le budget. Hein, j'en conviens, on s'en est déjà parlé de façon informelle. Vous aviez annoncé 8 millions. J'ai compris que le 8 millions n'était pas récurrent mais qu'il le devient parce qu'il est inclus dans le 35 millions.

Et là je voudrais savoir de la ministre: Cet investissement de 35 millions pour les services en déficience intellectuelle et physique... Et tantôt mon collègue va aller avec ses questions sur la déficience physique, mais moi, je veux savoir... Souvent, dans notre jargon, on dit: Qu'est-ce qui est de l'argent taggé, là? On dit: C'est quoi, l'argent avec une étampe puis que la ministre, elle va dire... Parce qu'on ne veut pas que ça s'en aille dans 50 directions en même temps, on veut que ça aille aux vrais besoins pour les vraies personnes ou enfants sur le terrain, sur le terrain, pas en administration.

Je vous donne un exemple. Bon, le plan d'accès aux services, on en a parlé, pour les personnes qui ont une déficience a été mis en place en 2008. Plusieurs dizaines de millions de dollars plus tard, les listes d'attente demeurent importantes, hein, on va le redire, pour certaines clientèles, dans certaines disciplines, dans certaines régions. Dans le budget présenté en mars, le gouvernement annonce un budget de 35 millions. Cette mesure représente une augmentation de 27 millions du budget annuel du plan d'accès. Cet investissement est permis par la croissance des revenus provenant de la Contribution santé. Nous, on le sait, qu'on aurait fait ça autrement, mais ce n'est pas là ma question.

Donc, Mme la ministre, en services directs aux personnes et non vers des structures ou la réduction de déficits, bon, comment... Et ça va être quoi, le rôle des agences puis des CRDI pour... Est-ce qu'ils vont être libres d'utiliser ça pour aller là où ça fait le plus mal?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. Mme la ministre.

**Mme Vien:** Mais il y a beaucoup de mesures qui font beaucoup de bien aussi.

**Mme Doyer:** Oui, oui, mais ça, on est contents, puis c'est correct, puis je suis capable de le reconnaître, Mme la ministre, mais là où ça crée le plus...

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, Mme la ministre.

**Mme Vien:** Oui. Bon, d'accord. Merci.

**Mme Doyer:** Tu sais, tout ne va pas bien partout, là.

**Mme Vien:** Non, le 8 millions, là, il n'est pas arrivé comme ça, bing, puis le 35 millions, il n'est pas arrivé comme ça, bang, hein? Ils sont... Cet argent-là est arrivé parce qu'on est allés le chercher. On est allés le chercher parce qu'on en a besoin. Et les mieux placés pour connaître les besoins, bien entendu, ce sont les gens qui sont dans les régions.

Ceci étant dit, M. le Président, la ministre reçoit aussi des organismes nationaux qui viennent lui faire des plaidoyers sur certains besoins, en particulier sur les ressources qu'il faut déployer auprès des familles pour donner du répit, du dépannage, du gardiennage. On n'a pas besoin d'épiloguer longtemps pour comprendre le pourquoi. Alors, évidemment, il faut apporter un soutien supplémentaire.

Et l'argent, le 8 millions, M. le Président, c'était ça, hein: 4 millions en DP, 4 millions en DI. Et, dans les deux camps, il y en avait pour les centres de réadaptation et il y en avait aussi pour les CSSS, pour leurs ententes avec les organismes communautaires pour aider justement les parents, les familles à prendre un peu de souffle, parce qu'on va se le dire, là, hein, les familles, là, pour certaines, là, elles sont à bout de souffle. Ça, moi, j'ai compris ça, les fonctionnaires comprennent ça également, puis on a élaboré un scénario pour le 8 millions.

Pour le 35 millions de dollars, je n'en suis pas peu fière. Je n'en suis pas peu fière. Il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup d'argent qui est descendu dans ce réseau pour les personnes qui vivent avec une déficience, qu'elle soit intellectuelle ou physique. Mais là on va chercher un 35 millions supplémentaire, récurrent. Évidemment, ce qui était bon en janvier continue. On ne veut juste pas avoir créé une illusion qui s'éteint au 1er avril. Avec ce 35 millions là, ce qu'on a commencé à élaborer en répit, en dépannage va continuer.

Pour répondre à la question de la députée: Est-ce qu'on va tagger en bon français? La réponse est oui, parce que ça a été taggé. Le 8 millions a été taggé, le 35 millions va l'être. Et je veux aussi rassurer la députée pour lui dire qu'on va... on paie sur présentation de facture, si je peux dire ça comme ça, quand le service est rendu, quand le service est rendu.

Or, ça, c'est important, dans le 35 millions, M. le Président, évidemment, ce que je disais, on va continuer sur cette lancée sur laquelle on était le 22 janvier dernier avec le 8 millions, donc du répit, du dépannage. En certains centres de réadaptation physique, par exemple, je pense que c'était de l'adaptation automobile qu'on avait identifiée, il y avait une liste d'attente importante. C'est ça, hein? Alors, bon, et probablement qu'on va avoir réglé cette partie-là des choses, alors on va attaquer d'autres domaines.

Évidemment, les ressources résidentielles vont faire partie de notre réflexion, le répit, le dépannage, etc. Et, au moment opportun, Mme la députée, là, on aura l'occasion de rendre public tout ça. Mais, ne soyez pas inquiète, là, l'argent va aller là où les besoins sont, je vous le garantis.

● (12 h 30) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. J'ai 2 min 30 s pour une question et une réponse, pas juste pour la question, Mme la députée de Matapédia, pour la question et la réponse, 2 min 30 s.

**Mme Doyer:** Oui, oui, oui! Je sais, je sais, je sais mais je vais faire vite. Je vais faire vite parce que je ne voulais pas échapper cette question-là. Et là, vraiment, là, ce n'est pas de la petite politique partisane que je veux faire avec ça, là, que la ministre soit rassurée là-dessus.

Moi, j'ai fait la législation, hein, comme parlementaire, sur la certification des... pour les aînés, en toxicomanie, etc., avec l'ex-ministre, bon, puis on en a faite une ensemble aussi pour... bon, hein, puis on a beaucoup de plaisir, puis on a fait ça sérieusement. Mais je me souviens qu'à une certaine époque j'avais fait ajouter — c'est moi qui avais fait ajouter — la certification pour les clientèles vulnérables. Les collègues vont s'en souvenir.

Et moi, j'ai été horrifiée. Comment se peut-il qu'en 2012 il y ait des gens qui ont des résidences avec des déficients intellectuels et des gens qui ont de l'autisme puis qui ont la problématique de l'autisme, et qu'on peut se ramasser avec des cas comme j'ai vus, le cas de la Mme Girard, là — c'est-u bien celui-là? ça me fait très plaisir de la nommer — Mme Girard qui dormait à poings fermés pendant que les gens étaient enfermés dans les chambres, attachés... les poignets attachés avec des lacets, là, puis qu'elle avait... Vous n'avez pas vu ça? *Séquestration avec des lacets, Déficience intellectuelle, Agence QMI, Kathleen Frenette, 21 du trois, 2012.* Et moi, ça, là, quand on vous informe de ça... Parce que j'ai été horrifiée. Et moi, là, les résidences... les gens qui sont payés pour, M. le Président...

**Le Président (M. Sklavounos):** Si vous me permettez, Mme la députée, est-ce qu'on peut le déposer?

**Mme Doyer:** Oui, je vais... Oui, je vais le déposer.

**Le Président (M. Sklavounos):** Parce que je vois, du côté de Mme la ministre, que peut-être qu'elle...

**Mme Doyer:** Il y a quelqu'un quelque part qui ne l'a pas informée de ça.

#### Document déposé

**Le Président (M. Sklavounos):** Vous le déposez. On va faire quelques copies.

**Mme Doyer:** Puis je n'ai même pas posé une question en Chambre parce que je pense que j'aurais perdu les pédales. J'aurais perdu les pédales.

**Le Président (M. Sklavounos):** Bien, merci, Mme la députée. Merci, Mme la députée. On va le déposer mais on va faire des copies.

**Mme Doyer:** Mais la certification pour les clientèles vulnérables, puis les gens qui ont de l'argent à garder des déficients intellectuels et des résidences, là... Je ne comprends pas que des policiers aient été obligés de défoncer. Elle avait de l'argent pour du gardiennage...

**Le Président (M. Sklavounos):** Il faut que je laisse du temps pour la réponse.

**Mme Doyer:** ...24 heures sur 24, surtout la nuit.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il faut que je laisse du temps pour la réponse. Mme la ministre, est-ce que vous êtes en mesure... On est en train de faire des copies de cet article-là pour vous situer. Sinon, on pourrait le faire sur le bloc des ministériels. Il vous reste à peine quelques secondes, si vous voulez commencer.

**Mme Vien:** Bien, je n'ai pas besoin de voir l'article, là. Je vais le prendre, je vais le regarder. J'ai eu... On est deux femmes raisonnables avec le coeur à la bonne place.

**Mme Doyer:** Oui.

**Mme Vien:** Je pense que tout le monde, ici, aujourd'hui, là... Le genre de situation que la députée décrit, c'est carrément inacceptable.

**Le Président (M. Sklavounos):** Dorénavant, vous êtes sur le temps des ministériels. Avec le consentement?

**Mme Vien:** Bon.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, Mme la ministre.

**Mme Vien:** C'est carrément inacceptable, je veux dire... Et on se donne des mécanismes de prévention. On se donne des mécanismes de sécurité, de protection, de pouvoir aller dans les résidences puis aller vérifier ce qui se passe là. On a des mécanismes aussi pour dénoncer des situations qui sont abusives et qui n'ont pas leur place dans la société québécoise.

Des cas comme elle soulève, ça me donne froid dans le dos quand j'entends ça. Alors, évidemment, il faut dénoncer. On a la CDPDJ pour le faire, on a le Commissaire aux plaintes pour le faire, on a le Protecteur du citoyen pour le faire. Les mécanismes ne manquent pas. Il y a la famille aussi, alors... Surtout quand on a affaire à des gens vulnérables qui vivent avec une déficience intellectuelle, évidemment il faut être doublement vigilants, on le comprend.

Alors ça, Mme la députée, soyez bien certaine que, dans mon esprit à moi, c'est inacceptable et que, dans ces dossiers-là comme dans d'autres qui peuvent survenir malheureusement, eh bien, les actions sont prises et elles sont prises rapidement.

**Mme Doyer:** Merci, Mme la ministre.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y... Alors, nous sommes du côté ministériel depuis la plus grande partie de la réponse de Mme la ministre. Je vais aller à Mme la députée de Hull maintenant, du côté ministériel.

**Mme Gaudreault:** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, à mon tour de souhaiter la bienvenue à tout le monde. Je vais faire ça vite pour vous... se dépêcher, pour avoir le plus de réponses possible.

C'est une blague parce que je dois ajouter que moi, la période de crédits, j'adore ça. On est habitués à des périodes de questions à l'Assemblée nationale qui sont destinées par l'opposition au ministre. Ils ont une minute et quelques secondes pour répondre. Moi, je pense que la période des crédits, c'est justement l'occasion toute désignée pour entendre les vraies réponses vraiment avec tous les détails, tous les enjeux. Et moi, je salue cet exercice-là, que ce soit en santé, que ce soit dans tous les domaines.

Il y a plusieurs citoyens qui nous regardent puis, pour eux, ça amène une réponse à plusieurs enjeux. Le réseau de la santé et des services sociaux, ce sont des volets qui sont autant différents l'un que l'autre, on l'a vu hier avec nos crédits en santé, alors aujourd'hui on parle de services sociaux. Et moi, je suis très heureuse d'avoir à la barre de ce ministère une femme sensible, qui a oeuvré dans le domaine et qui continue à nous démontrer vraiment beaucoup de dynamisme dans ce domaine-là avec son équipe, là, parce qu'à titre de député on intervient auprès des organismes communautaires, des familles qui... Des familles d'accueil, comme on a mentionné tout à l'heure, il y en a des extraordinaires qui reçoivent votre appui. Et ça, bien, on vous salue, c'est pour ça qu'on est là ce matin.

Moi, j'aimerais aussi parler d'un sujet différent de ce qui a été abordé jusqu'à maintenant, l'itinérance. Je vais vous faire une genèse un peu du dossier de l'itinérance depuis un bon moment. En 2008, il y a eu le lancement d'un cadre de référence sur l'itinérance. Vous savez, quelquefois on nous demande: Pourquoi est-ce que vous légiférez pour une minorité? Mais c'est important, on est une société ouverte, on est une société progressiste, et, l'itinérance, on l'a vraiment mise au coeur de nos priorités au cours des dernières années.

Alors, j'ai eu le privilège, et puis mon collègue président de la commission a aussi eu ce privilège-là, de faire partie de cette commission spéciale sur l'itinérance, qui a été formée en avril 2008. Alors, ça a été une commission itinérante sur l'itinérance parce qu'on s'est promenés à travers le Québec pour pouvoir susciter un débat public sur l'itinérance. Ce n'est vraiment pas l'apanage de tous, on n'en connaît pas tous, des itinérants, on n'en côtoie pas, mais c'est de notre responsabilité de leur donner les services auxquels ils ont droit.

Alors, on a pu, par l'entremise de cette commission qui a fait en sorte qu'on a reçu 145 mémoires de personnes et d'organismes... Il y avait certainement les agences de la santé et des services sociaux, qui sont déployées partout, qui

sont venues nous parler du phénomène dans les régions différentes. Il y a aussi des chercheurs, des intervenants. Des gens des organismes communautaires, il y en avait de nombreux puisqu'ils donnent des services très différents.

Il y avait aussi la complexité du phénomène puisque ce n'est plus seulement dans les milieux urbains qu'on retrouve de l'itinérance comme autrefois, mais maintenant il y en a partout dans les milieux ruraux et dans tous les comtés du Québec, et ça ne touche plus seulement que les hommes. Maintenant, il y a même des familles. Il y a un phénomène des familles itinérantes. Chez nous, en Outaouais, on l'a soulevé. Et ça, ça fait en sorte que nous, les membres de l'Assemblée nationale, on devait se pencher sur ce phénomène précis là.

Alors, il y a toutes sortes d'enjeux: cohabitation sociale, judiciarisation, le logement, l'accessibilité et l'adaptation des services. Et tout ça a été touché, tous ces volets-là ont été touchés dans le cadre de la commission.

Il y a eu aussi des conclusions, des recommandations qui ont été déposées en novembre 2009, et on demandait à ce que l'itinérance, là... on disait que l'itinérance requerrait du leadership, un leadership plus fort, puis je pense que la ministre en a fait une belle démonstration jusqu'à présent. Il faut adapter les mesures pour accompagner ces gens-là qui sont les plus marginaux de notre société.

Alors, le 14 décembre 2009, beau hasard, il y a eu le lancement du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013. Il n'y a pas si longtemps, les membres de la commission, on a rencontré la ministre pour qu'elle nous fasse un rapport de l'ensemble des mesures qui ont été mises de l'avant. Et je pense que je n'aurai pas... elle n'aura pas assez de 15 minutes pour nous en parler, mais on reviendra plus tard. Mais moi, je veux vraiment que les citoyens entendent et soient à même de constater, le dynamisme est là, toutes les actions qui ont été mises de l'avant par le ministère, par la ministre et son équipe.

● (12 h 40) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Hull. Mme la ministre.

**Mme Vien:** Merci beaucoup, M. le Président. Merci à la députée de Hull, qui aborde un sujet dont pas grand monde ne veut parler tout le temps, disons ça comme ça, parce que ça dérange, pour toutes sortes de raisons. Et c'est pourtant un enjeu de société, un enjeu particulièrement de grandes villes qu'il faut adresser.

L'itinérance, ça peut être quelqu'un de votre famille, ça peut être un ancien voisin qui a un revers de fortune. Ça peut être toute personne et ça guette tout le monde. Et il faut être sensible à ça, il faut être sensible à cette situation-là et il faut apporter les réponses les plus adéquates possibles. Et les parlementaires avaient cette obligation-là. Et je pense que les parlementaires, qu'ils soient du côté ministériel ou qu'ils soient de l'opposition officielle, ont fait un travail remarquable.

Et je pense, suite à la commission spéciale sur le sujet, que le gouvernement du Québec est arrivé avec une réponse, somme toute, assez costaud, assez touffue, aussi, au niveau des mesures, qui regroupent, faut-il le rappeler, là, 10 ministères pour à peu près 70 mesures dans ce plan d'action interministériel auquel vous faisiez référence. On a déjà... Ça va vite, on a déjà déposé le premier bilan, qui était somme toute assez positif, puisqu'il révèle que 80 % des mesures jusqu'à maintenant sont déployées ou sont en voie de l'être. En fait, c'est quelque chose comme 57 sur 70 mesures. Je vous dis ça de mémoire de femme, là. Alors, c'est un plan interministériel qui se termine en 2013.

Et c'est un plan qu'on travaille en particulier avec des organismes de coordination qui sont mis en place. D'ailleurs, suite à ce plan interministériel là... Il y en a un à Montréal, il y en a un à Trois-Rivières, à Gatineau... Il m'en manque un... Pardon?

**Une voix:** Québec.

**Mme Vien:** Québec, merci. Alors donc, quatre grands pôles qui, évidemment, connaissent la situation de l'itinérance avec beaucoup plus d'acuité. Mais ça ne veut pas dire, Mme la députée, qu'il n'y en a pas, d'itinérance ailleurs, hein? Je veux juste être claire, là. On comprend que le phénomène, aussi, peut commencer à s'étendre.

Ceci étant dit, je pense qu'on a apporté une réponse assez intéressante jusqu'à maintenant. Il y a plusieurs mesures, je l'ai dit, qui sont en train de se déployer ou qui le sont déjà. Je parlais de la coordination dans quatre villes, c'est très important. Il y a également la formation en détection dans les centres de santé et de services sociaux. Il faut faire le lien entre itinérance et santé mentale, et itinérance également et dépendance, hein, la toxicomanie. C'est très important de faire ce lien-là et de trouver des réponses aussi appropriées à ces gens-là.

Il y a six lits de dégrisement également qui sont en train de se déployer. Il y a la ville qui a... l'agence, en fait, qui a conclu des ententes avec une organisation qui s'appelle L'Exode, Old Brewery Mission, sous la supervision, si vous voulez, du CSSS Jeanne-Mance, pour mettre en place ces lits de dégrisement. Il y a des équipes de liaison dans lesquelles on met beaucoup d'espoir, parce que ce sont des équipes qui se retrouvent à l'urgence et qui sont en mesure, à partir du moment où elles sont en place, d'identifier les personnes qui arrivent, qui sont en situation d'itinérance ou à risque de le devenir, et qui ont aussi, de façon concomitante, une problématique de dépendance. Alors, on est capables de les évaluer tout de suite, de les voir, de les détecter tout de suite et de peut-être les convaincre d'aller en traitement. Et on dit que déjà, là, ça porte des fruits assez spectaculaires au niveau des urgences.

Alors, moi, mon but à moi, c'est de faire en sorte qu'aux 19 qui existent actuellement nous puissions... dans les meilleurs délais — je mets un petit peu de pression ici, à ma droite — qu'il y en ait déjà quatre qui puissent se déployer et que, dans l'avenir, nous puissions en déployer un peu partout ailleurs au Québec.

Egalement, c'est ce 3 millions sur trois ans qui a été annoncé, qui sera... seront déployés dans les grands refuges. Déjà, l'année dernière, 1 million supplémentaire; cette année, 1 million supplémentaire. Alors, ça, ce n'est pas rien, c'est évidemment quelque chose qui est très apprécié.

Et nous avons reçu ici, au cabinet, une lettre remerciant justement le gouvernement du Québec pour ce million supplémentaire. En fait, c'est 1,3 million supplémentaire qui vient vraiment changer la réalité de ces grands refuges là. En

fait, on parle de Mission Old Brewery, Mission Bon Accueil et la Maison du Père. On est bien contents que cet argent fasse la différence.

Également, bien, vous le savez, Mme la députée, les logements sociaux, c'est une pierre angulaire aussi, là. Alors, il faut faire de la réinsertion sociale. Une fois que ces gens-là sont stabilisés, si vous voulez, là, il faut leur réapprendre à vivre dans leur quotidien, un quotidien qui est normal. Alors, évidemment, on a un projet de 650 logements sociaux, ce qui fait en sorte d'ailleurs que le plan interministériel en itinérance est parti... est démarré à 14 millions... qui a été augmenté à 49 millions et qui frôle aujourd'hui les 60 millions, aux alentours de, justement parce qu'on a décidé notamment de délier les cordons de la bourse beaucoup plus généreusement au niveau du logement social parce qu'on comprend que c'est une pierre importante... une pièce importante du puzzle.

Alors, je ne suis pas insensible aux représentations également qu'on me fait du côté des organismes qui s'occupent d'itinérance, notamment à Montréal, comme dans tous les autres domaines dont j'ai parlé, que ce soit en déficience ou encore les organismes communautaires. De la même façon, la ministre a rencontré ces organisations-là pour faire en sorte qu'on ait un portrait assez bien précis de la situation de l'itinérance au Québec et d'apporter les réponses appropriées.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Hull.

**Mme Gaudreault:** Oui. Bon, alors, plusieurs de nos mesures, comme je le mentionnais tout à l'heure, touchaient les organismes communautaires. Pour faire un lien avec la question de Mme la députée de Matapédia de tout à l'heure, les organismes communautaires sont des acteurs très importants, c'est une condition... Les avoir à titre de partenaires, c'est une condition sine qua non pour la réussite du plan d'action. D'ailleurs, on avait demandé à la commission de mettre sur pied un comité consultatif, un peu au même titre que le comité consultatif de lutte à la pauvreté. Et ils sont des conseillers, de précieux conseillers à la ministre, parce que c'est important d'avoir aussi le son de cloche terrain.

Comme vous l'avez mentionné tout à l'heure, le Québec, là, ce n'est pas du mur-à-mur, mais c'est vraiment du sur-mesure. L'itinérance en Outaouais, ce n'est nécessairement pas la même chose que l'itinérance à Gaspé ou dans d'autres régions. Et en Outaouais, on a, malheureusement ou heureusement... on a des données économiques très, très positives. Il y a un développement économique, il y a une explosion démographique. Tout va très, très bien, en tout cas, dans le milieu urbain de l'Outaouais. Et c'est pour ça que ça amène vraiment une pression supplémentaire sur les organismes qui accueillent les personnes... parce que quelqu'un qui est pauvre et itinérant en Outaouais fait en sorte qu'il est plus pauvre qu'ailleurs au Québec puisqu'il est dans une région mieux nantie.

Puis on a un phénomène aussi en Outaouais, c'est l'itinérance qui nous vient de l'Ontario. Vous savez, les sans-abri sont sans adresse, alors chez nous, il y a plusieurs organismes qui doivent aussi composer avec une population supplémentaire de personnes itinérantes qui viennent chercher des services chez nous.

Alors, je voulais vous entendre un peu plus par rapport aux budgets, là, qui sont alloués aux organismes communautaires en général pour répondre à différentes personnes qui ont des problématiques spécifiques...

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, madame...

**Mme Gaudreault:** ...par rapport au budget qui y est alloué. On en a parlé tout à l'heure, là, mais quels sont les...

**Mme Vien:** Le PSOC.

**Mme Gaudreault:** Oui, le PSOC, le Programme de soutien aux organismes communautaires. Je veux... On entend souvent de l'opposition qu'il n'est pas assez important, et tout ça. Mais moi, je veux vous entendre par rapport à l'évolution de ce financement-là dans le temps pour vraiment permettre à la population de savoir que, oui, on les finance, ces organismes-là, puis c'est par l'entremise des agences.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Hull. Mme la ministre.

● (12 h 50) ●

**Mme Vien:** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, je remercie la députée de sa question. D'ailleurs, l'année dernière, je me rappelle bien, vous vous étiez intéressée à l'itinérance, de la même façon que vous le faites cette année, sauf erreur. Alors, évidemment, les organismes communautaires sont très importants, je le disais en début d'étude des crédits ici, ils sont le bras droit évidemment dans plusieurs domaines, ils sont près de la population, ils vivent dans une situation de proximité avec les Québécois. Et le gouvernement du Québec est très sensible à leur mission puis aussi aux gestes qu'ils posent parce que c'est majeur. Ils interviennent directement dans la vie des gens.

En itinérance comme dans d'autres domaines, ces organisations-là sont soutenues, hein? Il faut le rappeler, ils sont soutenus. Alors, je le disais il y a une minute, au niveau des organisations communautaires, là, c'est près de 500 millions de dollars actuellement, au ministère de la Santé seulement, que l'on donne aux organisations communautaires pour les aider dans leur mission.

De la même façon, que ce soit en itinérance, pour prendre ces exemples-là, il y a beaucoup d'argent également qui sont octroyés, là, en financement, que ce soit par le ministère, ou — je n'ai pas le détail devant moi — que ce soit par le ministère, ou encore par l'agence, parlons de Montréal pour dire quelque chose, ou à Gatineau. Ce sont les agences aussi qui viennent accompagner ces organisations-là.

Je parlais tout à l'heure de l'Accueil Bonneau. Je pense que c'est un 120 000 \$ supplémentaire qu'ils ont reçu pour l'insertion sociale. Vous avez les refuges pour femmes également qui ont vu leur financement majoré dans le cadre de ce

plan interministériel là; vous avez également des refuges qui accueillent des autochtones... les autochtones, alors, eux autres aussi, ils ont reçu une aide supplémentaire; et bien entendu les grands refuges.

On ne peut pas passer à côté des grands refuges de Montréal. C'est là évidemment où convergent beaucoup, beaucoup de personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Et il nous apparaissait important de donner cette aide supplémentaire de 1 million de dollars, l'année dernière et cette année, aux grands refuges qui peuvent vivre aussi une pression, il faut le dire, une pression importante.

Mais on tente aussi en même temps d'avoir un regard compatissant pour les organisations communautaires ailleurs au Québec. D'ailleurs, j'étais dans la région de Trois-Rivières, l'année dernière, où on avait procédé à une annonce, là. Alors, on essaie vraiment d'avoir une sensibilité régionale parce que, oui, il est vrai de dire... C'est vrai de dire qu'à Montréal c'est là où il y a le gros bassin, si je peux m'exprimer comme ça, de personnes qui sont en situation d'itinérance, mais ailleurs, de façon excentrique au Québec, on a aussi des situations d'itinérance, de plus en plus, et ça, on l'adresse au meilleur de notre connaissance.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Il reste encore 1 min 30 s...

**Mme Vien:** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui? Parfait. Alors, je vais aller du côté de l'opposition officielle. Est-ce que ce sera au tour de M. le député de Saint-Hyacinthe, qui est le porte-parole de l'opposition officielle pour les personnes handicapées, qui va continuer pour ce bloc de 20 minutes? M. le député de Saint-Hyacinthe, la parole est à vous.

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** Alors, merci, M. le Président. Alors, je salue les gens alentour de la table, les collègues et Mme la ministre, et les organismes qui sont présents, oui, aussi les fonctionnaires.

Alors, ma question va être assez simple, Mme la Présidente, je vais y aller assez saccadé, c'est... L'année passée, on est intervenus... je suis intervenu ici, j'ai posé une question sur les visites d'appréciation qui devaient se faire dans le cadre, là, de la politique... les engagements qui avaient été pris dans le cadre du PGMO. Alors, il y avait une visite d'appréciation qui disait... qui se terminerait en 2013. Et puis, dans le bilan un, on a mentionné que l'objectif était réalisé, donc on a arrêté les visites d'appréciation.

Ma question est assez simple, je veux savoir pourquoi ces visites-là ont été arrêtées en 2010, alors qu'elles auraient dû être arrêtées en 2013? Parce que l'objectif... les échéances étaient 2013. Et mon autre question: Est-ce qu'elles vont reprendre et quand vont-elles reprendre, ces visites qui vont permettre justement peut-être d'éviter des situations que ma collègue a mentionnées tantôt?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député de Saint-Hyacinthe. Mme la ministre, avez-vous saisi la question?

**Mme Vien:** Oui. Bien, en tout respect, M. le Président, est-ce que le député de Saint-Hyacinthe peut clarifier sa question un peu plus, là? La clientèle...

**Le Président (M. Sklavounos):** Il n'y a pas de problème. M. le député de Saint-Hyacinthe.

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** Ma question, c'est que, dans le PGMO, il y a un engagement qui avait été pris pour le plan global de mise en oeuvre de la politique À part entière. Il y avait l'objectif 123 qui avait été apporté qui disait... L'objectif, c'était d'«améliorer la qualité des services dispensés aux personnes vulnérables, hébergées dans un établissement public [...] ou dans un milieu de vie substitut rattaché à un établissement». Et à ce moment-là, il y avait un objectif qui devait être... l'échéance était 2013. Mais, dans le bilan de l'an 1 de l'OPHQ, alors, on a mentionné que cet objectif était réalisé.

Alors, ma question est assez simple, je veux savoir pourquoi cet objectif-là a été arrêté, on a arrêté, là, les visites d'appréciation dans les résidences. Et, la deuxième question: Quand vont-elles reprendre, ces visites-là, et à quelle date?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député de Saint-Hyacinthe. Mme la ministre déléguée aux Services sociaux.

**Mme Vien:** Écoutez, M. le Président, je souhaite vivement répondre le mieux possible à la question du député de Saint-Hyacinthe. Si je suis hors champ, bien, vous me... on se reprendra.

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** Si vous n'avez pas la réponse, vous pouvez toujours...

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la ministre.

**Mme Vien:** Non, non, je vais tenter de vous répondre. Puis, si évidemment je ne suis pas sur le sujet, M. le Président, bien, le député me fera signe tout simplement, là. Je suis très à l'aise avec ça. Je comprends que vous faites allusion aux visites d'appréciation qui existent dans les ressources intermédiaires.

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** Les RI et les RIF.

**Mme Vien:** Les RIRTF actuellement, c'est bien ce dont on parle. C'est ça?

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** C'est ça.

**Mme Vien:** Bon. Alors, il faut comprendre, M. le Président, qu'on est dans un contexte où il y a eu le projet de loi n° 49, je ne dois pas l'apprendre à la députée de Matapédia, où, évidemment, suite au jugement de la juge Grenier — je vous dis tout ça de mémoire, là — en décembre 2008, qui est venue dire, ou invalider, si vous voulez, la loi n° 7, hein — alors, on ne fera pas la genèse de tout ça, ça serait beaucoup trop long, mais... — qui dit en substance que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial ont le droit de se faire représenter et d'être sous le coup d'une convention collective, je fais... Ce n'est pas ça que vous voulez? Ce n'est pas ça que vous...

**Le Président (M. Sklavounos):** On va retourner à M. le député de Saint-Hyacinthe...

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** Ah! Vous... O.K. Parfait. Allez-y.

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** La question...

**Le Président (M. Sklavounos):** On va permettre à Mme la ministre, qui nous assure qu'elle vient directement à votre question... Allez-y, Mme la ministre.

**Mme Vien:** J'y viens. Alors donc, ça nous demande, à nous, une révision complète, vous le comprenez, de ces ressources où on héberge des gens, vous l'avez dit, qui peuvent être vulnérables, et des enfants, etc. Alors, on vient revoir, vous le comprenez très bien, le cadre de gestion. On vient revoir la catégorisation aussi des services, puisque, là, on est dans une logique de convention collective. Alors, vous comprenez...

**Une voix:** ...

**Mme Vien:** Non, non. Laissez-moi terminer. Vous comprenez qu'à ce moment-là on est également sous d'autres bases quand va venir le temps de vérifier notamment la qualité des services. Alors, c'est là et c'est dans cet univers-là où on navigue actuellement, M. le Président. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à sa question.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député de Saint-Hyacinthe.

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** Bon. Merci, M. le Président. Remarquez bien, si la réponse... Moi, je faisais référence au document. Si vous pouvez m'apporter une réponse plus précise via la... L'objectif est très clair dans le document. Et on n'a jamais eu la réponse justement du MSSS là-dessus. Je veux vous apporter maintenant... vous amener sur le sujet, sur les camps de jour, les camps de jour pour les personnes handicapées.

Je veux savoir... Au niveau des camps de jour, l'OPHQ avait justement mandaté justement Zone Loisir Montérégie pour faire une étude... pour faire une recommandation et une étude versus les camps de jour et puis l'accessibilité des personnes handicapées aux camps de jour, ou bien des camps de vacances l'été, accéder aux loisirs, parce que ces personnes-là ont droit de pleine part et entière à l'accès aux loisirs.

Alors, je voudrais savoir, moi, dans votre optique à vous: Est-ce que le ministre, comme ministre délégué aux Services sociaux, vous allez voir à l'implantation de ce service avec les municipalités et aussi à la grandeur de la province? Parce qu'on se heurte actuellement avec ce qui a été mentionné. C'est que les municipalités disent: On n'a pas les revenus, on n'a pas les sous. Le ministère n'a pas fait suivre des sous pour que ces personnes handicapées là puissent accéder aux camps de jour avec des accompagnateurs. Parce que le budget, c'est l'accompagnement, qui est le principal.

Et à ce moment-là... Alors, moi, je pense qu'il y a plusieurs ministères qui sont impliqués dans cette problématique-là, Je voudrais juste savoir quels sont les objectifs, Mme la ministre. Je veux savoir quelles sont vos orientations, quand est-ce que vous allez mettre en place un système ou une planification pour permettre justement aux personnes handicapées d'avoir accès aux camps de jour comme tous les gens normaux ont accès aux camps de jour l'été.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député de Saint-Hyacinthe. Maintenant, je sais qu'en période de crédits on travaille tous, il y a de l'information qui circule dans la salle. Je vais demander aux gens dans la salle, même s'ils doivent communiquer, de faire ça avec un minimum de bruit parce qu'on commence à capter ça dans les micros et ça nuit quelque peu à nos travaux. Alors, gardez le silence le plus possible, s'il vous plaît. Et, Mme la ministre, la parole est à vous pour cette question de M. le député de Saint-Hyacinthe.

**Mme Vien:** Bien, merci beaucoup, M. le Président. Avec l'accord de la commission et des membres de la commission, nous avons avec nous Mme Céline Giroux, qui est la directrice générale de l'Office des personnes handicapées du Québec, alors, une dame qui connaît bien son domaine et qui est avec nous pour répondre aux questions un petit peu plus pointues. Alors, avec la permission de la commission, je laisserais Mme Giroux répondre.

● (13 heures) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Est-ce que j'ai le consentement des membres pour que Mme Giroux puisse prendre cette question? Ça va. Ça vous va. Mme Giroux, vous aurez à vous présenter et, par la suite, vous aurez la parole pour répondre à la question.

**Mme Giroux (Céline):** Alors, Céline Giroux, directrice générale de l'Office des personnes handicapées. M. le Président, à la question qui a été posée, il y a différents moyens. D'abord, le financement est assuré par le ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports. Et par quels moyens nous intervenons pour accélérer le processus pour qu'il y ait davantage de ces camps de jour? C'est par les plans d'action en vertu de l'article 61.1 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées.

Alors, vous savez que l'office travaille ardemment avec les municipalités pour qu'elles mettent dans leurs plans d'action, justement, des mesures favorisant ce type d'action là. Alors, nous allons poursuivre... Vous touchez un point où est-ce qu'il y a un manque. Nous allons poursuivre nos actions pour faire en sorte que, justement, cet aspect-là soit amélioré.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ça va, M. le député de...

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y rapidement. Allez-y rapidement. Je sais que Mme la députée...

**M. Pelletier (Saint-Hyacinthe):** Mais est-ce que vous avez... Est-ce que vous avez des budgets spécifiques qui sont prévus au ministère pour que cette démarche-là puisse être améliorée et puisse être implantée dans les municipalités pour permettre, justement, aux personnes handicapées d'accéder?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Giroux.

**Mme Giroux (Céline):** Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, c'est le ministère de l'Éducation, du Loisir et des Sports qui accorde, M. le Président, ce financement-là. Ce sont les municipalités qui se retournent vers le ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports, donc, et aussi le ministère doit produire un plan d'action annuel. Donc, c'est à moyen... ce moyen-là tant vis-à-vis des municipalités de plus de 15 000 personnes et du ministère que nous pouvons faire des pressions pour améliorer la situation.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme Giroux, pour cette réponse. Mme la députée de Matapédia, six minutes pour vous.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Alors, je vais y aller tout de suite avec une question. Si les gens veulent fouiller pour me répondre plus tard, pour donner la réponse à la ministre ou, si elle l'a, elle me la donnera à travers mes questions. Alors, c'est une petite question sur les ressources intermédiaires et de type familial qui ont signé une entente, un contrat de travail après des négociations, la fédération avec la CSN, un tout premier contrat négocié. Alors, ma question c'est: Combien a coûté l'entente signée avec le syndicat FSSS-CSN? Est-ce que l'argent est déjà dans les crédits du ministère? Ça, mettons-le en suspens, vous me répondrez à ça. J'ai comme besoin du chiffre.

Et je vais y aller tout de suite, Mme la ministre... M. le Président, pour questionner la ministre sur les... attendez un peu, sur les équipes de liaison hospitalière spécialisées en dépendance, le déploiement. Puis je sais qu'il y a une espèce de, je dirais, non-harmonie entre ce que voient les gens sur le terrain et ce que le ministère dit par rapport au déploiement. Ils ne sont pas nécessairement sur la même longueur d'onde, mais, Mme la ministre, elle reconnaissait le bien-fondé de ces équipes-là. Je pense que tout le monde, on est d'accord avec ça, mais il y a eu, si je ne me trompe pas, dans les crédits, zéro sou neuf dans ces mesures et le... On aurait besoin, pour compléter toutes ces équipes...

J'ai le tableau ici, le tableau que m'a fourni l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, des équipes de liaison spécialisées en dépendance dans les urgences. Et je voudrais savoir de la ministre... parce qu'ils ont besoin de 4 millions, mais ce 4 millions là, on ne le retrouve pas, puis au moins, si on avait 2 millions dans la prochaine année puis 2 millions dans l'autre année, on compléterait, M. le Président, les équipes spécialisées en dépendance à la grandeur du Québec. Là, on parle d'infirmières prêtes, spécialisées en dépendance, de certains centres. Alors, qu'est-ce qu'elle me répond là-dessus?

Puis j'ai aussi une question — je vais vite — sur la certification pour les ressources en toxicomanie et dépendance. Et, nous, ça fait longtemps qu'on attend après le fait que ce soit complété partout au Québec. Alors, pourquoi seulement 70 ressources sur 101 sont certifiées en date du 23 mars 2012? Et je vous donne un exemple, Narconon à Trois-Rivières, puis tant mieux s'ils n'ont pas eu leur permis, là, mais, si on les avait certifiés à temps... bien, c'était urgent qu'ils n'aient pas eu leur permis-là, mais ils ont été capables de fonctionner longtemps, là, avec une drôle de façon de fonctionner puis ils n'ont pas eu leur permis, mais, pendant ce temps-là, il y a des personnes qui sont allées à cette ressource-là non certifiée. J'arrête ici.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, trois minutes pour la réponse, Mme la ministre.

**Mme Vien:** Je vais manquer de temps. Je vais manquer de temps.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mais faites de votre mieux.

**Mme Vien:** Oui. Bien, regarde, je vais commencer par la fin, comme quand on lit notre actualité, on commence par la fin. La certification, M. le Président — et j'attends les dernières informations là-dessus — de mémoire, M. le Président, là, ce sont 70 ressources qui sont certifiées actuellement, soit sous l'ancien régime, donc, volontaire, ou encore sous le régime obligatoire. Et ça, ce n'est pas banal, parce qu'actuellement nous avons 101 ou 100 ressources d'hébergement en toxico qui sont en processus ou qui ont déjà leur certification obligatoire.

Pour les gens qui nous écoutent et qui veulent comprendre pourquoi je parle de certification volontaire et de certification obligatoire, c'est que la certification était volontaire, M. le Président, auparavant, avant 2007. Et c'est notre gouvernement, de la même façon que nous l'avons fait également pour les résidences privées, qui avons statué que désormais, au Québec, tout centre d'hébergement en toxicomanie devra être certifié de façon obligatoire, en fonction de critères très précis, notamment au niveau de la formation des intervenants, au niveau de la technique utilisée pour faire du traitement, les antécédents judiciaires, etc. Alors, c'est très, très, très sévère. Les organismes avaient jusqu'à l'été 2011 pour présenter leur demande pour passer de volontaire à obligatoire, et tout le monde est sous le processus actuellement. Et c'est le Conseil québécois d'agrément qui s'en occupe. On a donné ça à des gens expérimentés et très sérieux.

Pour en revenir maintenant aux équipes de liaison, actuellement, dans neuf régions du Québec, il y a 19 équipes de liaison qui sont en opération dans 19 centres hospitaliers, on l'aura compris. Et l'idée de ça, M. le Président, c'est d'éviter justement le phénomène des portes tournantes: alors, les gens arrivent, doivent ressortir, etc. Alors, qu'on ait des spécialistes, une infirmière, entre autres, spécialisée et un travailleur social, de mémoire, qui détectent ces gens-là et qui leur offrent un traitement... Ces gens-là sont... ils sont difficiles à voir, ils sont difficiles à rejoindre. Alors, on... évidemment, les centres hospitaliers dans les urgences, ce sont des lieux intéressants pour tout de suite les intercepter, si vous voulez.

Alors, il y a quatre projets qui sont sur ma table de travail actuellement. Est-ce qu'on peut les nommer, à quel endroit on souhaite... ou si c'est... Ce n'est pas pour tout de suite? Ce n'est pas pour tout de suite. Mais ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a quatre équipes actuellement qui sont en voie d'être déployées dans quatre centres hospitaliers, dans quatre autres régions. Et le but de la ministre, M. le Président, c'est d'en arriver, bien entendu, à faire un déploiement beaucoup plus grand, parce que... et je n'ai pas les chiffres devant moi, c'est dommage, mais on me disait que ça réduisait d'une dizaine d'heures, de mémoire de femme, là...

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre.

**Mme Vien:** ...le temps passé à l'urgence, le fait que nous ayons à l'urgence une équipe de liaison. Alors, c'est probant, c'est intéressant.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. Alors...

**Mme Doyer:** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci. Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Matapédia, il y a peut-être d'autres façons de poser des questions. Ce n'est pas moi qui ai pris la décision. On avait deux heures, ça termine le bloc de l'opposition officielle. Je dois respecter le temps qui a été décidé. Moi, je n'ai pas le choix. Alors, je suis désolé. Peut-être qu'une discussion hors micro pourrait régler le tout à un moment donné, mais on doit respecter les enveloppes qui nous sont imparties, malheureusement.

M. le député des Îles-de-la-Madeleine va continuer jusqu'à 13 h 30. Ce sera le temps des ministériels, et, par la suite, nous allons suspendre. Allez-y, M. le député.

**Mme Doyer:** M. le Président, vous êtes sûr qu'on a eu notre dernier 20 minutes? Vous êtes sûr qu'on a eu notre...

(Consultation)

**Le Président (M. Sklavounos):** ...parce que je suis en train de parler. Je suis désolé, merci. Alors, la présidence contrôle le temps, mais ne calcule pas le temps, c'est la table de la commission. Et je regarde autour, et, Mme Vigneault, qui fait les calculs généralement, c'est notre préposée et c'est une qui a plus d'expérience ici, une avec le plus d'expérience à l'Assemblée, et on m'assure que vous avez eu votre enveloppe au complet.

**Mme Doyer:** Ça passe vite.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ça passe vite, je comprends, j'en conviens et je suis désolé que ce n'était pas assez, Mme la députée de Matapédia. Mais, là-dessus, j'aimerais continuer les travaux, parce que, là, c'est le temps des ministériels. C'est le temps des ministériels. Alors, merci. Je suis désolé. M. le député des Îles, allez-y.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président.

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le député des Îles, s'il vous plaît.

● (13 h 10) ●

**M. Chevarie:** Oui, merci. Ma question va porter sur les équipes de liaison en centre hospitalier, particulièrement pour les clientèles ayant une déficience alcool ou drogue. Et, en faisant un préambule quand même assez synthèse, on sait qu'une des portes d'entrée du réseau de la santé, c'est les services d'urgence...

**Une voix:** ...

**M. Chevarie:** Pardon?

**Une voix:** Des hôpitaux.

**M. Chevarie:** Des hôpitaux, oui, c'est ça. On sait également que le service d'urgence dans un hôpital accueille différentes clientèles: les accidentés, les personnes qui sont aux prises avec des problèmes cardiovasculaires, les personnes qui sont aux prises avec une bonne grippe, comme M. le Président ici, et les personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, mais, bien sûr, des clientèles qui ont des problèmes chroniques d'alcool ou encore de toxicomanie, de drogue. Et on peut faire facilement le cas que ce n'est pas toujours facile pour les professionnels qui sont affectés au service d'urgence de bien aider ces personnes-là. Je pense entre autres aux infirmières, aux médecins qui sont dans toutes nos urgences au Québec.

Alors, il y a une difficulté qui se pose souvent, et ces clientèles qui sont aux prises avec des problèmes de dépendance, bon, elles vivent un peu le phénomène de la porte tournante. Et le grand défi du réseau de la santé, c'est d'accueillir ces personnes-là et de bien les orienter auprès des services les plus appropriés, et, dans ce cas ici, c'est les centres de réadaptation en dépendance, d'où l'importance de la mise en place de ces équipes. C'est précieux pour le réseau, c'est précieux également pour la clientèle parce que la présence d'une infirmière ou une équipe de liaison va permettre de... permet de bonifier passablement l'accueil et les services. Les équipes de liaison sont composées d'une infirmière spécialisée en dépendance et également de deux intervenants psychosociaux.

**Une voix:** Toute une équipe.

**M. Chevarie:** Oui, effectivement, une bonne équipe bien structurée, et c'est... cette équipe a pour fonction d'accueillir cette clientèle-là à l'urgence et de faire le lien avec les services spécialisés pour faire les évaluations et éventuellement soutenir cette clientèle sur le plan thérapeutique. Donc, un processus clinique dont... réellement dans un continuum de services, à partir du centre hospitalier, de son service de l'urgence. De plus, ces équipes bénéficient généralement de lits de désintoxication et... ou encore de lits de transition. Et ils ont accès à toute une équipe de professionnels qui peut permettre d'encadrer et d'apporter un suivi pertinent à cette clientèle-là. Avec la mise en place de ces équipes de liaison, ce qu'on pourrait appeler nos modèles d'équipe de liaison, on augmente l'accessibilité, d'une part, aux services de réadaptation en dépendance et on facilite, d'autre part, le travail des médecins et des infirmières qui sont affectées à l'urgence.

Alors, M. le Président, j'aimerais que la ministre puisse nous faire un peu le portrait des services qui sont offerts aux personnes souffrant de dépendance et également qu'elle puisse nous faire un peu un état de situation sur les façons que nous avons favorisé l'accessibilité aux ressources disponibles pour venir en aide aux clientèles vulnérables et particulièrement aux clientèles qui ont des problèmes de dépendance, drogue ou alcool.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. Mme la ministre.

**Mme Vien:** Merci beaucoup, M. le Président. Le député pose une question qui est intéressante, puis on l'a abordée un peu avec la députée de Matapédia. Les équipes de liaison, moi, j'y crois beaucoup parce qu'il y a 80 % des personnes qui nécessitent des services en toxicomanie, en traitement de toxicomanie, qui n'en recevaient pas, M. le Président. Alors, tu sais, là, on a vraiment une clientèle qui pourrait être intéressée, justement, à l'offre de service, à l'offre d'aide, à la main tendue, si vous voulez, par les équipes de liaison.

Il y en a 19 actuellement au Québec dans les urgences de certains centres hospitaliers, et ce qu'on me dit également, c'est que c'est 80 % des personnes qui acceptent l'aide, justement, et la référence en centre de réadaptation que formule l'équipe de liaison quand elle a l'occasion de rencontrer, donc, ces personnes qui arrivent à l'urgence. Alors, ces équipes-là, bien entendu, c'est très rassurant, là, c'est très apaisant aussi pour les personnes qui sont en situation de crise et des personnes qui sont en situation de besoin, là. Vous savez, quand on est rendus là, M. le Président, c'est parce qu'on a besoin d'aide, on a besoin de traitements. Et de voir que 80 % des personnes acceptent l'aide, je pense qu'on peut dire que, là, on a un outil entre les mains qui est... qui parle par lui-même, c'est-à-dire ces équipes de liaison là.

Donc, ça permet de mieux orienter, évidemment, ces personnes, une meilleure prise en charge, bien entendu. Aussi, ça met fin au cycle des portes tournantes, là, si vous voulez, là: il rentre, il sort, il rentre, il sort. Alors, évidemment, ce qu'on souhaite, c'est qu'il entre en désintoxication, en centre de traitement et qu'il en ressorte en forme, et en santé, et remis sur le bon chemin, si vous me passez l'expression, où il va pouvoir... cette personne-là va pouvoir s'épanouir avec beaucoup plus de facilité.

Vous m'amenez sur le sujet des équipes de liaison, vous avez raison de le faire. Puis je l'ai dit tantôt et je le répète: Il y en a 19 actuellement dans neuf régions du Québec. On souhaite en ajouter quatre autres et aussi d'autres également qui vont venir, qui vont s'ajouter parce qu'on y croit. Tantôt, je le disais, hein, c'est une dizaine d'heures de moins que la ou les personnes passent en urgence. Alors, vous comprenez, là, c'est l'effet domino, c'est... si vous n'êtes pas à l'urgence ou si vous y êtes moins longtemps, vous laissez de la place à d'autres, là. Ça, c'est évident. Et vous, comme client, vous êtes

au bon endroit avec les bonnes personnes, c'est-à-dire en centre de réadaptation, si vous acceptez d'y aller. Mais, puisqu'il y a 80 % des personnes qui acceptent, moi, je dis: Regarde, on a une formule gagnante, il faut la développer. Ça, M. le député, c'est une chose.

Il y a aussi les centres de santé et de services sociaux, que vous connaissez très bien, à travers lesquels — il y en a 95, au Québec — à travers lesquels, évidemment, on a des ressources. Et les personnes qui ont besoin d'aide au niveau de leur dépendance, il y a plusieurs portes, évidemment, où elles peuvent aller frapper, c'est entendu, ou appeler, hein, parce qu'on a aussi des services téléphoniques, là, Drogue: Aide et référence, bien entendu. Mais les gens qui vont frapper au centre de santé et services sociaux de leur localité, au CSSS, vont trouver aussi une écoute, une aide, des personnes qui sont dédiées pour les accompagner.

D'ailleurs, jusqu'à maintenant, sauf erreur, les collègues à l'arrière pourront me souffler la bonne réponse si je me trompe, mais, de mémoire, c'est quelque 2 300 ou 2 200 personnes dans nos centres de santé et de services sociaux — c'est bien le bon chiffre — qui ont été formées pour, justement, aider à l'accompagnement de ces personnes, mais aussi pour bien les détecter. Ce n'est pas écrit tout le temps dans le front, ça, là, hein? Alors, il faut être formé, il faut bien reconnaître ces gens-là, il faut reconnaître les signes, et ça nous aide, à ce moment-là, à un meilleur accompagnement, bien entendu, mais à une meilleure référence, c'est sûr.

Il y a aussi, au ministère et partout dans le réseau, des guides de pratique qui sont en train de se développer, parce qu'on a une volonté de peaufiner nos... Évidemment, la détection, la référence, c'est bien, mais, une fois que ça est réglé, il faut traiter. C'est là où on est rendus, et il faut revoir nos façons de faire, il faut améliorer nos pratiques, et, franchement, je pense que le réseau est largement engagé dans un processus d'amélioration continue à ce niveau-là.

Vous avez ici... M. le sous-ministre me guide... me donne ici les guides de bonne pratique qui existent de la part de l'association des centres de réadaptation en déficience du Québec. Ça, si je ne me trompe pas, c'est eux, hein, qui le développent?

**Une voix:** ...

● (13 h 20) ●

**Mme Vien:** Bien, c'est ça. Alors, que ce soit au niveau de la réadaptation adulte, en service jeunesse... ça aussi, hein, on n'en entend pas parler beaucoup, ce matin, mais il y a des jeunes aussi qui reçoivent des services, et ça, c'est important de souligner l'apport de certains organismes communautaires. Parce qu'on a actuellement, M. le Président, 16 centres de réadaptation en dépendance au Québec auxquels se greffent aussi certains organismes communautaires et privés qui donnent un fichu de bon coup de pouce également au réseau. Un qui est bien connu, c'est Portage, bien sûr, puis j'en parle parce que j'ai un site dans mon comté, à Saint-Malachie, j'en profite pour les saluer.

Alors donc, des guides de pratique qui sont développés actuellement... On est constamment à la recherche des meilleures pratiques, des meilleures façons de faire et des meilleurs moyens, justement, à mettre en place pour aider ces personnes qui, franchement, quand tu arrives... quand elles arrivent dans ces lieux, ont besoin d'un coup de pouce et d'un coup de main sérieux. Et je pense qu'on est là, et tout le réseau est là pour les accompagner.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la ministre. M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Oui, merci, M. le Président. C'est plus une question de compréhension. Vous dites, vous avez 16 centres de réadaptation en dépendance pour l'ensemble du Québec, donc un par région. Et ce que je comprends, je ne sais pas si je vous ai bien saisie, vous nous avez dit qu'il y a 19 équipes actuellement réparties dans les... l'ensemble du Québec, 19 équipes de liaison.

**Mme Vien:** ...ça, je pourrais vous le donner, je les ai.

**Une voix:** ...

**M. Chevarie:** Oui, O.K. Ma question est la suivante: Les budgets qui sont affectés à ces équipes-là, ils sont... ils relèvent du centre de réadaptation en dépendance, et le personnel est en lien d'emploi avec le centre de réadaptation de dépendance ou avec le CSSS? Est-ce que vous pourriez apporter des précisions là-dessus?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la ministre.

**Mme Vien:** Alors, l'infirmière et le travailleur social — ou je pense que c'est comme ça qu'on l'appelle, là — ce sont des employés des centres de réadaptation, sauf erreur. C'est bien ça?

**Une voix:** Oui.

**Mme Vien:** Et, de mémoire, les coûts associés à la mise en place d'une équipe de liaison est aux alentours de... entre 250 000 \$ et 300 000 \$. Alors, c'est une équipe, franchement, qui a une bonne besogne. C'est bien, et je pense qu'au Québec on peut être fiers de ces équipes-là. Et notre intention à nous, c'est d'en développer, c'est d'en développer davantage.

Vous dire aussi au passage que — je me retrouve un petit peu, si vous me permettez, dans mes papiers — les budgets, là, qui sont consacrés par le gouvernement du Québec, donc par l'ensemble des citoyens du Québec, à ce programme de dépendance, au Québec il est important.

Les prévisionnels pour 2011-2012, là, M. le Président, pourraient être aux alentours de 123 millions. Ils sont passés de 60 millions en 2002-2003 à 97 millions en 2010-2011. Mais la prévisionnelle, là, pour 2012-2013... 2011-2012, pardon, pourrait être de 123 millions. Alors, c'est beaucoup d'argent. Ça, c'est au niveau de la toxicomanie, là, c'est une augmentation de 59 %, et on n'en a pas parlé beaucoup aussi ce matin, ça m'a étonnée. Je pensais que la députée de Matapédia...

**Mme Doyer:** ...cet après-midi aussi.

**Mme Vien:** Je pensais qu'elle allait nous parler de jeu, mais on va...

**Mme Doyer:** Non, j'ai déclaré forfait. Quand les artistes jouent au poker, là, je...

**Mme Vien:** ...vous dire qu'il y a quand même 22 millions qui sont octroyés aussi pour cette dépendance qu'on documente aussi beaucoup, beaucoup, beaucoup actuellement. Donc, nous, on consent les sous nécessaires, on met les services en place, M. le député, et, évidemment, les équipes de liaison font partie de cet ensemble de mesures, oui, au niveau de la dépendance, bien entendu, mais aussi pour ces personnes qui sont... Ce sont souvent des personnes qui sont en situation d'itinérance, alors on réussit à rejoindre le même client avec ces équipes d'intervention.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Oui. Il me reste combien de temps?

**Le Président (M. Sklavounos):** Trois minutes, monsieur.

**M. Chevarie:** Trois minutes. Je reviens toujours aux équipes de liaison. Ce que je comprends, c'est que leur lieu privilégié d'intervention, c'est vraiment l'urgence de l'hôpital, même si elles relèvent du centre de réadaptation en déficience... en dépendance.

Bien, ma question, mon autre question est la suivante, ça va être sûrement la dernière: Est-ce que vous avez des statistiques par rapport à ces différentes problématiques, en termes de drogue, alcool, quel type de clientèle? Est-ce que c'est plus au niveau des jeunes, des adultes? Des statistiques en termes de clientèle, le taux... Est-ce qu'on est dans une courbe ascendante ou dans une courbe descendante par rapport à ces deux grandes problématiques là?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la ministre.

**Mme Vien:** Bien, écoutez, vous me parlez du jeu, M. le député?

**M. Chevarie:** Non, non, de dépendance, drogue, alcool. Je m'interrogeais si vous aviez des statistiques et si le portrait était dans une courbe descendante ou ascendante, là, sur le plan des clientèles qui vivent des dépendances.

**Mme Vien:** Bien, écoutez, au niveau, par exemple, des jeunes, là, la dernière étude de prévalence que nous avons, là, c'est qu'au niveau de la consommation d'alcool chez les jeunes ça a diminué de 2002 à 2008. C'est les derniers chiffres que nous avons, c'est très, très, très encourageant. Au niveau de la consommation de tous les types de drogues, également, ça a diminué.

Au niveau du jeu, disons-le, chez les jeunes, ça aussi, ça a diminué. Le nombre de joueurs à risque chez les jeunes également, ça a diminué. Vous savez, chez les adultes, maintenant, les joueurs pathologiques probables, là, ce n'est même pas 1 %, hein, de la population — ça, c'est intéressant — et le joueur à risque modéré est aux alentours de 1,3 %. Alors, je pense que nous avons, au Québec — vous me corrigerez, encore une fois — un des meilleurs taux au niveau du jeu pathologique.

**Une voix:** Oui, c'est ça.

**Mme Vien:** C'est ça. Alors, je ne suis pas en train de vous dire qu'on n'a pas de souci avec ça. Je ne suis pas en train de vous dire ça. Je suis en train de vous dire qu'au Québec les personnes qui vivent avec une dépendance au jeu, c'est moins de 1 %. En fait, on est à 0,7 %.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, monsieur...

**Mme Vien:** On doit poursuivre évidemment, M. le Président, le travail en ce sens-là, de prévention, beaucoup.

### Adoption des crédits du programme 3

**Le Président (M. Sklavounos):** Il reste quand même, tu sais, deux minutes. Je suis allé un petit peu trop vite tout à l'heure, là, mais il reste une couple de minutes. Si vous avez une dernière question, allez-y. Pas d'autre question? Alors, il reste deux minutes. On va les réputer écoulées, deux minutes... Ça va?

Alors, maintenant, nous sommes rendus au vote. Nous allons maintenant proposer la mise aux voix du programme n° 3. Le programme n° 3, Office des personnes handicapées du Québec, est-ce que ce programme est adopté?

**Mme Doyer:** Sur division.

**Le Président (M. Sklavounos):** Sur division. Adopté sur division, Mme la secrétaire. Alors, j'aimerais remercier Mme la ministre — on va la revoir sur un autre programme — M. le sous-ministre Gagnon, M. le sous-ministre Cotton, le directeur de cabinet, les autres personnes qui étaient dans la salle pour nous appuyer, les parlementaires des deux côtés pour votre collaboration, nos techniciens du son, notre page et le personnel de la commission. Si vous voulez dire un dernier mot, allez-y, Mme la ministre. Allez-y.

**Mme Vien:** Bien, écoutez, brièvement, parce que la collègue veut dire un mot aussi. Peut-être que les collègues du côté ministériel, mais...

**Le Président (M. Sklavounos):** Très rapidement.

**Mme Vien:** Merci. Merci, M. le Président. C'est plaisant, faire cet exercice-là, parce qu'on s'intéresse aux vraies choses, puis je voulais saluer la députée de Matapédia. Ce sont ses derniers crédits. Vous avez fait ça comme une grande dame. Merci beaucoup.

**Mme Doyer:** Merci, Mme la ministre. Et...

**Le Président (M. Sklavounos):** Je vais prendre ce temps-là, je vais... Au lieu d'écouler les deux minutes qu'il nous restait, on va prendre ce temps-là pour faire... Alors, ça va être le temps des ministériels. Ça va? Consentement. Alors, c'est ça, on aura fait notre temps au complet. Allez-y, Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Oui, oui, puis j'en profite, M. le... bien, d'abord, j'espère qu'on n'aura pas d'élection et que je vais être encore un an avec vous, là. On ne le sait pas, mais...

**Le Président (M. Sklavounos):** Qui le sait? Qui le sait, Mme la députée?

**Mme Doyer:** Mais je tiens à remercier, vous, M. le Président, les membres de la Commission de la santé et des services sociaux et dire, en quelque part, oui, ma frustration, que la partie services sociaux est toujours un petit peu le parent pauvre au niveau du temps pour les crédits, au niveau... mais qu'en législation, quand on a fait des législations, on les a faites toujours de façon correcte comme parlementaires, avec les fonctionnaires, avec les organismes. Et je veux dire comment...

Je veux saluer aussi le travail de tous les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale. Découragez-vous pas, tout le monde. Des fois, il y a des solutions qu'on ne voit pas, mais ne lâchez pas, parce que, vous savez, les clientèles des démunis au Québec, des plus vulnérables de notre société, il faut avoir le coeur à la bonne place en sapristi pour ne pas lâcher prise, de toujours les défendre de la meilleure façon possible. Puis les fonctionnaires qui ont toujours été aussi du beau... bien beau monde pour nous appuyer dans nos demandes, puis on a... je vous salue aussi. Je salue votre travail, puis on ne lâche pas... s'occuper du monde au Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. Vous êtes une parlementaire de grande qualité. Alors, merci à tous les parlementaires. Merci, encore une fois, à Mme la ministre. Merci. Alors, nous sommes suspendus jusqu'à 15 heures.

*(Suspension de la séance à 13 h 30)*

*(Reprise à 15 h 6)*

**Le Président (M. Sklavounos):** À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, la Commission santé et services sociaux reprend ses travaux. Nous sommes ici, à la salle Louis-Joseph-Papineau de l'Assemblée nationale. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir prendre un moment afin d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires ou les mettre en mode vibration, s'il vous plaît.

#### Santé (suite)

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de poursuivre l'étude des crédits budgétaires du volet Santé relevant du portefeuille Santé et services sociaux pour l'exercice financier 2012-2013.

Je vous rappelle également que le programme n° 4 sera mis aux voix environ deux minutes avant la fin du temps qui est alloué à l'étude de ce volet d'étude des crédits.

Puisque nous avons débuté à 15 h 30, j'ai le consentement des deux parties d'aller jusqu'à 18 h 30. C'est exact?

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** Est-ce que j'ai dit «30»?

**La Secrétaire:** ...18 h 6.

**Le Président (M. Sklavounos):** 18 h 6. Je ne sais pas pourquoi j'ai dit «30».

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui, c'est ça. Non, non. 18 h 6, selon la secrétaire qui m'a dit, exactement, l'heure.

Alors, il reste approximativement pour chaque groupe: pour le gouvernement, environ 3 h 2 min; pour l'opposition officielle, 2 h 54 min. Nous avons terminé, hier soir, avec un bloc de temps de l'opposition officielle, nous allons donc commencer avec un bloc de temps du groupe parlementaire formant le gouvernement.

Et j'ai le plaisir de resaluer M. le ministre de la Santé et des Services sociaux, sa directrice de cabinet, Mme Bédard, M. le sous-ministre en titre ainsi que son adjointe.

Et, sans plus tarder, M. le député de Îles-de-la-Madeleine, pour ce premier bloc du groupe ministériel, à vous.

**M. Bolduc:** M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui, M. le ministre.

**M. Bolduc:** On nous avait demandé de déposer des documents, puis on les déposerait aujourd'hui...

**Le Président (M. Sklavounos):** Parfait, M. le ministre.

**M. Bolduc:** ...dont, entre autres — ça avait été demandé par le député de La Peltre — l'évaluation des projets pilotes préhospitaliers.

#### Documents déposés

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Alors, suite aux engagements pris par M. le ministre hier, en période de crédits, nous déposons les documents.

**M. Bolduc:** ...effectifs informatiques...

**Le Président (M. Sklavounos):** Les effectifs informatiques, également.

**M. Bolduc:** ...et l'utilisation du FINESSS.

**Le Président (M. Sklavounos):** Les utilisations du FINESSS. Merci, M. le ministre. Alors, c'est noté, les documents sont déposés, Mme la secrétaire. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, allez-y.

#### Discussion générale (suite)

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Ma question va porter sur le dossier... ce qu'on appelle le DSQ, mais c'est le Dossier santé Québec, à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux.

**Des voix:** ...

**M. Chevarie:** Pardon?

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y. Allez-y.

**M. Chevarie:** On peut se l'avouer, le dossier a connu un départ un peu long et... Mais, quand même, il faut faire le constat que c'est un dossier de haut niveau de difficulté et c'est un dossier complexe. C'est une infrastructure, à mettre en place, assez complexe, et, si je voulais employer une expression aux Îles-de-la-Madeleine, il y a... à certaines occasions, on a pogné de la vague un peu. Mais on peut toutefois dire ou toutefois préciser, M. le ministre, que, depuis la nouvelle gouvernance, la mer s'est un peu calmée, puis on a un peu un vent nouveau dans le Dossier santé Québec, et particulièrement au niveau de l'informatisation clinique. Et, si on fait un retour en arrière, depuis un an, beaucoup de choses se sont passées. Il y a une série d'événements qui se sont déroulés, et je pense que les choses ont avancé, et les résultats sont présents.

Alors, M. le Président, ce que j'aimerais demander au ministre, c'est qu'il puisse nous faire un bilan ou encore nous présenter les faits saillants depuis l'arrivée en poste de la nouvelle sous-ministre associée à la Direction générale des technologies de l'information en avril 2011, qu'elle puisse nous présenter le bilan sur ce dossier-là.

● (15 h 10) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député des Îles. Je commencerai en donnant la parole à M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Comme de fait, c'est un dossier qui est crucial pour les soins de santé des Québécois. Puis je rappellerai qu'en plus du Dossier santé Québec on a également une stratégie pour informatiser les

hôpitaux puis une stratégie pour informatiser les cliniques médicales de façon à ce qu'à la fin les trois niveaux de travail, c'est-à-dire le Québec, les établissements de santé et les bureaux de médecins, ce soit tout informatisé avec un concept d'interopérabilité.

Et comme, l'année dernière, la députée de Taschereau nous l'a souvent posée... on était rendus dans le Dossier santé Québec, cette année, j'ai une bonne nouvelle, c'est que ça a beaucoup avancé, dont, entre autres, au niveau de la région de Québec, et on a commencé l'informatisation également dans la région de Lanaudière, dans la région de l'Estrie pour le Dossier santé Québec. Et puis on a envoyé tout récemment les lettres à la population de Montréal pour leur dire que le Dossier santé Québec commençait dans la région de Montréal. Donc, il y a eu beaucoup de progrès. C'est une grande transformation, et, comme vous le dites, c'est dû au fait qu'il y a eu un changement au niveau de la gouvernance. Quoi qu'avant il y avait eu beaucoup de travail de fond de fait qu'il fallait faire absolument, mais là on était rendus à une autre étape où on était au niveau du déploiement dans le réseau de la santé.

Et, comme de fait, maintenant je pense qu'elle est reconnue comme étant la championne du Dossier santé Québec et de l'informatisation dans le réseau de la santé. Les gens reconnaissent tous son grand courage. Selon moi, elle mériterait la canonisation, à ce stade-ci, pour avoir passé toutes ces étapes-là. Ça fait que j'inviterais, là, Mme Lise Verreault à venir présenter ce Dossier santé Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, sur le consentement des membres de la commission? Ça va, Mme la députée de Taschereau? Oui? Ça va du côté des ministériels? Alors, Mme Verreault, qui s'est déjà présentée hier... Est-ce qu'on le refait? Oui? Je vais vous demander encore, vu que nous sommes une nouvelle séance, de vous présenter, Mme Verreault. Par la suite, vous aurez la parole.

**Mme Verreault (Lise):** Alors, Lise Verreault, sous-ministre associée, Bureau de programme de l'informatisation du réseau au ministère de la Santé et des Services sociaux.

**Le Président (M. Sklavounos):** À vous, Mme Verreault.

**Mme Verreault (Lise):** Ça me fait plaisir de prendre un moment avec vous, parce que ça fait une année, presque jour pour jour, où j'ai été nommée dans ce poste-là. Alors, je pense que c'est une belle occasion de faire le bilan suite, comme disait monsieur des Îles, de la vague, du vent, des tempêtes, des bourrasques qu'a subis, je pense, ce dossier-là. Je pense qu'on a réussi à faire, je pense, un bout de chemin qui est satisfaisant, autant pour la population, les praticiens que pour le gouvernement du Québec. Parce que je tiens à répéter que ce dossier-là, c'est un dossier pour l'ensemble de la population, ce n'est pas juste un dossier pour le ministère de la Santé.

Alors, rapidement, je vais vous faire un bref retour sur ce qui a été implanté puis je vais vous garder un temps — je pense, c'est important — pour le côté budget, ententes, infos... oui, parce qu'on est dans une étude de crédits, puis je pense qu'il faut qu'on parle aussi des sous.

Alors, gouvernance, tout ce qui avait été demandé d'être mis en place a été fait; comité conjoint MSSS-RAMQ, alors, on a des rencontres statutaires. On a eu, je vous dirais, minimum 25 rencontres de demi-journées à journées de travaux, à part des sous-comités de travail qui ont été mis en place pour vraiment faire un arrimage, parce qu'on nous a demandé de transférer l'exploitation et l'opération du DSQ à la RAMQ, donc c'est un travail qui doit se faire en partenariat serré. Je vous dirais que les relations sont excellentes, on a une très, très bonne collaboration de la RAMQ à venir jusqu'à présent.

Également, on a mis en place une table d'interopérabilité. On a voulu ramener le DSQ au niveau des établissements, de gens qui ont de l'expertise terrain. Alors, là aussi, il y a eu une dizaine de rencontres qui sont présidées par la RAMQ, des travaux qui se sont faits d'une... je pense, d'une expertise vraiment de haute pointe. Je pense que c'est extrêmement aidant.

Également, le Conseil de gouvernance qui regroupe les représentants des différentes associations au Québec, alors il y a des représentants de fédérations médicales, représentants de l'AQESSS, des grands CHU, SOGIQUE et RAMQ, qui sont avec nous.

On a réussi à faire... On est partis, l'année passée, de Québec avec cinq petits laboratoires puis des établissements qui... quelques pharmacies qui étaient branchées. On était dans un projet pilote. Maintenant, on a quatre régions où les consentements se sont faits: la région... Québec, l'Estrie, la région de Montréal et la région de Lanaudière. Le taux de refus pour le consentement est de 0,76 %, la moyenne, donc c'est en bas de 1 %. Le consentement se donne d'une façon implicite pour l'ensemble des Québécois, et c'est seulement ceux qui refusent qui émettent leur consentement.

Donc, je vous dirais que... majorité hommes, minorité femmes pour le refus. Principal motif du refus, c'est: On attend de voir si ça va bien fonctionner. Puis je vous dirais que les deux tiers n'ont pas de motif de refus. Alors, le seul refus qu'on reçoit présentement, c'est: On veut attendre un peu plus pour voir si c'est vraiment le bon moment, compte tenu des délais qui ont précédé.

Ça demande énormément de préparation pour faire une période de consentement. On le voit dans la région de Montréal, multiethnique. Il y a beaucoup de traductions, beaucoup de rencontres, il y a de la communication à faire, il y a des dépliants à distribuer dans tous les foyers, il y a... On a travaillé des ententes avec le CSPQ, avec Revenu Québec... pas Revenu Québec, Services Québec pour les appels, pour les personnes qui veulent avoir de l'information, pour les personnes qui veulent refuser, pour être capables de leur répondre, également, et d'enregistrer tous ces refus-là. Ça s'est très bien, très bien, très bien déroulé, alors on était contents de ça.

Au niveau du médicament, présentement, on a 152 pharmacies de branchées, 13 cliniques médicales et trois départements d'urgence. On se rappellera qu'on est partis avec huit pharmacies voilà un an, alors ça va assez bien. Ici, à Québec, on avait pris comme engagement 50 % des pharmacies branchées avant le 30 septembre. Ça a été atteint. Deuxième

objectif était 100 % des pharmacies, toujours participantes, on ne peut pas obliger, mais celles qui le désiraient. On a atteint 87 % le 31 décembre. La raison qui justifie pourquoi on n'a pas notre 100 %, c'est les mesures... les moyens de pression que l'AQPP, présentement, a décidé de prendre, je vous dirais, fin novembre, début décembre. Les pharmacies qui avaient soumis le désir d'être branchées sont présentement en attente. Également, au niveau de l'Estrie, cinq pharmacies sur cinq, 100 % des pharmacies participantes, ont été branchées, et, à Lanaudière, on est rendus à 35 pharmacies sur les 55. Donc, c'est lancé. On avait pris un objectif juste pour Québec, mais on a dépassé notre objectif en faisant le consentement dans les autres régions.

Domaine laboratoire, là aussi, également, il y a eu des avancées. Alors, tout ce qui est de laboratoire ici, à Québec, les sept laboratoires de la Capitale-Nationale, plus deux à Lanaudière — parce qu'on sait qu'à Lanaudière il y a deux grands CSS, le Nord et le Sud — alors ces laboratoires-là sont branchés. Ils alimentent et ils consultent également les résultats de laboratoire de leur région. On continue notre objectif là-dessus. 39 gros laboratoires, les plus volumineux en termes de tests, vont être branchés en premier, ce qui va représenter 63 % du volume provincial des tests, et, par la suite, on va faire les plus petits laboratoires.

Également, on est en train de se donner une stratégie qui, au départ, n'avait peut-être pas été regardée. Comment est-ce qu'on est capables de regrouper régionalement certains labos? Exemple, à Montréal, on a 22 laboratoires distincts. Si on est capables de mettre en place une plateforme qui pourrait relier ces 22 là, bien, on va économiser du temps et de l'argent. Alors, c'est ce qu'on est en train de travailler avec l'agence de Montréal et les grands CHU.

Également, on a harmonisé, parce qu'on sait que, pour brancher les laboratoires, il faut qu'on ait un même dictionnaire. Il faut qu'on appelle les glycémies... le même langage, la même codification. Alors, là aussi, il y a plusieurs régions qui sont en cours de normalisation. Alors, ce travail-là avance très, très bien.

Au niveau de l'imagerie — si je passe rapidement, parce que c'est des informations aussi qui ont circulé au cours de la dernière année — on est PACSés à 100 % dans les établissements au Québec. Puis ce qu'on a réussi à faire aussi, c'est de prendre les images qu'on a dans les PACS de chaque établissement et de les archiver dans trois grands RID. Les RID, c'est un répertoire d'imagerie diagnostique qui va permettre l'interopérabilité d'une région à l'autre. À l'intérieur d'une région, les gens peuvent consulter, mais, quand vient le temps d'avoir les images d'une autre région, ça prend un système d'archivage et un système qui va permettre l'interopérabilité. Ce qu'on fait présentement, on prend les images de chaque région et on les entrepose dans des archives nationales pour pouvoir les partager. On est rendus à 71 %, présentement, d'archivage de ces données-là. On le fait en dehors des heures normales parce que c'est quand même assez volumineux comme images à transporter et d'avoir tout l'historique. Donc, ça avance très bien au niveau aussi de l'imagerie.

Télesanté. Télesanté, là, on est vraiment bons au Québec. S'il y a quelque chose qu'il faut qu'on se félicite, c'est sûrement la télesanté. Alors, on dépasse tous nos objectifs, on fait l'envie de plusieurs pays dans le monde qui viennent nous voir pour notre technologie puis viennent prendre les résultats qu'on fait. Juste la semaine passée, je faisais un échange avec le Nunavik. Dans la journée où j'échangeais avec eux, il y a eu 12 consultations de télesanté avec le RUIS McGill. C'est 12 voyages d'avion du Nunavik à Montréal qu'on sauve; c'est des déplacements de moins puis des semaines d'hébergement, parce qu'on sait que ces gens-là se déplacent.

Donc, au niveau télesanté, on a développé la télépathologie. 20 sites sur 21 sont déjà implantés. On a atteint notre cible à 90 %. Téléassistance, dans Sherbrooke, 65 sites sur 65 sont déployés. On a dépassé nos cibles de visioconférences et de consultations virtuelles: on devait en faire 960, on est rendus à 1 500 présentement. Donc, il y a une appropriation par les cliniciens de ces systèmes de transfert d'information là ou de partage.

Tout ce qui touche le programme d'assistance ventilatoire à domicile qui était au niveau de la région 06, surtout au RUIS McGill: 26 équipements sur 26 déployés. Là également, on est à 82 % de téléconsultations qui sont déjà réalisées.

● (15 h 20) ●

Télésoins à domicile, la même chose. On devait avoir 150 patients d'inscrits pour faire notre pilote la première année, on est rendus à 250. On devait avoir 3 000 transmissions, on a 30 000 transmissions de réalisées au niveau des télésoins à domicile.

Téléformation, là aussi, on avait 357 stations de prévues pour les prochaines années, on est déjà rendus à 320 d'installées et les 37 sont déjà en commande.

Également, pour la visio, on est en appel d'offres pour rehausser un peu notre pont de visioconférence, compte tenu de l'utilisation... l'attrait, je vous dirais, pour l'utilisation de ces systèmes qui évitent un nombre de déplacements important, surtout en région.

Au niveau Panorama, le système de gestion des produits immunisants est déjà en déploiement. On sait que c'est un projet qui devait, dans un premier temps, être simplement régionalisé, puis on a décidé de le localiser, de se rendre jusqu'au niveau local. Là aussi, les régions de l'Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Laurentides, Lanaudière, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Mauricie, la Gaspésie, l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que la Capitale-Nationale ont déjà déployé le système, et on poursuit. D'ici la fin juin, on devrait avoir complété l'ensemble des autres régions au Québec pour ce système-là.

Maintenant, j'arrive dans le volet des DCI ambulatoires. On se rappellera que le 22 mars dernier, le ministre... on a réorienté le dossier en disant que le DSQ allait se déployer non pas seulement avec un visualiseur, mais avec un DCI et des DME. Présentement, il y a une région qui a complété l'implantation de son DCI; c'est la région de Sherbrooke. Quatre régions ont déjà choisi et sont déjà en phase de déployer: alors on passe à la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean, Montréal, Québec et Laval... Lanaudière, excusez. 11 régions sont en analyse pour faire le choix, et deux autres régions ont déjà un système qui était utilisé antérieurement; c'est la région de l'Abitibi et la région de Chaudière-Appalaches qui fonctionnent déjà avec un ancien système.

Au niveau des coûts — je commence à parler des coûts — au niveau des DCI, on se rappellera que ce qui avait été estimé était une enveloppe d'environ 400 millions de dollars. On le retrouve dans le 1,6 milliard qui composait le DSQ

et les projets hors DSQ. Présentement, on a des coûts estimés, avec les régions qui ont déjà choisi leur DCI, de 171 millions sur le 400 qui avait été estimé. Également, dans le cadre des DCI — on se rappellera qu'un DCI, c'est un dossier clinique informatisé qui se retrouve à l'intérieur d'un établissement — on a prévu également un développement un peu plus grand au niveau des cliniques externes et des installations qui découlent souvent d'un CSSS — on n'a pas juste un hôpital mais on a différents sites à l'externe — et on a convenu d'une autre entente avec Infoway, une entente de l'ordre de 47 millions, dont un financement de 23 millions d'Infoway pour certaines régions qui sont déjà en phase de le déployer au Québec.

Également, on a dit DCI, mais on a dit DME également. On est en train de compléter... Je vous dirais qu'on est à quelques heures de la fin d'une négociation avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec pour le déploiement d'un dossier médical électronique dans les cabinets privés des médecins au Québec. Alors, il y a une enveloppe... Alors, on estime environ, pour les cinq prochaines années, un total d'environ 100 millions d'investissements pour doter toutes nos cliniques médicales, nos GMF puis nos UMF... d'être capables de les brancher à nos DCI versus aussi les banques de données du DSQ dans un avenir, je vous dirais, assez rapproché.

On a travaillé, finalement, pour les projets de loi. Le projet de loi n° 59, qui va nous permettre de partager l'information partout au Québec. On a travaillé également sur le projet de loi n° 53, qui a été présenté en commission parlementaire au cours des dernières semaines. Également, on est en train de mettre en oeuvre la loi n° 133 sur la gouvernance des technologies, à savoir la gestion, la supervision, l'encadrement de tous les plans annuels de ressources, les bilans annuels ainsi que tous les plans de dépenses annuels du réseau de la santé et des établissements.

J'arrive maintenant aux dépenses à ce jour. Alors, on sait que le DSQ, c'est 563 millions, dont 300 millions venaient d'Infoway. On se rappellera qu'on avait eu des pourparlers assez importants avec Infoway, puis on avait comme une crainte, l'année passée, d'une perte... d'un risque — si je peux appeler ça comme ça — de 52 millions. Je vous dirais qu'au moment où on se parle on a renégocié les 19 ententes qui étaient soit en suspens, soit en prolongation, soit qui étaient complètement terminées, et pour lesquelles le 52 millions était, je vous dirais, vraiment à très haut risque.

Alors, juste peut-être pour vous expliquer comment Infoway fait son décaissement: dans un premier temps, Infoway, il remet aux régions ou aux provinces 25 % pour le développement d'un système. Alors, le premier 25 %, je vous dirais qu'il est attaché à un développement. Le deuxième 25 % du financement de 303 millions, il est fait quand on fait le déploiement, comme on est en train de faire présentement. Et le dernier 50 % est quand les professionnels adoptent, utilisent les systèmes qui ont été déployés dans les régions. Présentement, avec Infoway, on a reçu, comme remboursement officiel, 160 millions sur les 300 millions. Je vous ai dit tout à l'heure qu'on était dans l'étape du déploiement. Donc, on n'a pas terminé notre déploiement, mais on a déjà 61 % du décaissement qui a été autorisé par Infoway, ce qui est excellent.

Juste peut-être une petite donnée qui est intéressante: l'année passée, ce qu'on a reçu d'Infoway pour les facturations qui avaient été accordées, ça totalisait 12,3 millions... 300 millions, O.K.? Aujourd'hui, ce qu'on a reçu, on est à 34 millions. On a obtenu, au cours de la dernière année, en refaisant toutes nos négociations, 34 millions par rapport à 12 millions. On a eu... la garantie de 52 millions est protégée. On a refait les ententes. Ils ont accepté de reconnaître des choses qu'on avait faites. Puis un qui me fait plaisir, là, c'est celui de l'AQESSS. Ils nous ont redonné 9 millions sur le dossier de l'AQESSS, qui est quand même important parce qu'on avait des pertes. Et l'indice patients maître — l'AQESSS, là, c'était la couche d'accès à l'information — et également au niveau de l'Index patients maître. L'Index patients maître, on a récupéré 3,4 millions.

Également, la gouverne, on se rappellera que la gouverne était fermée. Ils ne voulaient pas reconnaître la gouvernance suite à ce que... les délais puis le fait que les ententes n'étaient pas renégociées. On est retournés chercher 2,6 millions. Ça fait que je vous dirais qu'on a récupéré notre 52 millions. On a renégocié les 19 ententes, plus deux nouvelles, dont celle du Bas-Saint-Laurent sur les maladies chroniques, et également celle qu'on a vue tout à l'heure, avec les DCI ambulatoires, 23 millions qui arrivent d'Infoway.

Ensuite, qu'est-ce que je pourrais vous dire d'intéressant?

**Le Président (M. Sklavounos):** Ce que vous pouvez nous dire en 30 secondes, Mme Verreault.

**Mme Verreault (Lise):** En 30 secondes? On a aussi mobilisé beaucoup de médecins. On a fait une présentation de ce qui marchait, parce qu'il ne faut pas juste dire ce qu'on veut faire, mais il faut être capables de le démontrer. Le 30 septembre dernier, on a invité 600 personnes. Des professionnels de la santé, dont 300 médecins, ont accepté de venir un beau vendredi après-midi à Montréal pour voir concrètement: Est-ce que c'est vrai que ça marche cette fois-ci? Je vous dirais qu'il y a un partenariat important qui s'est mis en branle immédiatement après. Je pense qu'on a réussi à redonner confiance aux professionnels dans ce dossier-là qui était, il faut se le dire, là, assez difficile à vendre au cours des dernières années.

Alors, c'est très, très intéressant puis c'est très stimulant.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci. Merci, Mme Verreault. Et, vu qu'il ne reste pas du temps dans ce bloc, on pourrait certainement revenir dans le prochain, M. le député des Îles. Si vous avez besoin de plus de temps, vous en avez.

Je vais regarder du côté de l'opposition officielle et céder la parole à Mme la députée de Matapédia, porte-parole de l'opposition officielle en matière de Services sociaux. Mme la députée, la parole est à vous.

**Mme Doyer:** Merci. Merci beaucoup, M. le Président. Alors, aujourd'hui, mes questions vont s'adresser au ministre. Comme je n'ai pas pu le rencontrer pendant les dernières années, bien, je vais essayer de faire ça en une heure, de vous poser plein de questions en psychiatrie et santé mentale.

Alors, sur... La première va toucher aux urgences psychiatriques, aux plans d'effectifs, aussi, pour les psychiatres, les pédopsychiatres et pour un accès qui apparaît déficient aux services de pédopsychiatrie, particulièrement dans la

région de Québec, quand on les prend région par région. Alors, j'ai la durée moyenne de séjour, au niveau des services psychiatriques, à l'urgence: trois heures. Ça a augmenté, depuis 2007, de trois heures.

Les effectifs médicaux... Bon, c'est sûr qu'il va y avoir des recrutements de nouveaux psychiatres, mais ma question... mes questions: Est-ce que le ministre peut nous expliquer l'augmentation des temps d'attente sur civière dans plusieurs établissements et régions du Québec, particulièrement depuis 2007? Quand les postes disponibles en psychiatrie, aux plans régionaux d'effectifs médicaux, seront-ils comblés? Combien aussi d'infirmières spécialisées en santé mentale?

Et, pour ce qui est de l'accès déficience, je vous fais grâce, parce que je n'ai pas beaucoup de temps, des données, surtout pour les enfants, les très jeunes enfants. De plus en plus, on a des jeunes qui sont dépressifs, perturbés et qui ne peuvent espérer voir, par exemple, un pédopsychiatre avant 22 mois, soit presque deux ans. Alors, le ministre peut-il nous dire... a-t-il mis en place des mesures pour résorber les listes d'attente en pédopsychiatrie? Est-ce que le ministre reconnaît que l'attente pour ces jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale est inacceptable et comporte des risques certains parce qu'on est obligés de reculer des jeunes, de les classer, ça presse moins, ça presse moins?

**Le Président (M. Sklavounos):** Plusieurs questions, M. le ministre. La parole est à vous.

● (15 h 30) ●

**M. Bolduc:** Oui, M. le Président. Puis je vais me faire aider de M. André Delorme, là, qui est notre directeur responsable de la santé mentale au ministère.

Dans un premier temps, on reconnaît qu'en psychiatrie il y a quand même une pénurie au niveau des effectifs médicaux. Et c'est une des spécialités que nous avons ciblées pour augmenter les effectifs médicaux, autant en psychogériatrie, en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie. Parce que c'est quand même un domaine où est-ce qu'il y a un grand besoin. Et il y a des listes d'attente souvent premièrement à cause de la pénurie de psychiatres, deuxièmement aussi à cause de l'organisation des services, qui est en train d'être changée, dont, entre autres, on voudrait que le psychiatre joue beaucoup le rôle de premier répondant, c'est-à-dire qu'il y ait des équipes locales qui travaillent au niveau des patients et que le psychiatre soit plus comme consultant que par une prise en charge. Ça, c'est le premier niveau, je pense, qu'on est en train d'intervenir.

Au niveau des urgences, la santé mentale est une grande priorité, et ça demande une réorganisation. La majorité des endroits au Québec, ça va bien. La difficulté, c'est encore beaucoup à Montréal, parce qu'on est en train de revoir l'organisation des services de santé à Montréal en psychiatrie. Mais je peux vous dire qu'il y a une bonne collaboration entre les établissements, les gens sont de bonne volonté, et surtout ça prend une force pour changer les méthodes de pratique.

Un exemple, j'étais avec Dr Delorme, on est allés visiter l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, et, à cet endroit, ils ont mis en place une équipe de soins intensifs dans la communauté. Et ce qu'ils nous ont dit, c'est que ça diminuait de 40 % les admissions des patients qui sont suivis par ce programme. Donc, c'est par la mise en place de ce type de programme avec le virage première ligne, le virage en externe, que nous allons réussir à améliorer des services en psychiatrie. Puis je demanderais peut-être au Dr Delorme de compléter.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, Dr Delorme, il va falloir que vous vous présentiez, on est dans une nouvelles séance, et, par la suite, vous aurez la parole.

**M. Delorme (André):** Bien sûr. Je suis André Delorme. Je suis directeur de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux.

**Le Président (M. Sklavounos):** Dr Delorme, la parole est à vous.

**M. Delorme (André):** Merci, M. le Président. Bien, écoutez, M. Bolduc vient d'exprimer, là, le virage qu'on fait vers la première ligne, mais je pense que ça vaut la peine de répéter ce que je disais hier pour vraiment situer l'évolution de la santé mentale au cours des 30 ou 40 dernières années, où on est partis d'une époque où on était dans les asiles et on est allés vers les hôpitaux psychiatriques, on est allés vers les hôpitaux généraux et spécialisés, et ça, ça s'est passé dans le début des années 60 jusqu'à la... milieu, fin des années 70, et on s'est arrêtés là. Et donc, par la suite, tous les services en santé mentale, autant chez les jeunes que chez les adultes, se donnaient essentiellement en deuxième ligne par des psychiatres et des pédopsychiatres.

Or, comme dans n'importe quelle autre spécialité médicale, on ne pouvait pas construire un réseau de santé, là, qui soit très efficace uniquement sur des spécialistes, alors ce que le plan d'action et ce que le ministère fait maintenant depuis plusieurs années, c'est la mise en place de tout un réseau de première ligne, avec des équipes de santé mentale à la fois pour les jeunes et pour les adultes.

La mise en place de ces équipes-là, ça a un impact sur les listes d'attente. Cependant, comme toute réforme ou toute nouveauté, il faut aussi amener les gens qui sont dans le système à s'habituer à ça. Et les généralistes souvent ne connaissent pas ce service-là et ont tendance à continuer à référer leurs patients en deuxième ligne, et ça, ça contribue des fois à embourber les choses.

Vous posez des questions par ailleurs sur les effectifs médicaux. M. le Président...

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui, allez-y, Dr Delorme. Je sais que, par contre, la députée de Matapédia est un petit peu impatiente, elle veut aller plus directement aux réponses, elle n'a pas beaucoup de temps.

**Mme Doyer:** Oui, parce que je vous ai entendu pendant les dernières années, je vous aime beaucoup, c'est très intéressant, mais j'aurais aimé que le ministre me réponde, sincèrement, là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ah! Il n'y a pas de consentement? J'avais compris qu'il y avait du consentement.

**Mme Doyer:** Il y a un consentement, mais pas pour prendre le 20 minutes aussi, tu sais.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ah! Oui, là, je comprends. O.K. Alors, est-ce que...

**Mme Doyer:** Je sais ça, la première ligne qui ne fonctionne pas, ça embête la deuxième ligne.

**M. Bolduc:** M. le Président...

**Le Président (M. Sklavounos):** Je vais juste vérifier quelque chose. Mme la députée de Matapédia, avez-vous une question complémentaire plus précise pour le Dr Delorme ou est-ce que...

**Mme Doyer:** Bien, sur les plans d'effectifs, c'est correct, allez-y, mais assez succinctement, parce que je les connais, les services.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ça va. O.K. Allez-y, Dr Delorme, rapidement et après ça...

**M. Delorme (André):** Bien, les plans d'effectifs, ça se gère, là, à travers la province, là. C'est assez complexe, mais c'est intéressant de savoir que le Québec est la deuxième province la plus riche en psychiatres en Canada. Alors, on a souvent l'impression qu'il y a une grande pénurie, mais c'est en partie dû à une certaine forme d'organisation de la deuxième ligne et aussi à l'embourbement dont je parlais, là, qui découle d'une absence de première ligne. Mais donc ça donne une impression parfois que les effectifs, il n'y en a pas assez. Ce n'est pas nécessairement la réalité.

Par ailleurs, le ministère travaille présentement de concert avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec. On vient d'avoir une réunion, il y a quelques semaines, d'un nouveau comité qui se penche spécifiquement sur la question de la répartition des effectifs de psychiatres et de pédopsychiatres à travers la province, en particulier parce que, comme vous le savez probablement, 50 % des psychiatres de la province sont installés à Montréal.

Alors, il faut voir et s'assurer que toutes les régions, comme la vôtre, puissent avoir un accès équitable aux effectifs psychiatriques, et donc le ministère s'y attelle avec la FMSQ.

**Mme Doyer:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Sklavounos):** Vous êtes satisfaite, Mme la députée de Matapédia?

**Mme Doyer:** Oui.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, continuez.

**Mme Doyer:** Alors, sur les drames familiaux, parce que j'avais travaillé fort pour qu'on ait une commission parlementaire spécifiquement sur les drames familiaux, et le ministre m'a beaucoup déçue: il ne s'est pas rendu à ma demande. Mais il a créé un comité présidé par M. Gilles Tremblay, je crois, qui a commencé à travailler. Alors, par rapport... Bon, c'est sûr que c'est dans la foulée de l'assassinat... pardon, du décès des deux enfants du Dr Turcotte, et cette commission parlementaire... et de d'autres cas comme ça, hein, parce que même moi, dans mon comté, j'ai été touchée, à Sainte-Florence particulièrement, par les grands-parents d'un petit-fils qui a été accusé, on ne sait pas trop.

Mais des gens commettent des gestes dans des grands moments de détresse, et, entre 1997 et 2007, on a été... le Québec, il y en a eu 150, homicides intrafamiliaux, incluant 10 tueries d'enfants qui ont fait 16 victimes innocentes. Alors, comment... quand le comité des drames familiaux va-t-il déposer son rapport? Quels sont les coûts de fonctionnement? Je suis obligée de le demander, les coûts de fonctionnement de ce comité, mais vraiment ce n'est pas... Pour moi, là, ça coûte ce que ça doit coûter; ce n'est vraiment pas par mesquinerie financière. Qui en fait partie? Le ministre a-t-il prévu des sommes pour la mise en place des recommandations du comité?

Et je sais qu'il y a plusieurs personnes ou groupes qui ont... comme le sénateur Boisvenu. J'ai lu son mémoire. Les gens ont déposé des mémoires, ont pu déposer des mémoires. Alors, comment le ministre... Faites-moi un état des lieux par rapport à cette question des drames familiaux, le comité sur les drames familiaux qui a été mis en place.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, cette question s'adresse à M. le ministre. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui, merci, M. le Président. Un, le rapport va être déposé avec les recommandations en juin 2012, donc c'est dans deux mois.

Les gens qui font partie du comité, il y a: M. Sylvain Gagnon, qui est le sous-ministre adjoint; Gilles Tremblay, qui en est président; Myriam Dubé, chercheuse membre du centre de recherche à l'Institut Philippe-Pinel sur la violence familiale et la violence faite aux femmes; Gilles Côté, directeur du Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal; Chantal Ménard, coordonnatrice du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale et Service régional Info-Santé et Info-Social du Lac-Saint-Jean-Est; Mario Trépanier, expert d'A coeur d'homme, regroupement d'organismes communautaires qui interviennent auprès des hommes ayant des comportements violents; Manon Monastesse, experte de la

fédération des maisons d'hébergement pour femmes violentées et en difficulté; Sylvie Nadeau, experte de l'Association québécoise de prévention du suicide; il y a un représentant de la Direction des services sociaux généraux, représentant de la Direction générale des services de santé en médecine universitaire, représentant de la Direction générale de la planification et de la performance puis représentant de la Direction générale de santé publique.

Pour ce qui s'agit des coûts, je ne les ai pas, mais on pourra peut-être vous faire parvenir l'information, mais je ne pense pas que c'est ça qui est l'enjeu du comité, puis...

**Mme Doyer:** ...comment ça va s'orienter après.

**M. Bolduc:** Bon, bien, c'est certain que...

**Mme Doyer:** C'est sûr que vous n'avez pas les recommandations en main là, mais vous devez avoir une petite idée.

**M. Bolduc:** Oui, c'est ça. Je pense qu'on était très sérieux quand on a dit qu'on voulait mettre en place un comité pour lequel on aimerait avoir un état de situation et des recommandations. Donc, le comité a été formé. Je pense que tout le monde reconnaît qu'ils viennent de différents horizons, représentent différents groupes. On va attendre le rapport du comité — à ma connaissance, ça va très bien — et, après ça, on va regarder les recommandations. Mais j'aurai l'occasion de partager avec la députée, là, les orientations. Mais on l'a fait en collaboration, puis, je pense, l'intérêt, c'est qu'est-ce qui pourrait être fait au Québec pour... même si on ne pense pas que c'est possible de les éliminer, au moins de diminuer le nombre de cas puis d'en diminuer l'impact.

**Mme Doyer:** Merci. M. le Président...

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

**Mme Doyer:** Un autre dossier, parce que ça touche un petit peu à tout ce dont on parle quand on parle de santé mentale, vous avez touché aussi — puis on en parlé un peu ce matin, les collègues étaient là avec la ministre des Services sociaux — la santé mentale, l'itinérance et la criminalité qui y est reliée.

La Protectrice du citoyen a émis un rapport, a remis un rapport sur la santé mentale en prison, par exemple, et on se demande des fois, l'oeuf est dans la poule, la poule est dans l'oeuf, il y a des gens qui se retrouvent en prison, incarcérés, qui devraient plutôt avoir des soins en santé mentale. Et, quand on regarde les taux de gens qui ont des problèmes en santé mentale en prison, plus de 60 % des détenus souffrent d'un tel trouble en santé mentale. Selon l'échantillon de l'étude, dans la population générale, ce sont plutôt 20 % des gens qui en souffriront, et ce, durant toute leur vie. Donc, c'est vraiment effarant, les problèmes de santé mentale en prison.

Alors, je voudrais savoir du ministre... Puis les liens que je fais, c'est avec le plan d'intervention ministériel qui avait été déposé en 2010-2013 et qui n'a pas l'air de porter des fruits. Et puis il y a eu des incidents aussi: M. Mohammadi, un sans-abri qui a été abattu, il y a eu Mario Hamel, il y a eu le monsieur Patrick Limoges qui a été aussi abattu par une balle perdue.

Alors, comment le ministre voit-il l'argent qu'il faut qu'on mette là-dedans, les bonnes interventions aux bons endroits? Et quelles mesures le ministre va prendre pour mettre en place les recommandations de la Protectrice du citoyen? Et, le ministère, est-ce qu'il va prendre en charge les soins préventifs, curatifs et la réinsertion sociale dans les centres de détention du Québec? Est-ce qu'il va avoir du personnel? Ça faisait partie de la recommandation de la Protectrice du citoyen, des personnels attitrés pour ne pas qu'on ait le phénomène qui persiste depuis des décennies, je dirais, de la porte tournante.

● (15 h 40) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui, puis je tiens à remercier la députée pour la pléthore d'informations qu'on a eue, parce que c'est quand même... elle a bien décrit la situation.

Bon, le premier élément, la santé mentale et l'itinérance, c'est deux priorités. Surtout, c'est... et non pas exclusif, mais surtout on sait qu'à Montréal... Les drames que vous avez parlé, ce sont des drames qui sont survenus principalement à Montréal. Et on a l'intention vraiment d'avoir une stratégie qui est une stratégie de cohérence par rapport à la santé mentale et l'itinérance.

Premièrement, à Montréal, les itinérants, c'est l'endroit où la majorité se retrouve, entre autres dans un secteur, qui est le secteur de Jeanne-Mance, Lucille-Teasdale, où on retrouve la majorité des itinérants de Montréal, tout simplement parce qu'ils ont tendance à se regrouper ensemble. 50 % des gens qui font de l'itinérance ont également des problèmes de santé mentale et probablement, comme vous l'avez dit, c'est qu'il y a plusieurs cas de santé mentale qui commettent des crimes mineurs qui deviennent judiciairisés, et on les met, je pense, au mauvais endroit. On serait mieux de s'occuper de leurs maladies mentales, de les ramener vraiment plus de façon adéquate au niveau du suivi et du traitement, et ça diminuerait probablement les possibilités de crimes et de judiciairisation.

Pour ça, ça nous prend une stratégie intégrée pour Montréal. Comme je vous ai dit tantôt, je suis allé visiter l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine, et ils ont commencé, à Montréal, à mettre des équipes de suivi intensif dans la communauté. Ces clientèles-là ont besoin vraiment de suivi intensif. Souvent, ils ne sont pas encore assez malades pour dire qu'on va être obligés de les garder contre leur volonté. Ils ne représentent pas un danger immédiat, autant pour eux que pour les

autres. Donc, on est obligés de les laisser dans la communauté jusqu'à ce qu'il arrive quelque chose et, à ce moment-là, on est obligés d'agir. On voudrait agir de façon plus préventive et également avec le plus d'intensité pour ces cas-là qui sont diagnostiqués avec un problème de maladie mentale pour qu'on puisse les suivre de façon plus intense à domicile.

Au niveau de l'itinérance, ça va nous prendre également des équipes spéciales qui vont collaborer avec les policiers pour faire en sorte que ces gens-là soient ciblés et voir comment on peut les aider autrement. Mais, entre autres, au niveau des refuges, ça prend des ressources qui sont adéquates.

Donc, c'est tout ça qu'on est en train de regarder à Montréal. Il y a déjà des choses de faites. À Montréal, entre autres, comme je vous disais, on a commencé à mettre en place les suivis intensifs dans la communauté, et, au cours des prochaines semaines, je vais avoir l'occasion d'annoncer la stratégie pour Montréal au niveau de l'itinérance.

Au niveau de la santé mentale, j'ai rencontré les équipes de santé mentale des différents secteurs. Entre autres, j'ai parlé avec les gens de Louis-H., j'ai rencontré également des gens du CHUM, le directeur de psychiatrie de Maisonneuve-Rosemont, et ensemble ils savent qu'il y a une coordination à avoir.

Il y a également, au niveau des patients qui sont dans les hôpitaux... Tantôt, vous parliez des patients qui étaient en attente dans les urgences et en attente dans les hôpitaux. Il y a une catégorie également de patients qui n'ont pas besoin de soins à long terme pour les 15, 20 prochaines années, mais, pour une période de six à 24 mois, ont besoin de stabilisation, qui n'ont pas nécessairement besoin d'unité de psychiatrie pour soins aigus. Donc, on est en train de regarder à Montréal pour également développer une alternative de ressource de ces gens-là où ils iraient sur une base temporaire, le temps de les stabiliser pour qu'on puisse après ça les retourner dans la communauté.

Également, j'ai eu une rencontre avec le maire de Montréal, M. Gerald Tremblay, et ses conseillers, et ses équipes, dont les policiers, et, en tout cas, au sortir de la réunion, ils ont été très satisfaits du plan de match qui a été proposé par la ministre aux Services sociaux et par moi, de façon à ce qu'on leur a dit qu'on conviendrait rapidement... et, au cours des prochaines semaines, on va avoir une stratégie à Montréal spécifiquement.

Là, je voudrais juste apporter un éclaircissement. Ce n'est parce qu'on s'occupe de Montréal qu'on ne s'occupera pas d'ailleurs, O.K.? Ça, c'est bien important, là. Il y a des problèmes... Entre autres, on parle de la région de Val-d'Or qui a des problématiques particulières. Il y a Québec également qui a des secteurs qu'il y a des problématiques particulières. Je rencontre les équipes de santé mentale ici, à Québec, avec l'institut de santé mentale de Québec sur une base régulière.

Donc, on ne négligera pas les régions, mais il y a quand même une insistance à mettre à Montréal où la problématique est plus grande.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Une brève, simplement. Le ministre vient de parler beaucoup de Montréal et des régions. Je sais qu'il rencontre l'Institut universitaire de santé mentale, mais il y a aussi des gens sur le terrain qui s'appellent des groupes communautaires qui ne sont pas toujours nécessairement en phase avec nos grandes institutions. Et je tiens à lui dire qu'à Québec s'avère une problématique: tout simplement, il devra s'informer, on a un besoin de ce qu'on appelle communément un refuge la nuit. Il arrive encore à Québec qu'en plein hiver il y a jusqu'à une vingtaine de personnes qui n'ont plus de place pour dormir et qui dorment, la nuit, sous les bretelles de l'autoroute ou plein d'endroits. Donc, puisque vous êtes en discussion, allez voir du côté des groupes communautaires, vous allez avoir une petite surprise sur ce qui se passe à Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. D'ailleurs, les groupes communautaires font partie de notre stratégie, parce que, les groupes communautaires, ils répondent à des besoins particuliers que même parfois nos institutions ne pas capables de répondre, parce que ces gens-là sont plus à l'aise avec les groupes communautaires. On va travailler ensemble, mais vous comprenez que ce sont des grands chantiers.

Et je tiens à le redire: La priorité: santé mentale, services sociaux, personnes âgées, et pas nécessairement dans l'ordre. C'est trois catégories de gens qui ont besoin d'un peu plus de services et qu'on veut prioriser au cours des prochaines années.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Matapédia, deux minutes.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Une minute, j'ai le temps, j'ai le temps?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mais, deux, oui.

**Mme Doyer:** Hein, deux?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mais question, réponse.

**Mme Doyer:** D'accord. Alors, sur les sites d'injection supervisés, en une minute... Je vais essayer en 40 secondes. Quand le ministre va-t-il se mettre en action et comment a-t-il prévu de l'argent dans les crédits pour répondre aux demandes et aux attentes qui sont là depuis de nombreuses années? Comme moi, je suis ici dans le Parlement depuis de nombreuses années, je me souviens que M. Philippe Couillard s'était commis positivement. Vous avez aussi eu ce... je dirais, ce courage aussi de dire: À un moment donné, ça prend un certain type de services malgré le gouvernement fédéral et que la Colombie-Britannique ait été obligée de... hein, de poursuivre et tout — puis ils ont gagné leur cause.

Et là le ministre, quand est-ce... va-t-il se mettre en action? Puis là je n'en suis pas sur la façon de se mettre en action comme à Montréal, à Québec. Je sais qu'il va... qu'on doit développer, là, comme ailleurs, une acceptabilité sociale.

**Le Président (M. Sklavounos):** Je vais laisser une minute...

**Mme Doyer:** Comment voit-il la situation en action?

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui.

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

**M. Bolduc:** Un, c'est que nous avons quand même attendu le jugement de la Cour suprême, qui était déterminant. Le jugement de la Cour suprême, je pense, permet qu'on puisse regarder pour développer des sites d'injection supervisés. La condition qui a été mise — et c'est toujours la même condition — c'est l'acceptabilité sociale.

Là-dessus, pour vous donner un exemple, j'ai rencontré la ville de Montréal, et, à Montréal, c'est certain qu'il doit y avoir des discussions pour savoir où on va installer les centres, dans quelle façon. J'ai proposé des solutions avec la ville de Montréal. On a regardé également au niveau de la santé publique.

On est en action actuellement, mais il faut qu'il y ait... Mais, pour qu'on en installe, il faut qu'on ait des projets qui soient déposés et il faut qu'on ait également des projets qui fassent... qui aient une acceptabilité sociale. À Montréal, on a probablement trouvé un terrain d'entente pour y aller de façon progressive. Et on irait également pour que la ville soit d'accord avec le principe d'acceptabilité sociale.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci.

**M. Bolduc:** Ici, à Québec, les échos que nous avons actuellement, il y a encore beaucoup de travail à faire parce qu'il y a des commerçants qui s'opposent. Donc, ça, il y a du travail à faire. Moi, je suis quand même confiant que... Pour le bien-être des patients, pour le bien-être de cette clientèle-là, on devrait réussir à trouver un terrain d'entente.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci. Merci, M. le ministre. Alors, là-dessus se termine ce bloc. Je vais aller du côté du groupe ministériel. Si vous voulez revenir, il y a encore du temps à l'opposition officielle. M. le député des Îles, la parole est à vous.

**M. Chevarie:** Merci. J'apprécierais continuer ma discussion avec Mme Verreault, s'il vous plaît.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, si Mme Verreault peut reprendre place en avant sur le même consentement que tout à l'heure, à moins que les membres ne m'indiquent le contraire, et je n'ai pas de telle indication. On va attendre...

**Mme Maltais:** ...non. M. le Président, je souhaite seulement que peut-être nos collègues aient l'occasion de poser plus qu'une question dans un bloc de 20 minutes. C'est parfois un peu... pour eux, un peu gênant.

**M. Chevarie:** Bon. C'est notre décision, je pense, là.

**Le Président (M. Sklavounos):** L'utilisation...

**M. Chevarie:** Mais il va y avoir quelques questions...

**Le Président (M. Sklavounos):** De toute façon, l'utilisation du temps des ministériels appartient au ministériels, à leur discrétion. Voilà. Allez-y, M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Mme Verreault, d'abord, je fais le constat: dans la présentation que vous avez faite du bilan, c'est un travail énorme qui a été abattu. Je tiens à vous féliciter, vous et toute votre équipe, pour les énergies et le temps que vous avez mis dans ce dossier-là, parce que c'est extrêmement important. Et, dans ce cas-ci, pour faire également allusion à la vague qu'il y avait dans le dossier de temps en temps, je pense qu'il y avait vraiment une capitaine à l'intérieur du bateau parce que vous avez atteint des cibles extrêmement, extrêmement intéressantes, et il faut continuer.

Si je tentais de résumer pour les bénéficiaires de nos téléspectateurs, c'est quoi, le DSQ, bon, c'est un dossier médical électronique, c'est l'imagerie médicale, c'est les labos, c'est la télésanté, c'est le dossier clinique informatisé, c'est la pharmacie d'hôpital, c'est les pharmacies communautaires. Je fais-tu à peu près... Est-ce que je fais le tour un peu, là, rapidement pour le bénéficiaire de nos téléspectateurs? Qu'est-ce que c'est que le DSQ?

● (15 h 50) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Verreault.

**M. Chevarie:** Évidemment, c'est une série de données cliniques, et de transferts de données, et de partage de données entre différents acteurs, et intervenants, et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Verreault.

**Mme Verreault (Lise):** Je vais essayer de vous le simplifier encore un peu plus.

**M. Chevarie:** Oui.

**Mme Verreault (Lise):** Au départ, le DSQ, c'est un entrepôt de données dans des domaines spécifiques comme le laboratoire, le médicament, l'imagerie; on peut avoir le sommaire d'hospitalisations, la vaccination. Alors, ce sont des domaines, des entrepôts de données, dans lesquels des systèmes comme un dossier clinique informatisé d'établissement et des dossiers médicaux électroniques dans les cabinets privés vont venir se brancher pour aller chercher l'information.

Au départ, le DSQ, c'est vraiment des informations cliniques que l'on veut partager avec l'ensemble des professionnels au Québec. Alors, à partir de ces entrepôts de données là, qui sont des données qui nous arrivent directement des systèmes sources des établissements, à savoir le laboratoire... Ce sont les résultats qui sont faits dans les labos d'établissements, qui s'en vont s'héberger dans ce domaine d'entrepôt de labo, qui vont être par la suite partagés avec l'ensemble des intervenants autorisés.

Donc, ce qui a été décidé en mars dernier par le ministre, c'est qu'au lieu qu'on déploie le DSQ par un visualiseur, qui est un écran qui amène l'information mais qui n'est pas interactif avec les cabinets ou les établissements, c'est qu'on allait utiliser les dossiers cliniques informatisés dans nos CSSS et des dossiers médicaux dans tous les cabinets privés.

Alors, c'est la différence, mais c'est vraiment un entrepôt dans lequel on emmagasine des données cliniques qu'on a identifiées dans le projet de loi qui a été déposé à l'Assemblée nationale et qui devrait être à l'étude au cours des prochaines semaines. Alors, on est prévu, je pense, au début mai. Alors, on va demander à l'Assemblée nationale de nous autoriser à partager partout au Québec ces données-là, mais avec le consentement de la population.

**M. Chevarie:** Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Ce que je comprends actuellement, les processus sont en place, la quincaillerie est passablement en place également, on a fait l'expérimentation entre autres dans la capitale nationale, et on est en déploiement dans trois autres grandes régions, O.K. Éventuellement, on va couvrir l'ensemble du Québec. Comme vous le dites, c'est un entrepôt de données cliniques confidentielles et personnelles. Je vais avoir tantôt une question sur la sécurité des données. Mais, avant, j'ai quelques informations que j'apprécierais recevoir sur ce que vous avez mentionné au premier bloc.

Vous avez parlé du dossier clinique informatisé, du dossier médical électronique, et j'aimerais savoir quels sont les avantages concrets pour un professionnel de la santé que ces données-là soient informatisées. Qu'est-ce que ça procure comme... Est-ce que ça augmente la productivité? Est-ce que ça donne de meilleurs renseignements aux professionnels, ainsi de suite?

**Mme Verreault (Lise):** Je vais vous en énumérer quelques-uns. Alors, au départ, c'est la rapidité avec laquelle l'information parvient au médecin traitant, alors d'être capable de recevoir rapidement les données et d'avoir également des données granulaires comme dans le laboratoire, d'être capable d'avoir des comparatifs ou, en imagerie médicale, d'être capable d'avoir sur une base numérisée toutes les radios antérieures qu'un patient a passées. Alors, c'est beaucoup plus rapide, beaucoup plus d'information pertinente pour prendre un diagnostic.

Si je regarde au niveau des médicaments, de voir arriver sur ton écran tout le profil pharmacologique, d'être capable de voir à quel endroit quel médicament a été prescrit par d'autres collègues, d'autres confrères de travail... Parce qu'à venir jusqu'à présent le médecin voyait les médicaments que lui prescrivait. Mais, avec le DSQ, on va être capables de voir les médicaments qui ont été prescrits par d'autres médecins. Donc, on est capables d'avoir une information beaucoup plus précise puis en plus grand nombre pour prendre les meilleures décisions.

Également, c'est toutes les interactions, que ça soit avec les... entre les médicaments ou entre les traitements qui ont été faits. Alors, on va être à même de voir beaucoup plus rapidement si ce qu'on prescrit est vraiment plus approprié que ce qu'on avait comme information auparavant.

Également, tout ce qu'il y a d'exams qu'on reprenait parce que le patient allait dans une clinique, allait dans une autre clinique, et on n'avait pas les résultats de ce qui s'était passé, maintenant, ça va se partager. Donc, on va diminuer le nombre de reprises d'examen, on va diminuer également tout le nombre de déplacements inutiles. On demandait aux patients: Bien, veuillez retourner à l'hôpital, à l'urgence, allez repasser vos examens. Et là il y avait des délais indus.

Il y a beaucoup de patients aussi, parce qu'on leur demandait de se déplacer — moi, je viens d'une région — bien, malheureusement, il y a des patients qui n'allaient pas consulter parce que le déplacement était trop long, il n'y avait pas personnes pour les accompagner. Alors, tu sais, il y a un paquet d'avantages, autant pour le patient que pour les praticiens.

Autre chose, c'est qu'on va pouvoir partager cette information-là partout sur les unités, sur les départements... Au lieu d'avoir un dossier papier qui part des archives, puis ça prend une préposée pour aller le chercher... Alors, on est capables de partager en temps réel avec plusieurs intervenants autorisés ces informations-là. Je vous en donne juste quelques-uns, là, mais il y a une foule d'autres avantages.

**M. Chevarie:** Est-ce que je comprends, Mme Verreault, que le professionnel, le médecin ou l'infirmière au chevet du patient peut avoir ce type d'information là ou si on ne sera pas tout à fait rendus là?

**Mme Verreault (Lise):** C'est ce qu'on vise, M. le Président. C'est ce qu'on vise, O.K., alors, on vise le partage de l'information. Donc, avec notre projet de loi, vous allez voir, il y a des professionnels qui ont été identifiés qui seraient autorisés à avoir accès à ces informations-là, en autant que le patient, ou la population, ou le citoyen ait autorisé le partage de cette information-là.

Présentement, on fait des déploiements dans les cliniques médicales. On a testé dans des établissements aussi à Québec et Lanaudière, comme on disait tout à l'heure, le partage de certaines informations. Ce qu'il faut arriver, c'est à faire un déploiement dans l'ensemble de nos établissements et dans l'ensemble de nos cliniques médicales, incluant GMF, UMF.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Pour ce qui est de la télésanté — c'est d'ailleurs un volet qu'on a connu aux Îles comme centre d'expérimentation, là, dans les années 90 et 2000 — quels sont les principales disciplines qui sont utilisées au niveau de la télésanté? Parce que c'est quand même un peu plus pointu, nécessairement, il faut que les images soient assez claires, assez détaillées, alors... en tous les cas, pour certaines disciplines, pour certains domaines. C'est sûr que, pour faire tenir une session de travail administrative, ce n'est pas trop un problème, là, ni pour certains suivis, peut-être, ou de la formation. Mais, pour certaines disciplines, c'est plus particulier. Alors, j'aimerais ça vous entendre là-dessus.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Verreault.

**Mme Verreault (Lise):** Télépathologie. Je pense que c'est un succès en termes de... c'est des examens de laboratoire extrêmement précis avec des microscopes. Présentement, à Sept-Îles puis dans différentes régions, on a 21 sites présentement qui sont branchés, connectés, qui peuvent faire de la télépathologie. Quand on manque de médecins spécialistes dans des régions puis qu'on est capables, par la télépatho de voir les lames puis d'être en lien direct avec quelqu'un qui fait les examens, puis la lecture se fait à distance, on sauve des vies parce qu'on est capables de prendre tout de suite des décisions médicales ou chirurgicales pour traiter le patient comme il faut ou de voir à quel endroit on est capables d'aller chercher un peu plus de tissu pour avoir un meilleur résultat dans l'examen.

Sept-Îles, présentement, avec Baie-Comeau, là, on a un succès fou là-dedans. On a les Japonais, on a beaucoup de monde qui viennent voir. Ils n'en reviennent pas de la précision de l'image, c'est comme si tu étais sur place. Donc, en termes de résultats de ce système-là qui a été implanté, moi, je pense qu'il y a vraiment un succès, là.

Tout ce qui étaient les soins à domicile aussi, là, c'est à développer, là, d'une façon importante. On l'a vu tout à l'heure: 3 000 sessions, on est rendus à 30 000.

**M. Bolduc:** M. le Président?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, allez-y.

**M. Bolduc:** Juste compléter sur la télépathologie. Je suis allé à Baie-Comeau, puis ils m'ont fait la démonstration de la télépathologie avec Sept-Îles. Et ils montraient un coeur avec les images. et les images à l'écran étaient plus faciles à voir que quand j'avais le coeur devant moi, parce que c'était en haute définition. On voyait plus de détails. Et également, lorsqu'ils lisaient les lames en haute définition, c'est plus facile que quand on regarde dans un microscope, là, comme on faisait à l'habitude.

Et, la deuxième expérience qu'on a eue, j'ai eu l'occasion, l'année passée, d'inaugurer... bien, d'ouvrir le premier colloque international de télépathologie. 50 % des gens dans la salle venaient du Japon puis ils reconnaissaient tous que le Québec était à l'avant-garde. Et probablement que le Japon et le Québec sont les deux endroits où est-ce que ça se développe le plus au monde.

C'est juste pour vous dire que, quand on parle d'excellence, d'innovation ici, au Québec, c'est vraiment un des champs dans lesquels on va avoir... on a une grande expertise. Excuse-moi, Lise, de t'avoir interrompue.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Bravo, hein? C'est impressionnant et c'est des beaux succès. En ce qui concerne les télésoins à domicile, quel est le domaine particulièrement qu'on touche pour ce volet-là?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Verreault.

● (16 heures) ●

**Mme Verreault (Lise):** Là, on est en train... Je vous dirais que la technologie, des fois, va plus vite que ce qu'on est capables de suivre aussi. Alors, tout le monde veut être capable de travailler avec des iPad, avec des BlackBerry, ou des iPhone, ou autres. La technologie va très, très vite. Les tablettes intelligentes, téléphones intelligents... Ce qu'on essaie de faire, c'est d'être capables de suivre des patients à domicile pour des problématiques spécifiques. On va le voir dans le Bas-Saint-Laurent, on est sur les maladies chroniques.

Alors, il faut qu'on développe, à distance et même en suivi live, la capacité de suivre des patients, de suivre des gens qui sont capables de se prendre en main aussi puis d'être capable de monitorer, si je peux utiliser le terme, plus de personnes que si je les déplaçais puis je les amenais à la clinique. Donc, on est en train de développer à domicile quelles sont les problématiques qui peuvent être le plus souvent sujettes à utiliser l'urgence, entre autres, puis à des déplacements dans des cliniques, alors qu'on serait capable de traiter ça par, justement, des conseils à distance, des contacts à distance ou des

données qui sont transférées aussi, parce qu'on est capable de se partager des données sur des prises de... pas des pressions et autres, là, mais des examens que le patient peut se faire lui aussi puis transmettre la donnée, que ce soit la température ou autre, là.

Alors, c'est ce type d'équipement là, pour l'instant, qui est déployé, mais il y a d'autres firmes présentement — ça avance — qui sont en train de voir de quelle façon ils peuvent refaire les routes des infirmières, comment on peut diminuer les temps de déplacement par rapport aux patients et aux problématiques. Donc, il y a toutes sortes de modules qui sont en train de se développer, qui pourraient être intégrés à des télésoins. Je vous dirais, c'est illimité. Mais il faut faire attention là-dessus parce qu'on peut aussi s'étendre partout et ne pas livrer rien. Alors, nous, on essaie d'être plus concrets, là, puis de limiter les actions.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Tout de suite après, je vais aborder la question de la sécurité des données, mais, rapidement, pour bien comprendre le volet Financement budgétaire, ce que j'ai entendu, vous dites, c'est: Le coût est évalué à 163 millions de dollars, dont une participation fédérale à la hauteur de 303 millions. Et vous dites: Sur le 303 millions, on a déjà reçu 160 millions qui est décaissé, qui est versé et qui est transféré à Québec. J'ai bien compris dans ce sens-là?

**Mme Verreault (Lise):** Très bien compris.

**M. Bolduc (Jean-Talon):** ...

**M. Chevarie:** O.K. Merci. En ce qui... Oui?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, il y a une clarification, vu qu'il y a des gens qui nous écoutent, qu'il faut absolument qu'on fasse. Il y a le chiffre qui circule de 1,4 milliard. 1,4 milliard, ce n'est pas le Dossier santé Québec, hein?

**Une voix:** ...

**M. Bolduc:** 1,6. Le Dossier santé Québec, c'est 563 millions, et on est à l'intérieur des bases budgétaires qui étaient prévues. L'autre partie de l'informatisation qu'on doit faire, c'est les hôpitaux puis également les cliniques médicales, mais ce n'était pas dans le Dossier santé Québec. Dossier santé Québec, on est vraiment, là, à l'intérieur de ce qui était prévu.

Je pense que c'est important de le dire, parce qu'il y en a, je ne sais pas si c'est par ignorance ou mauvaise volonté, qui ont tendance à propager... On ne parle pas de la même chose. On parle vraiment de trois secteurs différents d'informatisation, et ça prend les trois, et c'est pour ça qu'on planifie de faire les trois dans le réseau de la santé.

**M. Chevarie:** Merci, M. le ministre, de la précision. Je pense, c'est extrêmement important, ce que vous avez mentionné. Alors, Mme Verreault, par rapport à toute cette banque ou entrepôt de données, d'archivage de la population québécoise, comment vous allez assurer la sécurité des ces données qui sont confidentielles et qui vont circuler à travers le Dossier santé Québec?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Verreault.

**Mme Verreault (Lise):** On a confié l'exploitation et l'opération de notre DSQ à la RAMQ parce que c'est un organisme reconnu. C'est un organisme où la sécurité, depuis les 30, 35 dernières années, depuis la création de la RAMQ... qui a été capable de prouver que leur entrepôt, leur gestion et leur sécurité étaient reconnus mondialement.

Alors, si vous le permettez, si vous voulez avoir les explications plus techniques de comment on va assurer la sécurité, que ce soit la traçabilité, que ce soit l'autorisation, l'accès, l'identification des professionnels qui vont avoir accès au partage, moi, je pense qu'on pourrait demander à M. Audet, qui est l'expert en sécurité de la RAMQ, de venir vous préciser ces éléments. Mais nous, on a confié vraiment la sécurité du DSQ à la RAMQ.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles, il reste environ 3 min 30 s. Alors, est-ce que vous voulez qu'on invite M. Audet?

**M. Chevarie:** Bien, j'apprécierais, compte tenu que c'est un élément extrêmement important.

**Le Président (M. Sklavounos):** O.K. Parfait. Alors, on peut peut-être échanger de place, Mme Verreault, avec M. Audet, qui a déjà témoigné devant nous hier, mais il aura à se représenter aujourd'hui, vu que c'est une nouvelle séance. Et je présume le consentement des membres, à moins que quelqu'un m'indique le contraire. M. Audet, allez-y.

**M. Audet (Richard):** Oui. Bonjour. Richard Audet, vice-président en technologie, Régie de l'assurance maladie. Donc, avant d'expliquer, en fait, ce qu'on va faire à la RAMQ spécifiquement pour le Dossier santé, j'aimerais quand

même dire rapidement que ça fait 40 ans que la Régie de l'assurance maladie détient des données sur l'ensemble des Québécois, et ça porte... et on a une assise légale pour tout encadrer ça.

Évidemment, j'aurais pu passer 25 minutes à juste vous expliquer tous les mécanismes, la loi qui nous encadre, les règlements qui nous encadrent, les politiques qui nous encadrent et toutes les redditions de comptes que nous devons faire pour nous assurer de la protection des renseignements personnels.

Je dois vous dire que c'est une culture organisationnelle. C'est tellement dans la culture organisationnelle à la Régie de l'assurance maladie que ça fait partie de notre planification stratégique et c'est un des trois grands enjeux. En plus, ça fait partie de notre déclaration de services au citoyen. Et aussi on a confié la responsabilité puis l'imputabilité de la PRP puis de la sécurité et de l'éthique à des cadres supérieurs relevant directement du P.D.G.

Donc — rapidement, oui — je vais passer après ça à vous dire ce qu'on fait exactement pour le Dossier santé. Donc, il y a un groupe qui s'occupe de la sécurité puis un groupe qui s'occupe de la protection des renseignements personnels. Je suis responsable, comme vice-président en technologie, de la sécurité de l'information.

Ce que nous allons faire spécifiquement pour le Dossier santé Québec, en fait, ça va être en cinq groupes d'actions que nous allons poser. D'abord, c'est l'utilisation d'une authentification forte fondée sur deux facteurs, dont un dispositif de sécurité contenant un certificat numérique attribué à un intervenant, et c'est fait de façon rigoureuse. Il y a tout un processus qui a été authentifié, on appelle ça la cérémonie de remise des clés. Donc, on a fait auditer le processus, et tout ce processus-là a été audité.

Par la suite aussi, on fait une différenciation des accès aux renseignements, de sorte que tous les intervenants de la santé n'accèdent pas nécessairement à tous les renseignements, mais n'ont un accès qu'aux renseignements qui leur sont nécessaires selon leur catégorie professionnelle et leur profil.

Troisièmement, la sécurisation des transactions qui circulent entre une application locale et le Dossier santé et leur chiffrement de bout en bout. Je pourrais vous donner toutes les procédures qui vont avec ça, je comprends, je vais aller un petit peu plus rapidement.

Donc, il y a la journalisation de tous les accès, tous les accès. On pourrait assurer la traçabilité, donc, des accès à l'information et on pourrait identifier qui a utilisé ça, quoi, quand il l'a utilisé.

Dernièrement — donc, je passe toujours rapidement — les banques de données mises en place, propres au DSQ, et leur gestion n'est pas impartie. Donc, c'est fait sous la responsabilité et la gouverne de la Régie d'assurance maladie. Donc, c'est confié à la RAMQ, et, ainsi, on sait qu'il y a des banques de données aussi dans les centres hospitaliers, ailleurs aussi dans le réseau. Voilà.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il reste 30 secondes pour un dernier commentaire, sinon ce sera versé à votre prochain bloc.

**M. Chevarie:** Oui. Bien, merci pour ce portrait rapide, mais, je pense, ce serait peut-être pertinent de revenir. On va regarder ça. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il n'y a pas de problème. Ce sera votre choix à vous dans le prochain bloc. Merci, M. le député des Îles. Merci, M. Audet. Et je cède la parole maintenant à Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Alors, M. le Président, il me reste trois dossiers à traiter. Il y en a un, M. le ministre, vous avez eu comme moi connaissance du dépôt d'une pétition ce matin. Et vous aviez assisté à la même rencontre avec moi où des gens étaient venus nous faire, je dirais, la description des problématiques reliées à la Loi P-38 — c'est ça, attendez, oui — sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui. Bon. Puis elle a été modifiée, ce qui a réduit les droits aux soins.

Et je sais que vous avez, comme à Montréal, après quand même quelques moments, grands moments de réflexion, consenti à ce qu'il y ait de l'hébergement pour les personnes, les cas lourds en santé mentale. Les psychiatres vous l'avaient demandé. Il y a différents courants de pensée aussi, on le reconnaît, vous et moi. Mais cette pétition qui a été déposée, bon, elle nous dit: «Les soussignés demandent au ministre de la Santé et des Services sociaux d'inclure dans le Plan d'action en santé mentale plus de ressources financières pour les services et soins requis des personnes, les centres de crise, centre d'hébergement transitoire, centre d'hébergement moyen et long terme, ressource pour la comorbidité; modifier et clarifier la Loi sur la protection du malade mental afin que les personnes malades puissent recevoir des soins et de définir la dangerosité et de donner des directives aux établissements pour qu'ils tiennent compte de la dangerosité imminente.»

Et on a vu, encore dernièrement, des cas dramatiques où une personne qui ne veut pas prendre sa médication, qui est vraiment, là... que ce soit en milieu rural ou en milieu urbain, la famille, la mère, la soeur essaient de faire des pieds et des mains pour que la personne reçoivent les soins. Et moi, je me dis: Tout ce que ça cause comme, je n'ose pas dire inconvenients, mais comme inconvenients... en tout cas, comme situation pathétique pour la personne elle-même et son environnement.

● (16 h 10) ●

Comment le ministre va-t-il, je dirais, se gouverner comme ministre et comment va-t-il s'enligner par rapport à ça, cette loi sur la protection des personnes qui présentent un danger pour elles-mêmes et pour autrui? Puis, bon, qu'avez-vous fait pour remédier aux abus de droits qui perdurent aussi depuis des années? Puis c'est ça qui était au coeur de la situation. On ne voulait pas qu'il se produise des situations comme il y a quelques décennies, où n'importe... tu sais, il y avait des situations vraiment d'abus par rapport aux personnes. Ça, on garde toujours ça en tête. Alors, c'est quoi, votre plan d'action par rapport à ça?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Un, je remercie la députée de la question. C'est une pétition qui a été déposée ce matin... en tout cas, un des groupes... C'est par le groupe Le Maillon, de Saguenay, que je suis allé rencontrer d'ailleurs, je... La députée de Taschereau a assisté, à un moment donné, à la rencontre avec le groupe, également avec le député de Chicoutimi, puis il y avait quelques personnes qui étaient présentes. Puis je trouve ça intéressant, parce que c'est un dossier dans lequel, l'opposition et le gouvernement, nous pourrions regarder ensemble comment on pourrait améliorer le sort de ces gens.

Premièrement, au niveau éthique et au niveau du droit, il n'y a rien de plus fondamental que la liberté de la personne et également son droit de décider pour sa propre santé. Il faut placer vraiment le premier principe. Par contre, dans certaines circonstances — d'où la loi P-38 — quelqu'un représente un danger pour elle-même... une personne présente un danger pour elle-même ou pour les autres. Et ce qu'on... dans la loi de danger immédiat, c'est-à-dire que, dans le moment présent, l'évaluation démontre que cette personne pourrait soit se suicider ou commettre un geste suicidaire ou un geste homicidaire.

Tout le monde s'entend, lorsque c'est imminent et que c'est immédiat, que ça prend un article de loi qui nous permet de garder cette personne-là contre sa volonté, faire l'évaluation psychiatrique et possiblement offrir des services ou des soins. Tout le monde s'entend là-dessus.

Par contre, puis c'est souvent les cas quand on arrive au niveau de l'itinérance, vous avez des gens qui ont une maladie mentale, une maladie psychiatrique sérieuse — on va donner un exemple, là, une schizophrénie — qui entendent des voix, qui ont une certaine déconnexion avec la réalité mais qui ne représentent pas nécessairement un danger immédiat pour elles-mêmes ou pour les autres. Qu'est-ce que fait le psychiatre? Est-ce qu'il la garde contre sa volonté ou il la retourne à la maison? Et c'est ça, la question qu'on me demande de clarifier avec ça.

C'est une question... Parce que vous avez parlé tantôt des incidents, des accidents qui sont arrivés à Montréal, où des gens itinérants, dans un moment d'agressivité, ont été tout simplement... et les policiers leur ont tiré dessus, puis les personnes sont décédées. Et ça nous a amenés à faire une réflexion avec Dr Delorme... où j'ai demandé au ministère de faire une réflexion là-dessus. Et la réflexion doit vraiment se situer dans le souci de protéger la personne et de protéger les autres, mais peut-être d'aider un peu plus ces gens-là, que... S'ils étaient traités, même s'ils ne sont pas toujours dangereux dans l'immédiat, s'ils prenaient leurs médicaments et qu'on les prenait en charge par d'autres types de soins en santé mentale, bien, on n'aurait peut-être pas les problèmes, puis pour la personne, ce serait mieux.

Vous savez qu'il y a un courant de pensée également, au niveau de la psychiatrie, où il y a des gens qui s'opposent à toute intervention, hein? Ça, c'est l'autre courant de pensée qu'on a. Donc, je suis content parce que, ce matin, l'opposition m'a apporté ce dossier. Moi, j'étais déjà en réflexion. Et souvent, là-dedans, c'est plus entre les partis qu'on peut s'obstiner et ce n'est pas toujours pour le bien, mais plutôt dans un contexte politique où on défend les intérêts de l'un ou de l'autre de façon noble. Je reconnais que c'est de façon noble.

Mais on est rendus au moment où, dans la société, suite aux drames familiaux, suite aux problèmes d'itinérance, suite aux cas comme ils viennent de décrire dans la lettre, où on doit faire une réflexion, et c'est cette réflexion que nous avons engagée. Et, si je comprends, c'est qu'advenant le cas qu'on pourrait trouver une façon possiblement meilleure au niveau de la loi l'opposition serait prête à regarder avec nous pour aller chercher une modification de la loi de façon peut-être à protéger plus ces gens-là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci. Merci, M. le ministre. Mme la députée de Matapédia indique qu'elle est satisfaite de la réponse. Allez-y, Mme la députée de Matapédia, prochaine question.

**Mme Doyer:** C'est beau. Petite réponse courte. Si vous dites oui, ça va être très court, puis tout le monde va être content. Par rapport...

**M. Bolduc:** ...

**Mme Doyer:** Oui?

**M. Bolduc:** ...pas répondre oui ou non, il faut prendre le temps de faire une réflexion profonde.

**Mme Doyer:** Ah! Vous avez eu le temps de réfléchir, puisque je vous ai posé la question à savoir si... Lorsqu'on a eu la tristesse de voir la jeune Marjorie Raymond décéder par suicide, je vous avais demandé si vous pourriez penser à injecter des sommes supplémentaires pour régler les problèmes d'inaccessibilité à la ligne de prévention du suicide. Et, bon, il y a des sommes qui sont demandées. On parle d'autour de 2 millions, 2 millions quelques, puis c'est pour faire en sorte que, partout, les centres de suicide au Québec aient des lignes disponibles 24 heures sur 24, suffisamment pour répondre. Puis là, cette semaine, on a eu deux événements de personnes... je vous mets ça un peu en corrélation, mais des gens qui peut-être que, s'ils avaient pu avoir quelqu'un au téléphone ou davantage de sentinelles... Il y a différents moyens, hein? Dans des milieux, il y a des sentinelles, puis on peut identifier les personnes vulnérables. Puis on voit, là, ça bloque les ponts, parce que ça grimpe, des fois, ils veulent se suicider. Je ne dis pas que ça a des liens, mais je pense que ça peut en avoir.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Écoutez, bien, ma réponse à ça, vous savez, quand on parle de la prévention du suicide... et puis c'est vraiment une stratégie qu'il faut qu'elle soit cohérente. Et, comme disait la députée, il y a la question aussi des personnes

sentinelles, il y a les organismes communautaires, il y a... Tu sais, c'est un domaine dans lequel il y a beaucoup, beaucoup de besoins. Il faut voir, avec les moyens que nous avons, comment on peut faire pour agir le mieux possible pour rendre service à ces gens-là. Et peut-être... J'aimerais peut-être juste que le Dr Delorme dise un petit mot parce qu'il est assis là puis c'est vraiment notre spécialiste là-dessus. Un mot? Non. O.K.

**Mme Doyer:** Tantôt, si on a le temps.

**Mme Maltais:** Non, la question est financière, elle concerne le ministre.

**M. Bolduc:** Dr Delorme, ce n'est pas parce que je ne voulais pas que vous parliez.

**Mme Doyer:** Oui. Puis, c'est, dans le fond... dans le fond...

**Le Président (M. Sklavounos):** Il n'y a pas de consentement pour le moment, M. le ministre. Allez-y, Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Ce n'est pas parce que... Mais, vous comprenez bien, c'est d'injecter de l'argent dans la ligne 1 866 APPELLE.

Je termine avec les électrochocs, puis là, oui, c'est vous, là, que je veux qui réponde parce qu'on a des tableaux sur les électrochocs au Québec. Puis j'ai posé la question pendant les dernières années puis j'ai entendu... Je n'en suis pas sur la nécessité des électrochocs, hein? L'année passée, j'avais eu un échange justement avec Dr Delorme.

Mais, quand on regarde la répartition régionale des électrochocs, il y a un mystère, M. le ministre. Comment ça se fait... Par exemple, il y a le mystère Estrie. Le mystère Estrie, c'est que... Bon. Je vous lis un peu de commentaires par rapport au tableau, la répartition régionale des électrochocs, des écarts importants: Selon les données récentes, on observe des écarts entre les différentes régions du Québec concernant l'utilisation des électrochocs. Pour l'année 2010, il a été prescrit 2,83 électrochocs par 1 000 de population en Estrie, un sommet, alors que l'on retrouve les taux de 0,55 dans le Bas-Saint-Laurent, de 0,43 en Montérégie, puis, la moyenne pour le Québec, c'est 0,83. Comment on interprète ces écarts-là importants? Comment réussit-on à soigner les femmes et les personnes âgées des Laurentides et de Lanaudière sans électrochoc?

**Le Président (M. Sklavounos):** Est-ce que cette question s'adresse au Dr Delorme ou à M. le ministre?

**Mme Doyer:** Non. À M. le ministre parce que je l'ai...

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, je suis très à l'aise pour répondre à cette question-là. Un, d'abord, les électrochocs, c'est un traitement qui est reconnu pour certaines pathologies, puis, quand on dit «certaines pathologies», souvent, ces gens-là ne répondent à rien, et ça peut améliorer beaucoup leur qualité de vie. Puis, encore là, il y a un courant de pensée que ça ne devrait jamais se faire, mais ça se fait maintenant dans des conditions médicales, dans des blocs opératoires, en anesthésie. Mais, actuellement, c'est vraiment dans un contexte où ces gens-là, souvent, c'est... ils ont des idées suicidaires, ils souffrent de maladie, de dépression extrêmement sévère, et puis c'est, encore là, en accord avec les personnes qu'on leur fait ces traitements-là.

La question de l'accessibilité, il y a des régions tout simplement que le service est moins accessible que d'autres. Donc, vous avez deux raisons pour laquelle il peut y avoir une différence. Ça pourrait être soit qu'il y a une place qu'ils en font trop ou il y a un endroit tout simplement qu'ils n'en font pas assez parce que le service n'est pas accessible. Et puis ça, c'est des études qui doivent nous démontrer si, oui ou non, c'est accessible ou pas.

Mais ce que l'on sait, c'est qu'il y a des endroits, entre autres quand on parle dans le coin de Sherbrooke, où il y a quand même une certaine suffisance au niveau des médecins, des psychiatres. Également, il faudrait tenir compte est-ce que c'est... le ratio est seulement que pour les gens qui demeurent à Sherbrooke, traités à Sherbrooke, ou c'est le nombre qui est donné pour la population également environnante. Ça, c'est des... Ça, on pourrait regarder ça.

Moi, ma réponse à ça, c'est que ça doit être utilisé de façon judicieuse, mais il y a des indications médicales pour en donner. Et de ne pas le donner lorsque quelqu'un en a besoin, ce n'est pas correct, mais de le donner lorsque quelqu'un n'en a pas besoin... Et là ça relève de l'évaluation médicale, au niveau du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, de s'assurer que les indications sont adéquates.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

● (16 h 20) ●

**Mme Maltais:** Je veux savoir pourquoi la Régie d'assurance maladie du Québec est incapable de nous donner des données sur la dispensation d'électrochocs au Québec. J'ai eu une réponse qui dit ceci: Le ministère Santé et Services sociaux ne possède aucune banque de données qui lui permet de savoir quels établissements offrent des électrochocs, le nombre de patients concernés, le nombre de médecins ayant recours à cette méthode. C'est inacceptable, et ça fait des années qu'on nous répond ça.

Faites-moi accroire, voire, que la RAMQ n'est pas capable de me dire combien et comment ça se donne. Savez-vous quoi? C'est remboursé par les médecins qui font ça. C'est remboursé, puis vous avez les données. Comment ça se fait qu'on

n'arrive pas à avoir les données, qu'on est obligés de se fier aux groupes qui s'en vont dans les établissements, qui essaient de ramasser l'information? Et, savez-vous ce que ça dit, finalement, l'information? Ça dit non pas qu'il n'y a pas d'accessibilité dans des régions, ça dit qu'il y a des régions où ça n'a plus de bon sens, le nombre qui est donné par rapport au type d'intervention que c'est, qui devrait être exceptionnel. Parce que ce qu'on fait, c'est qu'on gèle les gens puis on les endort parce que le médecin n'est plus capable de voir ce que ça fait que de donner des électrochocs. Oui, c'est utilisé dans des cas de catatonie très sérieux, dépression grave. Mais nous, quand on réussit à avoir des données que la RAMQ ne veut pas nous donner, que vous, comme ministre, vous ne voulez pas nous donner depuis des années, on reçoit des données où on s'aperçoit qu'il y a des régions où c'est...

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée... Mme la députée...

**Mme Maltais:** ...surutilisé, puis il y a des régions où c'est sous-utilisé, puis tant mieux. Et savez-vous quoi? C'est les femmes âgées qui sont touchées par ça. Comment ça se fait que les cas de dépression où on traite les électrochocs, c'est plus les femmes âgées puis c'est moins les hommes? Pourquoi? Moi, il y a des questions derrière ça, puis il va être temps que la RAMQ nous donne les informations. Ça devient gênant.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau, la question est claire. Cependant, il ne faut pas imputer des motifs à M. le ministre, la RAMQ...

**Mme Maltais:** Je n'ai pas imputé de motifs...

**Le Président (M. Sklavounos):** Ah!

**Mme Maltais:** ...par contre, tantôt, a dit que j'avais de la mauvaise volonté.

**Le Président (M. Sklavounos):** Simplement, je vais vous dire, j'ai entendu qu'on a dit que le ministre refusait, ne voulait pas donner des renseignements. Je ne pense pas... Il faut présumer de la bonne foi de tous les parlementaires.

**Mme Maltais:** ...respect.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ce n'est pas ce que j'ai entendu. De toute façon, j'invite les parlementaires à la prudence. Je pense qu'on peut poser la même question pour avoir les mêmes renseignements d'une autre façon, qui va contribuer à maintenir le décorum à la table. Je pense que la question a été claire. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, dans un premier temps, M. le Président, je comprends que c'est un sujet qui est sensible, puis il faut respecter ça. Deuxièmement, oui, on devrait être en mesure d'avoir les données. Nous allons vérifier au niveau de la RAMQ, ne serait-ce qu'un cas de facturation. Et puis on pourrait savoir par secteur... on pourrait savoir par secteur, puis également ça nous permet de valider, comme vous dites, est-ce qu'il y a une sous-utilisation ou une surutilisation. Et vous connaissez ma foi dans... d'avoir les données vraies, objectives. Qu'on aime ou qu'on n'aime pas les chiffres, au moins, il faut avoir les vrais chiffres, O.K.? Ça fait qu'on va travailler là-dessus.

Par contre, peut-être juste... puis je ne veux pas... je ne veux pas l'expliquer, le pourquoi, parfois il y a certaines catégories de personnes... pourquoi les femmes, les hommes, on pourrait le regarder, mais il y a des maladies également qui atteignent plus certaines catégories de personnes par rapport à d'autres. Mais là je ne veux pas m'embarquer là-dedans, mais commençons par vous dire qu'on est de bonne volonté et puis on veut voir, là... Puis, s'il y a un moyen de vous l'avoir, ne serait-ce qu'au niveau des études puis des évaluations, ça aide tout le monde à avoir le portrait. S'il s'en fait trop, il faut corriger la situation. Et, s'il y a des gens qui auraient besoin du service puis qu'ils ne l'ont pas, il faut corriger également la situation. Là-dessus, en tout cas, je pense qu'on a assez travaillé ensemble que vous savez qu'on est tous de bonne volonté, et je reconnais la députée de Taschereau qui est toujours de bonne volonté avec moi.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Et là je renforce à 150 % ce que ma collègue vient de dire. Ça fait des années, et, avant moi, Mme Louise Harel, qui était ici, on a essayé d'avoir les tableaux par région, le coût par région. Et quand on... Mettons, si on veut avoir une acceptation, une acceptabilité de ça, il faut savoir aussi dans quels cas c'est administré. On ne veut pas, bien sûr, des informations nominatives. Jamais on ne voudrait ça. Je ne veux pas savoir ce que c'est Mme Tremblay du Saguenay—Lac-Saint-Jean ou Mme Thibault de Rimouski qui l'a eu. Je veux savoir comment ça se fait. Quand on regarde le tableau, on a des données aussi disparates.

Puis, c'est bien de valeur, il y a des psychiatres à Rimouski, mais à Rimouski, dans ma région, là, c'est 0,55. Je ne peux pas croire qu'ils envoient les gens tout le temps à Québec puisque... Ce qu'on veut savoir: Où est-ce qu'il y en a de disponibles? Combien il y en a qui sont donnés? Combien ça coûte? Puis c'est pour quels motifs?

Et là, juste avant de vous laisser la parole, M. le ministre, 50 % des électrochocs sont administrés à des femmes de 50 ans et plus. Deux électrochocs sur trois sont administrés à des femmes. Les femmes de plus de 80 ans reçoivent près de 10 % des électrochocs. Les personnes âgées de 50 ans et plus reçoivent 75 % des électrochocs. La proportion des personnes de 65 ans et plus recevant des électrochocs a augmenté par rapport à 2006 et 2003, passant de 35 % à 41,3 %.

On veut comprendre qu'est-ce qui se passe dans ce dossier-là puis être capables, par rapport aux gens qui s'inquiètent de ça... puis aux États-Unis et au Canada, ils n'ont pas tous la même vision de, oui, on devrait en donner et non. Mais moi, je ne veux pas m'enligner sur des batailles de psychiatres, je veux comprendre qu'est-ce qui se passe dans ce dossier-là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Matapédia. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, un, si vous êtes d'accord, on va sortir des données, puis ce n'est pas ça que vous dites, mais il ne faut pas avoir d'idéologie, mais il faut plutôt viser la santé de la personne.

Et puis, comme je vous disais, le principe qui doit nous régir, si quelqu'un en a vraiment besoin, parce qu'il n'y a pas d'autres alternatives et que ça peut l'aider, il devrait le recevoir. Pour ce qui s'agit des ratios hommes-femmes, je suis prudent puis, encore là, je ne voudrais pas qu'on m'accuse de sexisme, il y a parfois, en médecine, des ratios qui, d'emblée... Des fois, il y a plus d'hommes, comme trois fois... Je vais vous donner un exemple. Le taux de suicide est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Bon, c'est une réalité, mais je vais...

**Une voix: ...**

**M. Bolduc:** Non, non. Je vais... Écoutez...

**Le Président (M. Sklavounos):** On va permettre à M. le ministre de répondre. On va permettre à M. le ministre de répondre.

**M. Bolduc:** Je veux juste vous dire que, parfois, on a des données... et on a des données qui disent que c'est tant de personnes puis c'est... il y a des données de sexe également qui n'ont rien à avoir avec du sexisme, mais plutôt avec des données médicales.

Ce que l'on veut, c'est les vrais chiffres. L'autre... Également, quand on parle des ratios, ça dépend si c'est le nombre qui se fait dans l'endroit ou on est capable de calculer le ratio selon la population, indépendamment de l'endroit où se donne le traitement. Mais ça, on va essayer d'avoir les données puis on va vous partager l'information.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre, et je comprends que, peu importe, là, on est dans le domaine un petit peu de la spéculation, parce qu'on n'a pas les données, mais vous vous êtes engagé à essayer de colliger ces données-là puis les déposer au secrétariat de la commission au bénéfice des membres.

**M. Bolduc:** En autant qu'on ne se serve pas des données, puis je ne veux pas dire que l'opposition le fait, mais il y a des gens, des fois, qui se servent des données par idéologie et non pas par souci de bien-être médical.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, tout ce que je vous demande, c'est si vous vous engagez à les déposer à la commission. Ce qui sera fait par les membres après, moi, je ne peux pas faire aucune présomption là-dessus, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Si elles sont disponibles.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ah oui! Absolument.

**M. Bolduc:** C'est parce que, des fois, les données n'existent même pas, mais, si elles sont disponibles, on va...

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, je ne peux pas vous demander d'inventer quoi que ce soit. Si elles sont disponibles, je vous demande de les colliger, et vous vous engagez à le faire et les déposer devant la commission. Mme la députée de Matapédia, à peine 1 min 30 s, allez-y, pour la question et la réponse.

**Mme Doyer:** Je vais être capable, M. le Président. Merci. Par rapport aux équipes de liaison spécialisées en dépendance dans les urgences, j'ai posé la question à la ministre des Services sociaux, je vous la pose à vous. C'est vous qui avez la main dans la sacoche, comme dans le temps avec madame... la sacoche d'argent, en tout cas, je ne sais pas comment dire ça.

Les équipes de liaison, donc, spécialisées en dépendance dans les urgences, on me dit qu'on aurait besoin de quelque chose comme 4 millions pour compléter définitivement ces équipes-là et... 2 millions une année, 2 millions l'autre année. Alors, c'est dans le suivi de l'implantation des équipes de liaison, M. le ministre, et elles sont tellement importantes...

**Le Président (M. Sklavounos):** Il faut laisser du temps pour la réponse.

**Mme Doyer:** Oui. C'est l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec, en lien avec... dans les urgences au Québec, dans les régions. Ça ne couvre pas encore toutes les régions. Donc...

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre. M. le ministre.

**M. Bolduc:** O.K. Bien, écoutez, on a un plan de développement, puis je tiens à réitérer, pour moi, ce qui est bien important, nos grandes priorités, c'est vraiment personnes âgées, santé mentale et les services sociaux. Les autres secteurs sont importants également, mais il faut qu'on accorde une priorité à ces endroits-là. Et il y a un plan de développement d'équipes par rapport à la dépendance. En temps et lieu, on les...

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Merci, M. le ministre. Je vais aller du côté ministériel. Merci, Mme la députée de Matapédia, c'est terminé, ce bloc. M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Merci beaucoup, M. le Président. Je vais aborder le sujet des achats en commun. On sait que, depuis de nombreuses années, le réseau de la santé s'approvisionnait jusqu'à maintenant en fournitures et équipements ou appareils médicaux et technologiques par le biais de 11 corporations qui couvraient l'ensemble du Québec, l'ensemble du territoire du Québec, 11 corporations d'approvisionnement.

Et un processus, je pourrais qualifier, de rationalisation ou de productivité sur une base volontaire a été mis en place, et le processus a résulté dans la mise en place de quatre groupes d'approvisionnement: un premier groupe d'approvisionnement qui couvre la région Montréal-Laval; un deuxième groupe pour l'Est du Québec, soit le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie, les Îles-de-la-Madeleine, le Saguenay—Lac-Saint-Jean, le Nord-du-Québec, Québec et Chaudière-Appalaches, Mauricie, Centre-du-Québec, Côte-Nord et l'Estrie — alors, c'est un vaste territoire pour ce deuxième groupe; un troisième groupe, c'est la région de la Montérégie; et, enfin, un quatrième groupe, qui est le Nord-Ouest québécois, qui couvre l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, Laurentides, Lanaudière.

Alors, ma question pour le ministre, c'est ceci: On aimerait savoir comment le système d'approvisionnement du réseau fonctionne avec ces quatre groupes-là et quels genres de fournitures, d'équipements, médicaments sont achetés par les établissements eux-mêmes, parce qu'il reste encore une partie d'achats qui est sous la responsabilité de l'établissement, et ça peut être quoi, les pourcentages... ou les volumes d'achat qui sont achetés par les établissements versus les groupes d'approvisionnement. Et est-ce qu'il y a des directives claires du ministère de la Santé et des Services sociaux par rapport à qui a la discrétion d'acheter tel ou tel type d'équipement? Alors, j'aimerais ça que le ministre puisse nous tracer le portrait des achats en commun.

● (16 h 30) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député des Îles. Plusieurs questions, M. le ministre. Allez-y.

**M. Bolduc:** Puis vous comprenez qu'avec le nombre de types d'achat c'est très hétéroclite, là, comme différentes stratégies. Pour moi, ce qui est important, c'est peut-être d'expliquer pourquoi on en arrive là. C'est que, vous savez, au niveau des technologies, actuellement, le fait de pouvoir permettre de regrouper différents achats, de simplifier, ça va nous permettre de faire des économies administratives. Et vous savez qu'on s'est engagés avec un montant d'économies administratives dans le réseau de la santé qu'on est en train de réaliser.

Et une des façons de le faire, c'est via le regroupement des achats, parce que vous avez différentes corporations, et ça nous prend des gens pour acheter à peu près la même chose qu'on va avoir à peu près au même prix, puis, je vous dirais, même, des fois, on paie un peu plus cher parce que, lorsqu'on achète avec des plus grands volumes, on peut possiblement avoir des économies.

Une fois qu'on a dit ça, il y a des choses qu'on doit protéger. Entre autres, les gens qui travaillent actuellement dans nos achats, dans nos regroupements d'achats, c'est important que ces gens-là... la personne qui travaille dans le réseau de la santé ne perde pas son emploi. Mais il y a tellement d'attrition dans le réseau de la santé qu'on est capables soit de les garder au niveau des achats ou on est capables de les retrouver ailleurs. Mais les gens ne perdent pas leurs emplois.

L'autre important à protéger, c'est l'achat local. Vous savez, quand on fait des regroupements d'achats, ça veut dire que c'est quelques endroits que va se faire les achats, puis on veut être... s'assurer que — j'ai connu, moi, l'expérience — le lait qui est au Saguenay—Lac-Saint-Jean ne provienne pas de l'autre bout du Québec. Et là les gens disent: Bien, comment ça se fait qu'on fait venir notre lait, mettons, de la région de Gatineau? C'est même vrai... C'est vrai aussi que la région de Gatineau prendrait du lait du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Les gens, ils ont une certaine forme de protectionnisme, et ceci, avec raison.

Donc, il faut accepter aussi qu'en même temps qu'on met en place une politique de regroupement des achats on ait des règles pour protéger l'achat local. Pour nous, c'est important parce que la santé, ce n'est pas juste une question de donner des soins. C'est toujours le premier employeur de la place. C'est également quelqu'un qui achète localement et qui fait virer l'économie. Et, si on perd nos emplois en région, bien, ça, ça veut dire que les régions vont avoir plus de difficultés, puis par la suite on a encore plus de difficulté à donner des services.

Ça fait que c'est les trois grands principes qui nous guident, c'est-à-dire une économie qui ne se fait pas au détriment du service; deuxièmement, une protection au niveau des employés qui y travaillent actuellement et, troisièmement, une protection pour l'achat local.

Dans la manière de le faire, là, j'inviterais, là, vraiment, celui qui connaît ça beaucoup plus que moi, j'inviterais M. Michel Fontaine, qui est le sous-ministre associé au budget.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, est-ce que j'ai le consentement des membres pour M. Michel Fontaine? Mme la députée de Taschereau, consentement pour le témoignage de M. Fontaine?

**Mme Maltais:** Consentement avec plaisir pour entendre M. Fontaine.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Taschereau. Parfait. M. Fontaine, vous allez vous présenter pour les fins de l'enregistrement, et par la suite la parole sera à vous.

**M. Fontaine (Michel):** Oui. Michel Fontaine, sous-ministre associé au budget, au financement, aux immobilisations et à la coordination du réseau.

Alors, juste en complément, M. le Président, parce que le ministre a donné, je pense, l'intention, juste rappeler que, dans notre 730 millions de projet d'optimisation que nous devons livrer, là, que le gouvernement s'était engagé, on a cherché, naturellement, des mesures qui se rapprocheraient le plus possible de ne pas entacher du tout les soins de santé aux bénéficiaires. Donc, les achats sont une de ces mesures-là, et ça, on doit livrer, à terme, soit au 31 mars 2014, le 100 millions d'économies qui est prévu au niveau des achats.

Pour ce faire, on souhaitait... On avait 11 corporations d'achat au Québec, et ça, naturellement, ça divise les volumes et ça ne nous permet pas la masse critique qu'on peut aller chercher des économies substantielles. Donc, on avait fait des propositions aux corporations d'achat pour pouvoir se regrouper et, dans le contexte actuel, de façon... avec un comité d'experts qui était composé des présidents de conseil d'administration des 11 corporations d'achat et un certain nombre de directeurs généraux d'agence, on a essayé de faire en sorte de rapprocher un certain nombre de corporations qui existaient déjà en s'appuyant surtout sur l'aspect géographique. Et finalement, de façon volontaire, ce groupe-conseil nous a proposé le regroupement que M. le ministre vous mentionnait tout à l'heure.

Donc, maintenant... C'est tout récent. Quand on nous demande comment ça fonctionne actuellement... Les lettres patentes de ces nouveaux regroupements là ont été élaborées, là, dans les derniers jours. Donc là, on s'apprête maintenant à aller de l'avant avec des volumes plus... des volumes importants, des masses critiques beaucoup plus importantes pour faire ces économies-là pour éviter de faire des coupures dans les soins de santé. Donc, c'est ça qui était l'objectif majeur.

Et, quand on nous demande comment ça fonctionne, les achats, bien, c'est sûr qu'on a déjà certains regroupements qui étaient un petit peu plus habitués à faire des appels d'offres sur des équipements très spécialisés, comme par exemple des grands équipements de radiologie, des résonances magnétiques, etc. D'autres, on va les spécialiser dans d'autres domaines pour avoir justement cette masse critique là dans le contexte des achats et aller chercher une économie substantielle.

Donc, c'est ça, M. le Président, là, qu'on met sur la table pour livrer ces économies-là plutôt que d'aller couper dans des soins et services au Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. Fontaine. M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Merci. Je suis heureux d'entendre les principes énoncés par le ministre, entre autres, bien sûr, les objectifs d'économie, la protection du personnel qui était affecté dans les 11 corporations puis également la préoccupation des achats locaux, parce qu'effectivement en région il y a des impacts... ou des conséquences de centraliser, et, pour certains fournisseurs, ça pouvait entraîner certaines pertes en termes de revenus, puis particulièrement Gaspésie—Les Îles. J'imagine, la Côte-Nord, ça peut être également un effet comme celui-là. Donc, qu'on se préoccupe des impacts des achats locaux, j'apprécie. Et j'espère qu'on sera en mesure de faire l'évaluation également, après une ou deux années... quelles ont été les conséquences sur ces éléments-là, parce que c'est sûr que des petites entreprises n'ont pas la capacité de concurrencer avec des entreprises nationales ou internationales. Alors, ça, c'est un élément.

Quand vous parlez de l'économie, vous visez un objectif de 100 millions de dollars. Vous le faites, j'imagine, à deux niveaux, cet estimé d'économie. Sur le personnel, par rapport aux regroupements, vous passez de 11 corporations à quatre groupes d'approvisionnement. Ça, c'est un élément. Et vous anticipez également qu'en regroupant ainsi en quatre corporations pour tout le territoire du Québec il y a certains secteurs d'achat qui vont augmenter des masses critiques en termes de volume d'achat qui va vous permettre d'avoir des économies substantielles. Quels sont les secteurs d'achat qui pourraient vous amener des surplus qu'on n'avait pas dans les 11 corporations?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine, sur le même consentement.

● (16 h 40) ●

**M. Fontaine (Michel):** Oui. M. le Président, ce sont des secteurs de fourniture beaucoup plus spécialisés. J'en ai nommé quelques-uns tout à l'heure. Et, juste pour peut-être rassurer, parce qu'on a eu beaucoup ça dans les discussions avec le comité consultatif et... Je répète ce que le ministre disait tout à l'heure: Les quatre nouvelles corporations sont bien au fait, sont bien informées que l'achat local, si vous parlez de... donnez l'exemple du lait ou des situations comme ça, ça demeure local. On n'est pas dans cet ordre de grandeur là.

Où il y a moyen de faire des économies substantielles, c'est d'aller dans les fournitures spécialisées, les équipements spécialisés, qui, eux, de toute façon, ne sont pas, à 95 %, je dirais, produits localement, donc on n'enlève rien à chacun des territoires.

Et, pour la mesure d'économie réelle, pour l'heure du moins, on vise 100 % de la mesure d'économie au niveau des masses critiques d'achat, des ristournes, là, si on peut s'exprimer de cette façon-là. On n'a pas identifié aucune économie en lien avec une économie de personnel pour l'instant. C'est vraiment... Tout le personnel a été rencontré, et on leur a garanti, sans aucune exception, leurs emplois tels quels. Ils peuvent aussi même demeurer géographiquement dans leurs régions. Il n'est pas question de regroupement, sauf lorsqu'il y a des départs. C'est sûr que, là, les postes seraient affichés au siège social pour être plus efficaces. Mais, pour l'heure, c'est une transition très raisonnable et très humaine, là, dans les circonstances, et on ne vise aucune économie, dans ce dossier-là du moins, sur le personnel.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles. M. le ministre, en complémentaire.

**M. Bolduc:** Oui. Bien, j'aimerais clarifier par contre qu'il y avait un projet de loi qui était en préparation, mais les regroupements qui étaient déjà existants ont décidé, sur une base volontaire, puis je tiens à utiliser le mot «volontaire», de faire un regroupement en quatre grands regroupements d'achats. Et naturellement, malgré le fait qu'il y a eu un regroupement volontaire, on va quand même procéder avec un projet de loi pour pouvoir compléter, de façon adéquate, toute la transformation.

Mais le gros du travail, c'était vraiment le premier regroupement, qui, je tiens à le répéter, s'est fait sur une base volontaire.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** J'ai effleuré la nuance tantôt. Est-ce que le ministère de la Santé et des Services sociaux a émis des directives par rapport à certains types de produit? Vous parlez du lait comme étant un produit qui va être d'achat local plutôt, mais je pense à différents produits du terroir, que ça soit les pommes de terre ou d'autres produits qui sont produits, justement, cultivés dans nos régions et qui peuvent évidemment alimenter, entre guillemets, nos établissements de santé et de services sociaux et qui sont également une source de revenus pour nos différentes entreprises sur le plan local.

**Le Président (M. Sklavounos):** J'imagine que la question s'adresse à M. Fontaine.

**M. Chevarie:** Oui. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine.

**M. Fontaine (Michel):** Alors, M. le Président, bien, je répète que l'économie vise spécifiquement des équipements et des fournitures spécialisés, qui habituellement ne sont pas produits localement.

Je vais vous donner quelques exemples, là, pour faciliter. Si on pense, surtout en chirurgie, dans ces domaines-là... ou en radiologie, les grands équipements... Mais, en chirurgie, pensez à... que ce soit, par exemple, une prothèse de hanche ou une prothèse du genou, ce n'est pas du tout normal, là, que, par exemple, une région comme l'Abitibi paierait beaucoup plus cher sa même prothèse que Montréal, etc., parce qu'elle n'a pas les masses critiques des volumes pour faire baisser — on appelle ça des escomptes au niveau des achats — les compagnies qui sont les fournisseurs de ce genre de fournitures spécialisées là.

Pour les équipements — tout à l'heure, je vous parlais de la résonance magnétique — c'est certain, là, qu'on ne brime aucune région au Québec, là, en allant en appel d'offres provincial ou bien dans un de nos regroupements parce que, même dans les équipements surspécialisés, qu'on pourrait les appeler comme ça, il pourrait même arriver qu'on désigne un des regroupements pour prendre l'ensemble de la province dans une situation aussi surspécialisée pour avoir encore un meilleur escompte.

Donc, effectivement, le produit local, lui, n'est pas touché. Ça a été mis en provision dans toutes les régions qu'on a passées, qu'on a expliqué la situation. Et je pense que je pourrais dire qu'à 90 % les gens ont été satisfaits de nos explications, là.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Oui. J'imagine, il ne reste plus grand temps.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il vous reste 4 min 30 s.

**M. Chevarie:** 4 min 30 s? O.K. Ce qu'on pourrait apprécier, particulièrement la députation au niveau des régions, c'est que le ministère puisse éventuellement, dans deux ou trois ans — je le fais en termes de suggestion — faire un bilan de ce nouveau processus pour vraiment examiner que nos régions, par rapport à différents produits qui peuvent être accessibles à nos établissements de santé et de services sociaux, ne soient pas touchées par cette nouvelle procédure, bien que j'appuie entièrement la procédure, compte tenu des économies et des avantages qu'on va chercher et qu'on peut redistribuer, en fait, dans les services de santé et de services sociaux.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine.

**M. Fontaine (Michel):** Alors, M. le Président, si vous me permettez, je ferais juste un petit recul sur la réponse précédente. Juste confirmer aussi qu'on a mis en place un comité provincial des CHU, des centres hospitaliers universitaires, pour nous donner des suggestions plus spécifiquement sur les équipements ou les fournitures surspécialisés, lesquels pourraient être regroupés justement dans un seul des quatre regroupements d'achats pour aller chercher encore des escomptes plus importants.

Pour l'autre partie, oui, M. le Président, ça serait facile pour nous parce que, de toute façon, on sera en reddition de comptes obligatoire à chaque année au niveau du Conseil du trésor pour ce qu'on a mis sur la table comme livraison d'optimisation, qui est notre 100 millions. Donc, on donne des tranches par année, et, par la même occasion, ça nous oblige à faire ce genre de bilan là. Donc, on pourrait le compléter de cette façon-là au niveau des achats locaux, là, qu'est-ce qu'on a pu maintenir à ce moment-là.

**M. Chevarie:** Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Trois minutes, M. le député des îles.

**M. Chevarie:** Trois minutes?

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui.

**M. Chevarie:** Oui, sur l'autre bloc, s'il vous plaît.

**Le Président (M. Sklavounos):** Vous préférez reporter? Ça va?

**M. Chevarie:** Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci, M. le Président. Sur le même sujet. Je comprends que nous avons un projet de loi qui a été remis aux calendes grecques et que tout ça s'est fait en catimini. Je comprends que le ministre nous dit qu'il va protéger l'achat local, mais on n'en a encore aucune idée, comment il va le faire. La question qui reste: Est-ce que vous allez protéger les emplois dans les régions? Est-ce que le ministre garantit que les gens qui connaissent la région, qui connaissent les politiques d'achat vont pouvoir continuer à travailler dans les régions?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. Bien, M. le Président, c'est sûr que c'est un dossier qui nous préoccupe énormément, dont, entre autres, l'emploi en région protégé. On va protéger les gens dans leurs emplois, sauf que, comme on disait, s'il y a de l'attrition, si aussi également il y a de la réorganisation mais que les gens qui travaillent là, ils ont la sécurité en emploi, ils ne la perdront pas.

C'est certain que, dans une transformation, il y a des changements. Et ce qu'il faut comprendre, c'est que, l'argent qu'on va sauver là, on va le réinjecter aussi de d'autres façons dans le réseau de la santé, et ça va nous permettre de créer d'autres emplois en région qui peuvent être différents. Donc, c'est une réorganisation. Mais, pour les gens qui travaillent déjà, eux autres, ils ont la protection puis la sécurité d'emploi.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Donc, M. le Président, le ministre garantit qu'il va protéger l'achat local, mais il n'aura plus personne dans les régions, dans les localités qui connaissent le terreau, le tissu social. Donc, il refuse aujourd'hui de garantir les emplois dans les régions.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, elle me fait dire ce que je n'ai pas dit.

**Mme Maltais:** Oh!

**M. Bolduc:** Ce que j'ai dit, c'est qu'un peu comme dans toute transformation il n'y a pas une année... il y a pas un CSSS qui ne fait pas une transformation de son établissement où il y a des changements de postes. Mais, à la fin, il y a autant d'emplois, il y a autant d'heures travaillées. Même, à chaque année il y a plus d'heures travaillées, sauf que ça peut être dans des endroits qui sont différents.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Comme les emplois actuellement sont dans des OSBL et qu'ils vont disparaître des régions, ils ne pourront pas s'en aller dans le réseau, ils vont s'en aller... Est-ce que l'attrition va se faire vers le centre? C'est-à-dire que maintenant les décisions prises pour la Gaspésie, pour les Îles-de-la-Madeleine, pour l'Abitibi, pour le Saguenay—Lac-Saint-Jean, pour le Bas-Saint-Laurent vont se prendre dans la région centre. Dans le cas de la Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine, les gens qui vont décider qu'est-ce que c'est que l'achat local, à long terme, vont être à Québec?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** La réponse, c'est non. Il reste toujours des gens localement. Plus, il y a des services également qu'on a développés en région. Juste pour vous donner un exemple, il y a des centres d'appels qu'on préfère installer en région plutôt que de les installer dans les grands centres.

Et on veut favoriser le développement de l'emploi en région, mais par contre on a un souci... Et la députée de Taschereau est la première à dire que ça coûte cher en administratif dans le réseau de la santé. Bien, je pense qu'où ce qu'il

y a moyen d'économiser on devrait le faire. Et, si on peut mettre de l'argent plus dans les soins directement dans les régions, on va le faire également. C'est des soins qu'on veut mettre... où qu'on veut mettre la majorité de notre argent.

Et c'est ça, l'objectif de la transformation. Ce n'est pas de couper, c'est de prendre l'argent puis l'injecter le plus près possible des soins directement aux patients.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** On parle d'achat local. Je comprends que le ministre ne garantit pas un plancher de personnes sur le terrain qui vont acheter localement. Donc, les emplois d'achat local, actuellement, qui sont dans les régions, Abitibi, Saguenay—Lac-Saint-Jean, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, vont disparaître. Je veux savoir si le ministre ou le ministère a déjà émis une opinion à ce sujet.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** On va demander à M. Michel Fontaine de préciser.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau, consentement?

**Mme Maltais:** Sur cet élément précis, j'accepterais tout à fait d'entendre M. Fontaine si le ministère a déjà eu, émis une opinion à ce sujet.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine.

**M. Fontaine (Michel):** Alors, M. le Président, d'abord, juste pour... On voulait être... s'assurer que le local était protégé pour le moment, là, dans la démarche qu'on fait actuellement, qui est volontaire. La première chose qu'on doit dire, on s'est assurés que les conseils d'administration soient composés de chacune des régions respective du regroupement à parts égales. Donc, même une région comme Québec n'a pas plus de représentants sur le conseil que la Gaspésie—Les Îles, par exemple. Même chose pour Montréal, tout ça. Donc, ça, ça amène tout de suite une certaine protection.

La deuxième chose, quand on parle des achats locaux, c'est sûr que nous, on a prévu... Puis ça, déjà, les indications sont données aux quatre regroupements de maintenir une desserte locale avec des employés, localement, pour la situation. Je ne dis pas, là, ici... Je n'avance pas que c'est exactement le même nombre. Ce qui est le même nombre... tout le monde est protégé comme emploi. Mais, s'il y a un départ à la retraite, ça pourrait arriver qu'il y ait des emplois qui soient réintroduits au siège social. Mais, c'est certain, je peux vous dire, de façon garantie, qu'il y a des postes pour les achats locaux qui restent dans chacun des territoires pour nos dessertes d'achat local.

● (16 h 50) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Donc, je comprends qu'il n'y a jamais eu de directive... ou il y a eu une directive au ministère, par le ministre ou un de ses sous-ministres, à l'effet qu'il y aurait eu... qu'il y aurait attrition dans les postes... des postes dans les régions.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine.

**M. Fontaine (Michel):** Oui. M. le Président, effectivement, cette... pas une directive, M. le Président, mais cette orientation-là, dans le cours de la démarche, a été donnée, et par moi-même d'ailleurs. Mais, en même temps, au cours de la discussion, on a changé cette orientation-là quand on a eu les démarches qui nous ont été informées par chacune des régions, parce qu'on a fait le tour de toutes les régions. Et on a eu cette inquiétude-là de la part des régions pour l'achat local, même si on ne visait pas à la diminuer. Mais, quand on l'a bien exprimée... on se l'est fait bien exprimer, on a bien compris qu'il fallait rassurer les gens, parce que c'est ça qu'on voulait de toute façon, maintenir de l'achat local pour les choses non spécialisées. Donc, on a informé à ce moment-là qu'on gardait une desserte locale.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci beaucoup pour votre franchise, M. le sous-ministre, mais je vais quand même dire ceci: Il y avait un projet de loi qui avait été déposé. Ces questions-là, on ne peut pas les adresser à personne, sauf à cette étude des crédits. Et je pense, moi, que nous aurions mérité d'en débattre. Ça s'est fait en catimini au ministère. On n'a aucune idée de l'engagement, on n'a aucune idée du plancher d'emploi qui va être gardé dans les régions.

Et je pense qu'à un moment donné, ces questions, il va falloir les résoudre et les débattre en public et non plus en catimini au ministère. Je pense que les parlementaires auraient mérité ce débat qui avait lieu autour du projet de loi sur l'approvisionnement en commun. Et je pense qu'on aurait eu un mot à dire. Il y a les régions qui auraient aimé avoir leur mot à dire là-dessus.

**Le Président (M. Sklavounos):** Un commentaire, M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, on va avoir l'occasion d'en rediscuter parce que le projet de loi, il est encore présent. Et, en temps et lieu, lorsque nous pourrons... Au niveau parlementaire, nous aurons l'occasion d'en discuter, puis à ce moment-là la députée de Taschereau comme tous les députés auront l'occasion de laisser savoir leurs intentions. Mais c'est certain que le regroupement volontaire a été fait sur une base volontaire.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Parfait. Merci beaucoup. Sur un autre sujet...

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. Fontaine.

**Mme Maltais:** Merci, M. Fontaine. En 2009, nous avons adopté une loi qui permet au ministre de la Santé et Services sociaux... ou au gouvernement du Québec de poursuivre les compagnies de tabac. Il y a des individus actuellement qui sont avancés, qui sont en poursuite, là, contre les compagnies de tabac. Il y a un procès actuellement qui est suivi attentivement par les Québécois, Québécoises parce que la consommation de tabac, c'est des coûts de santé et qu'il faut récupérer ces coûts de santé.

L'Assemblée nationale a donné... a adopté une loi qui dit que nous avons jusqu'au 19 juin 2012 pour poursuivre les compagnies de tabac. L'échéance est très brève. C'est très, très, très bientôt. Quelles sont les intentions du ministre? Il ne reste plus que... à peine deux mois. Est-ce que le gouvernement du Québec va poursuivre les compagnies de tabac?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, vous comprenez qu'il y a beaucoup de travail qui se fait actuellement dans ce dossier. C'est un dossier qu'on suit de très près. Mais, au niveau stratégique, on ne peut pas se prononcer comme la députée voudrait, mais je pense qu'elle peut être confiante, là, qu'il va se passer quelque chose. Mais présentement ça serait à l'encontre de notre stratégie de dire qu'est-ce qui va arriver dans les prochaines semaines. Et je confirme que nous avons jusqu'au 19 juin pour faire le dépôt de la poursuite.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** C'est parce qu'on s'est donné trois ans. On est rendu à l'extrême limite. Je pense que c'est normal qu'on entende parler ici des intentions gouvernementales. Ce serait bien.

Deuxièmement, qu'est-ce que le gouvernement va faire d'ici le 19 juin? C'est parce que ça prend une autre loi. Et, si on ouvre une autre loi, est-ce qu'il y aura poursuite sur la nouvelle loi? L'Assemblée nationale est souveraine, mais les compagnies pourraient en profiter pour dire que, voilà, on n'a pas été capables d'agir dans les temps. Moi, je veux savoir, là, qu'est-ce qui va se passer d'ici au 19 juin. Est-ce qu'il va y avoir dépôt d'une nouvelle loi s'il y a prorogation, s'il y a élection? S'il y a élection, parce qu'il y a des rumeurs d'élection tout le temps... S'il y a élection, l'Assemblée nationale ferme. On ne peut pas voter de nouvelle loi avant le 19 juin, il va falloir revenir après. Alors, je pense que, comme parlementaires, on est en droit de demander quand même au ministère un petit peu d'explications sur sa stratégie.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bon. Trois points. Le premier, c'est qu'actuellement on n'a pas besoin de nouvelle loi. Deuxièmement... Et puis je pense que la population et la députée de Taschereau sont en mesure de comprendre que, stratégiquement, compte tenu qu'on parle d'aller en cour, on n'a pas l'intention de dévoiler nos stratégies à ce moment-ci, même si on est questionnés. Troisièmement, par contre, je serais prêt à discuter en privé avec la députée de Taschereau pour la rassurer peut-être avec un peu plus de détails.

Mais vous comprendrez que, lorsque nous engageons une poursuite, c'est important, au niveau judiciaire, de ne pas donner toutes les informations. Et, en temps et lieu, les informations vont être données.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Ça va, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Vous êtes satisfaite?

**Mme Maltais:** Oui.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y.

**Mme Maltais:** Continuant sur la Loi sur le tabac, il y avait un budget global, qui consiste en la loi... qui consiste en... Je l'ai ici, là, lutte au tabagisme, qui est celui-là qu'on retrouve en 2012-2013. Mais il y a aussi un budget pour les — comment on appelle ça? — les objets de cessation de fumer, les... Je cherche le terme.

**M. Bolduc:** Les aides?

**Mme Maltais:** Les aides, oui. Alors, est-ce que ce budget va être conservé tel que tel cette année? Parce que, je sais, il y a eu des changements au service de lutte au tabagisme: il y a eu un changement administratif, il y a eu des déplacements.

Ce qu'on veut vérifier, c'est qu'on va retrouver les fonds nécessaires à la lutte au tabagisme, une lutte qui est si importante et qui, au bout du compte, rapporte énormément tant à la société qu'aux individus, qu'au financement du système de santé et services sociaux.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Écoutez, M. le Président, on va vérifier, mais on continue nos engagements par rapport à la lutte au tabac, là. Vous savez que c'est encore l'habitude... ou le problème qui cause le plus de décès, donc tout ce qu'on peut faire pour combattre le tabagisme puis aider les gens à abandonner ce grand risque de santé, nous, on va le faire. Mais il n'y a pas aucune... Actuellement, on va continuer les mêmes engagements qu'auparavant.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de...

**M. Bolduc:** Puis, M. le Président...

**Le Président (M. Sklavounos):** Ah!

**M. Bolduc:** ...tout ça, c'est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec, donc il n'y a aucune intention de retirer ça de notre programme d'assurance médicaments.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Et le programme pour les inspecteurs de tabac aussi, on va le retrouver entièrement.

**M. Bolduc:** Oui, il n'y a pas... Il n'y a aucun changement à ce niveau.

**Mme Maltais:** Parfait. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci. On passe à ce que j'appelle les variétés, c'est-à-dire... Il y a plein de sujets qui interpellent le domaine de la santé et services sociaux, sur lesquels on a des informations à avoir pendant une période des crédits, mais il y a un sujet que j'ai abordé avec le ministre l'année dernière qui a été... qui a fait couler beaucoup d'encre. C'est l'administration d'un médicament pour la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le Lucentis.

Vous rappeler très brièvement — c'est mon habitude — les faits. Les gens allaient en clinique privée pour se faire injecter du Lucentis sur la macula, cette petite zone de la rétine située au fond de l'oeil qui peut se détériorer, et les gens peuvent en perdre la vue. Alors, le problème qu'on a, c'est que, dans les cliniques privées, les injections de ce nouveau médicament qu'est le Lucentis, au début, étaient remboursées par la RAMQ. Et les médecins pouvaient se faire rembourser une injection par la RAMQ, et il était permis qu'ils chargent des frais accessoires. Puis, à côté de ça, ils chargeaient pour les gouttes, le prix des gouttes.

Maintenant, avant, la RAMQ remboursait le 200 \$ qui était pour... les frais de 200 \$ pour l'injection du médicament dans l'oeil du patient. Mais ensuite, tout à coup, les cliniques ont fusionné la facture. Finalement, il n'y avait plus qu'une seule ligne, et la RAMQ s'est mise à refuser de rembourser, ça fait que les gens se sont ramassés avec des factures de 200 \$, 225 \$, 250 \$ pour cette injection.

Suite au débat qu'on a eu et grâce au travail de la... entre autres, de M. Lavoie et des gens qui sont venus ici, ces personnes, souvent âgées, qui étaient à risque de perdre la vue, ont convaincu le ministre et l'opposition de voir à ce qu'ils soient remboursés.

Maintenant, première question: Est-ce que le ministre a commencé à rembourser les gens? Est-ce que la RAMQ a commencé à rembourser les gens qui s'étaient fait facturer indûment pour des injections de Lucentis?

● (17 heures) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, juste pour clarifier le dossier, c'est qu'actuellement les patients reçoivent le traitement gratuitement, et il y a un frais qui est payé pour l'injection, puis le médicament est payé au niveau des cliniques médicales.

L'autre élément qui est important, c'est qu'on a demandé aux établissements de santé d'être en mesure de pouvoir le donner à l'intérieur des établissements de santé pour éviter justement qu'il y ait des ruptures de services. Et actuellement il y a des budgets qui sont autorisés pour les rénovations des départements d'ophtalmologie. Et la date qu'on s'était fixée, c'était au moins de juin.

Et naturellement, puis je tiens à le clarifier parce que je sais qu'il y a des députés qui reçoivent des lettres par rapport à la dégénérescence maculaire, parce qu'il y a des spécialistes qui leur disent que ça va être... ils vont commencer à repayer au mois de juin. Je tiens à le dire publiquement: Advenant des cas qu'il y a des endroits qui ne sont pas prêts à le donner

en établissement de santé à partir du mois de juin, on va continuer notre entente pour le donner en clinique privée parce que le patient n'a pas à subir les conséquences, premièrement. Donc, les gens vont continuer à être traités en établissement public ou en clinique privée.

Pour ce qu'il s'agit de ce qui s'est... des injections qui avaient été données avant la décision que j'ai prise de couvrir ces frais... Et, à ce moment-ci, il y a un recours collectif et il y a des discussions avec le groupe pour voir si on ne pourrait pas régler le recours collectif hors cour. Donc, on va attendre les résultats compte tenu que les négociations sont en cours. Mais c'est des négociations qu'on me dit qui vont relativement bien.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci. Je souhaite effectivement que ça se règle hors cour. C'est terrible d'amener les gens en cour pour qu'ils réclament des droits qui leur sont normalement consentis.

Est-ce que le ministre est au courant... Moi, je reçois — parce que j'ai travaillé beaucoup sur ce dossier — des courriels, je reçois des messages, bien sûr, de toutes sortes de gens, puis il y a, entre autres, des gens qui disent qu'ils se font encore facturer des frais indus. J'ai ici quelqu'un qui me parle de 165 \$.

Est-ce que le ministre a fait le tour des cliniques pour vérifier que les gens n'aient plus à payer directement pour les injections de Lucentis?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, j'exige que cette personne envoie une lettre à la Régie de l'assurance maladie du Québec, et ça va nous faire plaisir d'envoyer les inspecteurs, O.K.? C'est un dossier, là, que, les gens, il y en a qui ont eu des abus. Maintenant, on a corrigé les abus, mais, s'il y a encore un médecin qui charge, moi, j'exige que cette personne-là le déclare à la Régie de l'assurance maladie du Québec et je vous assure que la Régie va réagir extrêmement rapidement. On est...

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre...

**M. Bolduc:** M. le Président, là, je vais monter le ton. On est tannés des abuseurs de système et des gens qui abusent des patients. Donc, je pense que la députée de Taschereau est d'accord avec moi là-dessus.

C'est un peu comme le principe des coopératives. La ligne est claire, c'est inconcevable et inacceptable qu'il y ait eu un frais qui est chargé au patient. Et, si ce frais est chargé, il faut absolument que le patient le dise à la Régie de l'assurance maladie du Québec. On va aller voir ce docteur-là et on va agir en conséquence.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Je comprends puis je suis d'accord avec le ministre, sauf que, là, je veux juste expliquer la délicatesse de la chose. Ce sont les personnes âgées, malades, qui ont peur de perdre la vue. Et quand elles sont dans des régions éloignées et que la seule clinique ou le seul médecin qui fait ces injections-là la leur charge, leur demander à elles de dénoncer le seul médecin qui peut leur donner ça, c'est leur donner une charge face à laquelle — je vous le dis vraiment, là, sincèrement — ils ne sont pas capables de faire face parfois.

Alors, je ne sais pas si le ministre peut instaurer une mécanique qui permette qu'on soulage, dans des cas précis, là, les gens des poids de la dénonciation à travers la RAMQ, parce qu'il est là, le problème. Je veux juste... Je ne dis pas qu'on va avoir une solution tout de suite là, là, mais je vous dis qu'on a, dans certains lieux, dans certains endroits, un problème s'il faut passer par la dénonciation officielle. Je me questionne là-dessus puis je cherche moi-même comment on peut aider ces gens-là. Et c'est vraiment dans le principe d'aide que je suis cet après-midi.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Une des solutions, c'est que la personne qui se fait charger des frais téléphone à la RAMQ et, sans dire son nom... Là, je vous le dis tout de suite, on va vérifier avec la RAMQ sous toutes réserves, parce que c'est un cas très spécial. Et à ce moment-là, la RAMQ, même si la personne ne donne pas son nom... la RAMQ devrait vérifier si, oui ou non, ça se fait dans cette clinique.

L'autre phénomène, je tiens à le dire, si la personne, le médecin se fait prendre à facturer des frais supplémentaires, je pense que la RAMQ est tout à fait justifiée de porter plainte directement au Collège des médecins. Et là, on va s'entendre, tout le monde, là, ce ne sera pas juste de l'argent qu'on va demander. On va demander au Collège des médecins d'agir dans ces cas-là, et le Collège des médecins regardera voir s'il n'y a pas, à ce moment-là, un problème au niveau de la pratique du médecin par rapport à ça.

Écoutez, c'est de l'abus des personnes âgées. On parlait de maltraitance. Je pense qu'un spécialiste, qui gagne des centaines de milliers de dollars, qui va au-delà des règles pour se refaire un 160 \$, 150 \$ de plus, je pense que c'est inacceptable.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre, merci. On va aller du côté du groupe ministériel. Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, pour le début de ce bloc.

**Mme Rotiroti:** Merci, M. le Président. Alors, depuis quelques années, notre gouvernement a fait et fait toujours plusieurs annonces dans les projets immobiliers. On a des appels d'offres, exécution des plans et devis et plusieurs... même des pelletées de terre qu'on fait. Alors, je pense qu'on peut dire que notre gouvernement est reconnu pour investir dans son parc d'hôpitaux pour offrir un environnement médical de pointe aux Québécois. Par exemple... Je vais vous énumérer quelques exemples qui sont sur l'île de Montréal. En tant que députée de la région de Montréal, je pense qu'on connaît... je connais un petit peu mieux les projets qu'on fait sur... dans la région de Montréal.

Alors, en 2008, le 29 mai 2008, on a annoncé le projet du Centre de recherche du CHUM, 477 millions de dollars en PPP sur 32 ans; le 1er avril 2010, le CSUM, 1 267 000 000 \$ en PPP sur 30 ans; le 21 février 2011, 34,4 millions, le projet de l'hôpital de LaSalle en mode traditionnel; le 25 février 2011, 2 milliards de dollars pour le CHUM en PPP sur 30 ans; le 7 octobre 2011, 300 millions, pour le projet de l'Hôpital général juif de Montréal en mode gérance. Par la suite, le 2 avril 2012, 38,5 millions de dollars pour l'Hôpital St. Mary's en mode traditionnel; et, pas plus tard que dimanche dernier, le ministre n'était pas loin de mon comté, à l'Hôpital Sainte-Justine, pour annoncer un projet de 446 millions de dollars en mode clés en main. Et j'en passe parce que je pourrais en nommer d'autres. Et ensuite on a aussi le projet du CHUQ à l'Hôtel-Dieu. Donc, le premier volet, d'environ 150 millions, fut annoncé le 21 avril 2011, et ça, ce sera en mode construction-financement.

Alors, j'imagine que vous avez remarqué comme moi que tous ces projets-là ne seront pas construits selon les mêmes modes de réalisation. Alors, ma première question, c'est: Pouvez-vous nous expliquer, M. le ministre, qu'est-ce qui détermine le mode de réalisation retenu pour les différents projets immobiliers? Et quels facteurs font en sorte qu'on choisit le mode PPP pour un projet par rapport au mode clés en main ou encore le mode gérance?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, pour cette question. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Et puis je sais qu'on en a nommé plusieurs, mais il y en a trois autres qu'on a rajoutés, là. Ça me fait quand même plaisir de montrer que je connais mes projets, là. Il y a l'Institut de cardio également, pour un montant de 60 millions de dollars. Et, la semaine dernière, on a également annoncé l'Hôpital du Sacré-Coeur, le centre de traumatologie, pour 40 millions de dollars. Et nous avons déjà annoncé l'urgence de Maisonneuve-Rosemont pour un montant d'environ 80 millions de dollars.

Et je tiens à rassurer les régions. Je me promène beaucoup en région, et chacune des régions a plusieurs projets également, mais souvent Montréal, à cause des centres universitaires, il y avait une rénovation majeure à faire, mais j'ai également annoncé, un exemple, là, puis je ne les nommerai pas tous, là, mais le projet de l'urgence de Gaspé il y a environ un mois. Nous avons annoncé l'urgence de Gaspé, et il y a plusieurs projets en cours dans les différentes régions. On parle également du CHRTR à Trois-Rivières, et également même, à La Tuque, on est allés faire une annonce d'une urgence pour 4 millions de dollars.

Tout ça pour vous dire que le Québec est en train de se rénover au niveau de ses installations. C'est important parce que ce sont des établissements qui datent d'entre 50 ans et 100 ans, qui n'avaient jamais eu vraiment de rénovations majeures. Et on peut dire qu'au cours des 10 prochaines années le Québec va se renouveler complètement au niveau d'une grande partie de son parc d'infrastructures immobilières.

Qu'est-ce qui détermine le type de projet? C'est que chaque projet a des caractéristiques, et, à la fin, le mode de construction... on prend le mode de construction qui est le mieux approprié pour le type de projet qu'on va faire, selon que c'est une bâtisse neuve, selon que c'est un projet d'agrandissement, selon que c'est un projet de rénovation.

Mais la meilleure personne pour venir nous décrire en quoi consistent ces types de projets, c'est M. Sylvain Périgny, qui est responsable des immobilisations au niveau du ministère, puis je lui demanderais de venir ici en avant pour pouvoir nous expliquer comment ça fonctionne.

● (17 h 10) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Est-ce que j'ai le consentement des parlementaires pour entendre M. Therrien? Mme la députée de Taschereau, oui, ça va?

**Une voix: ...**

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Therrien, je vous invite à prendre place.

Alors, je vous invite à vous présenter officiellement ainsi que votre titre, et par la suite vous aurez la parole, M. Therrien.

**M. Périgny (Sylvain):** Bonjour. Sylvain Périgny, directeur général adjoint aux investissements au ministère de la Santé et Services sociaux.

Effectivement, vous avez évoqué plusieurs modes de réalisation, puis, le ministre l'a bien résumé, je pense qu'à chaque projet il peut y avoir un mode qui est davantage approprié selon les caractéristiques de celui-ci. En matière de mode de réalisation, ce qu'il faut savoir, c'est que c'est encadré par la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique, notamment. Donc, on retrouve de façon habituelle quatre modes qui sont généralement utilisés.

On a le mode traditionnel, qui est le mode usuel, là, je vous dirais, dans le réseau de la santé et des services sociaux, où la responsabilité de compléter l'ensemble des plans avant de procéder au lancement des appels d'offres est confiée à l'établissement pour ensuite aller en appel d'offres et confier la réalisation des travaux à un entrepreneur général. Donc, comme je le disais, c'est le mode usuel dans le réseau de la santé et services sociaux par le passé.

Autre mode, qui est le mode gérance, qui vise à confier la réalisation de l'infrastructure à plusieurs entrepreneurs, et ce, après que l'ensemble des plans et devis détaillés des divers lots ont été complétés. Donc, par exemple, il pourrait y avoir, une fois que tous les plans sont complétés, un premier appel d'offres pour le lot excavation; une fois réalisé, un deuxième appel d'offres pour le lot... Donc, c'est l'établissement qui assume, si on veut, le rôle de gestionnaire de projet et qui fait la coordination de l'ensemble des lots du projet.

Un troisième mode est le mode clés en main. On a évoqué Sainte-Justine. C'est effectivement le mode clés en main qui a été retenu, un mode qui vise à confier à une entreprise ou à un groupement d'entreprises la préparation des plans et devis et la réalisation de l'infrastructure publique. Donc, ce n'est pas l'établissement de santé qui aura la responsabilité de définir les plans, mais plutôt définir quelles sont ses attentes, quel est le devis de performance attendu dans un projet, dans le fond, à partir de caractéristiques physiques, caractéristiques... le type de locaux qui sont requis, type d'aménagements, donc. Et, sur cette base-là, le consortium qui serait retenu, lui, ferait la réalisation des plans et devis et, dans un deuxième temps, la construction du projet.

Et le quatrième mode qui est reconnu est le mode PPP, dans le fond, qui vise à s'associer à une entreprise du secteur privé — on met la mention: avec ou sans financement de la part de celle-ci — une entreprise qui a la responsabilité de la conception, de la réalisation et de l'exploitation d'une infrastructure publique. Dans le fond, quand on parle d'exploitation, on parle évidemment de l'entretien sur une période de temps donnée.

Donc, ce sont les quatre modes, généralement, qu'on retrouve, dans le fond, dans la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets. D'autres modes ne sont pas exclus. On a fait référence au mode construction-financement à l'Hôtel-Dieu de Québec, qui est une... qui s'apparente à un mode traditionnel, et, ici, c'est plutôt les modalités de financement qui sont différentes. Donc, on confie la responsabilité à l'entrepreneur qui choisit de garantir le... d'avancer le financement temporaire pendant la réalisation des travaux.

Je me permettrais d'ajouter que le choix d'un mode — évidemment, on a évoqué les quatre modes — bien, c'est encadré par la politique-cadre sur les grands projets, c'est encadré aussi par le Guide d'élaboration du dossiers d'affaires, qui sont les documents de référence qui sont préparés par le Secrétariat du Conseil du trésor.

Lorsqu'on fait le choix d'un mode, on doit comparer minimalement trois d'entre eux justement pour avoir une appréciation qui est large et qui n'est pas biaisée envers ou avec des préjugés favorables envers un seul mode. C'est une analyse... Le choix du mode repose sur une analyse qui est à la fois quantitative et à la fois qualitative. Donc, en fonction de chaque projet, chaque caractéristique, c'est le résultat de ces analyses-là qui met en priorité un mode par rapport à d'autres.

Et, dans le secteur santé et services sociaux, on a la chance de... on collabore avec Infrastructure Québec, qui détient de l'expertise en matière de modélisation de projets. Donc, tout cet exercice de choix de modélisation d'un projet par rapport à l'autre, c'est en collaboration avec Infrastructure Québec, qui nous appuie dans la démarche.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. Périgny. Question complémentaire à Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

**Mme Rotiroti:** Merci, M. le Président. Pouvez-vous m'expliquer davantage pourquoi le mode PPP demeure toujours avantageux, malgré toutes les critiques qu'on peut entendre? Et pensez-vous que, si on avait à choisir le mode PPP pour ces projets de Montréal... on choisirait-u le mode PPP si on était à refaire les projets sur l'île de Montréal?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger. Est-ce que vous voulez faire un commentaire, M. le ministre, ou...

**M. Bolduc:** Bien, c'est certain que, quand on regarde tous les projets qui ont été faits... Moi, je vais vous dire le commentaire que j'ai actuellement des projets du CHUM et du CUSM: Les gens sont très, très contents d'être allés en mode PPP. Parce qu'en termes de surveillance, en termes de fonctionnement puis en termes également de livraison, c'est des résultats qu'on a qui sont très, très, très bien. Et puis, là-dessus, peut-être celui qui était responsable de nos projets... celui qui était responsable de ces projets-là pour... Nous autres, on décidait du mode. Comme Sylvain travaillait au niveau du ministère, je demanderais peut-être à Clermont Gignac de venir nous expliquer pourquoi on a choisi le PPP puis comment ça va au niveau des modes de fonctionnement.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il y a consentement des membres afin d'entendre M. Gignac? Mme la députée de Taschereau, consentement?

**Mme Maltais:** Oui, tout à fait, on attend M. Gignac avec...

**Le Président (M. Sklavounos):** Consentement. Consentement du côté des ministériels. M. Gignac aura à se présenter, par la suite il aura la parole. M. Gignac.

**M. Gignac (Clermont):** Bonjour. Clermont Gignac, directeur exécutif des projets de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal.

**Le Président (M. Sklavounos):** Vous avez la parole.

**M. Gignac (Clermont):** M. le Président, répondre avant un mot à votre question: Oui, je pense que le ministre l'a bien exprimé, le choix serait le même. Le facteur principal, c'est qu'à partir du moment où... et on l'a vu pour l'hôpital... le

choix de construction pour l'Hôpital Sainte-Justine, ce n'est pas le mode PPP qui a été choisi, c'est un mode clés en main. Le point principal, majeur, c'était que c'était contigu à un hôpital. Et il y aura... Et l'opération de l'hôpital, pendant les 30 prochaines années, va se faire d'une façon contiguë avec un projet qui vient... qui est adjacent.

Les trois autres projets, soit le CUSM, soit le CHUM, soit le centre de recherche, ce sont des projets complètement nouveaux sans rattachement à des projets existants. Ça, c'est le premier point. Deuxième point, c'est que des projets de cette envergure-là, il n'y en a pas beaucoup, ni au Canada ni dans le monde. Actuellement, les compagnies de... particulièrement les compagnies d'équipements médicaux, qui sont habituées d'être... qui sont à travers le monde, disent qu'actuellement les projets de Montréal, les trois projets, ce sont les plus gros projets d'investissement en santé au monde actuellement dans la même ville. Il ne faut pas oublier qu'il y a... on parle en termes de millions, c'est 6,4 milliards.

Et, quand vous parlez de cette envergure de projet, de la complexité, vous parlez automatiquement de risques. Et là on arrive dans une autre classe de joueurs. Et on a pu le voir... Si vous regardez... Le gouvernement a voulu, compte tenu des risques... Il voulait transférer par cette méthode... voulait s'adresser à la communauté internationale. C'est pour ça qu'on est allés en appel d'offres du côté international. Et, si vous regardez les firmes qui ont appliqué, ce sont des firmes d'envergure internationale ou qui ont formé des consortiums internationaux.

Donc, ça, c'est, je vous dirais, les deux points majeurs qui répondraient encore oui, qui justifieraient ce choix-là de PPP pour les trois projets de Montréal.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. Gignac. Question complémentaire, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger?

**Mme Rotiroti:** Oui. Juste une petite question.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y.

**Mme Rotiroti:** Comment voulez-vous... Comment vous déterminez la durée des projets qui se font en PPP?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Gignac.

**M. Gignac (Clermont):** Vous entendez la durée de construction? De conception, de construction?

**Mme Rotiroti:** Oui, le tout.

● (17 h 20) ●

**M. Gignac (Clermont):** O.K. Si on regarde... La première des choses... Je pense, c'est très important de comprendre qu'avant puis c'était... la politique gouvernementale qui était voulue à ce moment-là, c'est de connaître le coût des projets avant d'aller en appel d'offres. Ça, c'était un point majeur que le gouvernement avait signifié publiquement. Donc, il y a eu un développement de projets de référence pour établir la fonctionnalité, l'envergure du projet à partir du plan clinique accepté par le ministère. Du plan clinique s'est formé... on en a déduit un nombre de mètres carrés, les fonctionnalités et, à partir de ça, on a établi un budget, on a établi un échéancier et on est allés en appel d'offres.

Ce qui est intéressant de voir, c'est que cette méthode progressive et très rigoureuse nous a amené des résultats très importants... très intéressants, M. le Président: c'est que, si on regarde au Glen, le site Glen pour l'hôpital McGill, on avait prévu 1,3 milliard pour ce qu'on appelle le critère d'abordabilité, qui comprend un ensemble de facteurs, et, le plus bas soumissionnaire, on l'a signé à 6 % plus bas que le prix établi et exactement dans le même nombre de mois en regard de l'échéancier, ce que, M. le Président, Mme la députée parlait tout à l'heure.

Si on regarde le CHUM, le CHUM, la même chose. Le CHUM, on avait établi 2 089 000 000 \$, et il y a deux entreprises qui ont soumissionné, internationales... Le plus bas a eu le contrat à 5,8 % plus bas que le budget. Ça veut dire que l'idée gouvernementale au départ a été livrée, puisque c'était de s'organiser pour signer le contrat qui est toujours plus bas que l'estimé qui avait été établi dès le départ.

On a un troisième... le centre de recherche, on est arrivés exactement au même prix, 470 millions. Et le dernier, que le ministre a annoncé la semaine dernière, on est 15 % plus bas. C'est ça qui est intéressant: à cause de l'approche de devis de performance... et donner un peu de liberté aux entrepreneurs, ils vont être capables de livrer dans un échéancier... livrer l'Hôpital Sainte-Justine six mois plus de bonne heure que l'échéancier qui était prévu, puis on avait regardé tout le monde. Donc, c'était intéressant.

Et, un autre avantage au CHUM, en plus d'avoir rencontré moins 6 % le budget, c'est qu'on a travaillé pendant deux ans de temps avec les équipes médicales, avec les équipes techniques pour prévoir une approche puis un échéancier et de voir comment... parce qu'il fallait... On avait un problème additionnel, c'était de maintenir l'Hôpital Saint-Luc en opération pendant une première phase, démolir et, par la suite, construire, la deuxième phase. Ce qui est intéressant, c'est que, par l'initiative et l'innovation que les firmes internationales ont apportées, on a été capables... les équipes ont été capables de livrer l'hôpital, le CHUM beaucoup avant le temps. Et ce qui est intéressant, c'est qu'ils vont devancer d'un an la livraison de l'hôpital; 100 % de l'hôpital va être livré un an avant les échéanciers.

Donc, c'est une formule qui est très intéressante, et les risques sont transférés à l'entreprise privée. Et, si votre design, votre conception doit intégrer la préoccupation des coûts d'entretien et de maintien pendant 30 ans. Donc, c'est tout à l'avantage du gouvernement.

Et, pour compléter, vous avez maintenant accès, depuis quelques semaines, sur le site Internet, le site web d'Infrastructure Québec, au contrat qui a été signé avec chacun des consortiums — à l'exception des données commerciales,

c'est évident. Ce qui est très intéressant, vous avez la valeur ajoutée pour le gouvernement d'avoir signé ces contrats en PPP et établis par des experts indépendants. C'est rendu sur le site web d'Infrastructure Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, merci pour ces renseignements, M. Gignac. Il reste 30 secondes. Il reste peu de temps dans ce bloc, alors je crois qu'on va le transférer au prochain. Alors, je vais aller du côté de l'opposition officielle pour le prochain bloc. Mme la députée de Taschereau, la parole est à vous.

**Mme Maltais:** Oui, M. le Président, je vous remercie. Je vais sûrement revenir tout à l'heure à M. Gignac, mais là j'aurais... j'aimerais continuer notre petit échange sur le Lucentis et la DMLA.

J'aimerais vraiment comprendre si ça va vraiment coûter moins cher de le faire dans les établissements plutôt que de le faire dans les centres d'ophtalmologie. Parce qu'au départ la demande que nous avons des gens, c'était que ce soit remboursé par la RAMQ comme c'était avant, c'était de revenir avant. Mais là la décision du ministre, ça a été: Bon, maintenant ça va se passer dans les centres hospitaliers. Ça peut être intéressant, mais, dans certaines régions, ça peut être plus compliqué.

Alors, j'aimerais savoir pourquoi il a adopté cette vision, vraiment, de: Ça va se passer maintenant dans les centres hospitaliers, et qu'il a écarté complètement la mixité qui aurait pu arriver avec les centres d'ophtalmologie. Là-dessus... On n'a jamais eu de véritable échange là-dessus, j'aimerais l'entendre.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Taschereau. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. D'abord, on va se donner l'organisation physique pour être capables de traiter à l'intérieur de nos centres hospitaliers parce que, si tu n'as pas de clinique privée, à ce moment-là, tu ne pourras pas avoir le service. Donc, il faut se donner ce qu'on appelle une alternative.

L'autre élément que... Quand on est arrivés dans ce dossier-là, on s'est rendu compte que l'établissement avait laissé les ophtalmologistes sortir et tout faire à l'extérieur. Et, encore là, le problème que ça nous donne, c'est qu'on n'a pas d'alternative, advenant le cas que les autres, ils décidaient d'arrêter puis de le... puis qu'on ne pourrait pas offrir aux gens de revenir à l'intérieur. Et, de toute façon, il aurait fallu, à un moment donné ou l'autre, se donner des locaux plus adéquats au niveau de l'ophtalmologie.

Donc, on en a profité pour régler ce dossier-là, et, c'est justement, ça va nous permettre d'avoir un service qui va être plus stable à long terme. Et, en temps et lieu, on va évaluer. Je n'ai jamais exclu qu'on ne pourrait pas continuer à un moment donné, au niveau des cliniques privées, tout dépendant du modèle qu'on va se donner. Mais, au moins, on va se donner la possibilité par une meilleure organisation des services en ophtalmologie.

L'autre affaire, c'est le traitement avec des médicaments tels que le Lucentis et des maladies comme le diabète qui, semblerait-il, dans certains cas, auraient besoin également de ce type de traitement. Donc, ce qu'on veut, c'est vraiment mettre en place une meilleure organisation des services, et, en temps et lieu, il sera toujours temps de décider sur l'endroit du paiement. Mais, pour le moment, on veut avoir la possibilité, dans nos établissements de santé, d'être capables de l'offrir et ne plus vivre le même problème qu'auparavant, c'est-à-dire que des gens sont obligés de sortir à l'extérieur, faire affaire avec des cliniques. Et, on le sait, dans les cliniques, on ne contrôle pas tout. Donc, c'est un dossier quand même qui est important. C'est un dossier qui coûte beaucoup d'argent, mais qui est nécessaire pour bien soigner la population.

Donc, on va se garder des alternatives. Et puis, de toute façon, d'avoir des espaces pour l'ophtalmologie, qui est une spécialité de base quand même importante... Il y a de plus en plus de gens qui vieillissent, tu sais, on va avoir de plus en plus besoin de services. Donc, je pense que c'est de la... Comme vous dites souvent: Pourquoi est-ce qu'on n'agit pas maintenant, alors que vous auriez pu agir voilà trois ans? Bien, dans trois ans, vous allez dire: M. le ministre, eh! que vous avez été bon de l'avoir pensé il y a trois ans.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Je ne voudrais pas extrapoler jusque-là, M. le ministre, mais, bien sûr, je rêve de féliciter le ministre là-dessus, mais encore, dans trois ans... Vous savez, il va s'en passer des affaires d'ici trois ans. On verra qui dit quoi à qui.

**M. Bolduc:** On peut changer de critique à la Santé.

**Mme Maltais:** C'est vrai. Effectivement, ça peut être intéressant.

La question que je me pose aussi — et les gens nous la posent — c'est... Le ministre a laissé sous-entendre que, dans les centres hospitaliers, on injecterait de l'Avastin, enfin, c'est ce qu'on a compris. Est-ce que le ministre a vraiment pris pour acquis que, dans les centres hospitaliers, on injecterait de l'Avastin parce que le Lucentis est très cher? Parce qu'il faut le dire, il y a comme un problème: Santé Canada n'a pas homologué l'Avastin pour les traitements de l'oeil. Alors, j'aimerais vraiment — et c'est... pour une fois qu'on peut échanger tranquillement là-dessus, là — bien comprendre où le ministre se situe dans cette discussion.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Un, il y a plusieurs écoles de pensée actuellement, puis c'est un dossier qui n'est pas juste ici au Québec, il est dans les autres provinces puis également aux États-Unis. Il y a même des sénateurs qui menaçaient de poursuivre les compagnies parce qu'elles refusaient de faire homologuer l'Avastin comme étant un produit. Donc, tout ça pour dire

que le verdict du jury n'est pas encore fait. La position actuelle, ce sont les ophtalmologistes qui vont décider c'est quoi, le médicament qu'ils vont injecter.

Donc, une des recommandations du rapport de l'INESSS, c'est de laisser le choix à l'ophtalmologiste. Et, comme ministre, ce n'est pas moi qui vais décider qu'est-ce qui va se donner, tant au niveau des établissements de santé que dans les cliniques. Et attendons, on va voir un peu ce que les études vont donner.

C'est certain que c'est un... Quand on parle de l'Avastin, il y a un choix social ici, à ce niveau-là. C'est une molécule à 1 800 \$ versus une autre autour de 100 \$. Et puis certains ophtalmologistes réputés disent que ça donne les mêmes résultats; d'autres vont dire que ça peut être différent. Naturellement, la compagnie défend son produit. Et, pour vous montrer jusqu'à quel point c'est un drôle de dossier, la compagnie qui faisait les deux molécules, il y en a une qu'ils refusent de l'homologuer pour qu'on n'utilise plus l'autre. Là-dessus, je ne veux pas me prononcer, ce n'est pas mon rôle. Mais ce que je dis actuellement, que ce soit dans une clinique ou à l'intérieur d'un établissement de santé, ça va demeurer le choix de l'ophtalmologiste pour le mieux-être du patient.

● (17 h 30) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci, M. le Président. Parce que j'ai un peu les mêmes préoccupations. Je sais très bien... je suis très consciente que la pharmaceutique n'a peut-être pas le goût de faire homologuer son médicament parce que le Lucentis coûte beaucoup plus cher que l'Avastin. Toutefois, il y a des gens qui, semble-t-il, ne réagissent plus à l'Avastin et qui... ou réagissent mal à l'Avastin, et, semble-t-il... pour lesquels le Lucentis serait la meilleure chose. Donc, je comprends qu'il va y avoir une certaine souplesse et que la... Je dirais qu'il y a une espèce de crainte qui circule par courriel et par télécopie, actuellement, mais que, donc, il y a un ajustement qui est en train de se faire au niveau du ministère de la Santé, puis qu'on va avoir un échange avec les ophtalmos là-dessus.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, M. le Président, si j'avais dit: On paie juste le Lucentis parce que... probablement que... peut-être pas la députée de l'opposition, mais il y aurait des gens de l'opposition qui m'auraient dit: Comment ça se fait que tu paies un médicament 1 800 \$, alors que tu as une alternative à 100 \$?

Également, on ne se le cachera pas, qu'il y a des patients qui sont poussés par certaines compagnies à envoyer des lettres un peu, à un moment donné, comme les compagnies de tabac utilisaient des patients pour... des gens pour défendre leurs intérêts.

Je ne veux pas m'immiscer là-dedans. Moi, ce que je dis, c'est que ça va être les évidences scientifiques qui vont trancher, et actuellement il y a des études, certainement, qui se font dans le monde. Ce n'est pas juste un dossier canadien, c'est un dossier mondial, entre autres au niveau des États-Unis. Ça fait que, lorsque les évidences médicales arriveront, on prendra le meilleur produit, selon les recommandations qui vont être faites.

Là-dessus, par contre, je ferais une attention particulière, parce qu'il y a des gens qui poussent des patients dans... non pas toujours l'intérêt du patient, mais dans l'intérêt de la compagnie elle-même, donc je demande aux gens d'être prudents. Mais, comme ministre, ma position, c'est qu'on va y aller selon les évidences scientifiques et selon les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux qui a justement été mis en place pour faire des recommandations judicieuses au ministre.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci, M. le Président. D'accord. Je pense qu'il était important pour la population qu'on ait... pour la population, surtout les personnes âgées et malades qui nous écrivent beaucoup, je dois vous dire, là, qu'ils entendent cet échange et ces explications. Je pense qu'on partage... Dans ce dossier-là, on a toujours partagé les mêmes intérêts, l'intérêt des personnes qui vivent cette maladie, et je souhaite qu'on continue à échanger de façon aussi... régulièrement, de façon aussi sereine, pour le bien des patients.

M. Gignac était là, tout à l'heure, pour nous parler du CHUM. Il y a un petit élément que j'aimerais peut-être... le ministre peut sûrement lui-même, mais peut-être que M. Gignac pourrait apporter un complément d'information.

**Le Président (M. Sklavounos):** ...s'approcher, mais, entre-temps, allez-y.

**Mme Maltais:** Oui, oui. J'essaie de voir la dernière évaluation publique du coût du CHUM et du CSUM et du Centre de recherche. On a toujours entendu, en général, le chiffre d'à peu près 4 milliards pour les deux... 4,4 milliards pour les deux équipements, est-ce que je... pour le coût de construction du CHUM et du CSUM. C'est bien le chiffre qu'on avait, normalement?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, M. le Président, je vais demander à M. Gignac, qui connaît très bien le dossier, parce que juste pour... Brièvement, c'est qu'il y a le coût de construction puis il y a le coût, également, d'entretien sur 30 ans, donc c'est complexe. Mais on va vous donner les chiffres exacts puis en quoi ça consiste. Mais vraiment l'expert au Québec là-dedans, c'est M. Gignac, puis je vais le laisser parler.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Consentement, Mme la députée de Taschereau?

**Mme Maltais:** Oui.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Gignac, allez-y.

**M. Gignac (Clermont):** Je vais revenir à un tableau qu'on a déjà discuté, je pense que c'est à la commission parlementaire voilà à peu près un an. On avait regardé ça et, si... Vous voyez, le CSUM, depuis deux ans, c'est 2 355 000 000 \$, et c'est encore ce même montant-là. Le CHUM, lorsque ça a été annoncé, c'était 2 628 000 000 \$, mais ça, M. le Président, ça comprend les équipements, ça comprend plus que la construction, c'est le montant final. Je pense que c'est ça que Mme la députée veut connaître. Le Centre de recherche du CHUM est à 460, et le CHU Sainte-Justine, le budget qui avait été annoncé était de 995. Il est toujours de 995, mais, vu qu'il y a eu une belle compétition assez féroce, on est en train de finaliser les derniers chiffres et on va être légèrement plus bas que le montant de 995. Donc, si vous faites le total, ça donne le 6 000 400 000 \$ qu'on parle depuis à peu près un an et demi. Il n'y a pas de changement.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. Gignac. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** J'ai vu le chiffre en page 29 de notre cahier I des crédits. Donc, on a là le coût des équipements du CHUM, du CUSM, de Sainte-Justine, et tout. Est-ce qu'on en a pour... au total... Je comprends que, hors construction, c'est les équipements médicaux, les TI, gestion et acquisition de terrain, 1 531 000 000 \$, donc, pour les... pour les quatre? Sainte-Justine aussi?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Gignac.

**M. Gignac (Clermont):** Pour les quatre, pour les quatre. Dans le fond, vous avez raison, vous avez le Centre de recherche.

**Mme Maltais:** Le Centre de recherche. Donc, ça va coûter 1 milliard... Quelle est la partie? On a comme un amalgame, là-dedans, là, on n'a pas de ventilation. Est-ce qu'il y a... Est-ce qu'on peut... Est-ce que vous connaissez la partie équipements, la partie TI, acquisition de terrain? Bon, on les a demandés à part, là, mais il y a une espèce d'amalgame, là-dedans, qui est quand même assez lourd, 1 531 000 000 \$ en une ligne.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Gignac

**M. Gignac (Clermont):** Effectivement. En gros, vous avez pour... de l'ordre d'à peu près... sur 1,5 milliard — puis ça, je... on pourrait vous transmettre, lundi, les chiffres, là, très ventilés — il y a à peu près 600 millions d'équipements neufs, O.K.? Parce que, si vous prenez le CHUM, c'est à... Sûrement que le CHUM, pour équiper, c'est à peu près 500 millions. Cependant, il faut que... 500 millions en valeur neuve... neuf. Si vous enlevez l'inventaire qu'on a là, il va falloir acheter pour à peu près 225 millions d'équipements neufs. Donc, si vous additionnez le CUSM, Centre de recherche, Sainte-Justine, ça donne le 600 millions d'équipements neufs qu'on va acheter, d'accord? En équipements informatiques, il y en a de l'ordre de 200 millions, 225 millions avec Sainte-Justine.

Ensuite, vous avez nécessairement toutes les dépenses, là, d'achat de terrain, de décontamination, tout ça. Je ne veux pas avancer de chiffre, là, mais c'est encore un bon montant. Mais on pourrait tout vous donner la ventilation de ça la semaine prochaine.

**Mme Maltais:** Bien, M. le Président, comme on a... si on pouvait simplement envoyer à la commission parlementaire, aux membres de la commission, le détail, ça nous permettrait un peu de ventiler ce 1,5 milliard.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, il y a engagement pour envoyer ces chiffres-là au secrétariat de la commission pour distribuer ça aux membres?

**M. Bolduc:** Oui. Toujours avec plaisir, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau, poursuivez.

**Mme Maltais:** M. le Président, je ne sais pas combien de temps il me reste avant la...

**Le Président (M. Sklavounos):** Il vous reste sept minutes, Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Ah, on a du temps! Bon. Alors... Merci beaucoup, M. Gignac, c'est gentil. Il n'y aura pas de séance longue sur le CHUM et le CUSM, on a réussi à... Il y a tellement, maintenant, de débats qu'il y a eu autour de ça, que moins on...

Ceci dit, moi, le PPP, ce n'est vraiment pas notre tasse de thé, et on ne pense pas que ça a été une bonne idée, mais je n'en ferai plus, de débat, on l'a eu déjà longuement là-dessus. Il y a simplement un désaccord de chaque côté de la table de la commission.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, vous voulez réagir?

**M. Bolduc:** Oui, bien, c'est juste pour dire: C'est normal. Les dossiers qui vont bien, habituellement, on n'a pas besoin de questions.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Allez-y, Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Oui, M. le Président. J'aimerais savoir si le ministre garantit encore l'échéancier.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** On est à l'intérieur des échéanciers encore, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Que veut dire «à l'intérieur des échéanciers»? Est-ce qu'il veut dire qu'il garantit encore la date de livraison à la même date? Est-ce qu'on est encore dans ce qui a été annoncé?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Décembre 2014 pour le CUSM, décembre 2013 pour le Centre de recherche du CHUM, et puis 2016 pour la première partie du CHUM, et 2018 pour la deuxième partie du CHUM.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

● (17 h 40) ●

**Mme Maltais:** Parfait. Merci, M. le Président.

Un autre sujet: les médecins qui quittent le réseau public. Il y en a de plus en plus, et c'est inquiétant. C'est drôle parce qu'au Québec on n'a pas fait le même choix qu'en Ontario. Nous, on a trois systèmes, hein? On a les médecins qui sont dans le réseau public; on a des médecins désengagés... Non, les médecins soumis à l'application de l'entente sont payés par la RAMQ, les médecins facturent à la RAMQ; on a le médecin désengagé, qui est rémunéré par ses patients, mais la RAMQ rembourse les patients; puis on a le médecin non participant payé par ses patients, là, vraiment, un médecin carrément dans le système privé. On a trois... On a une espèce de mixité.

En Ontario, eux autres, ils ont le praticien désigné puis le non désigné. Puis il y a quelqu'un qui vient de dire que «praticien désigné», bon, ça va, c'est directement la RAMO, l'équivalent de la RAMQ, là, la régie d'assurance maladie d'Ontario... Et il y a le praticien qui est non désigné. Lui, c'est directement... c'est dans le privé. Puis il y a quelqu'un qui a ouvert le débat sur: Au Québec, est-ce qu'on ne devrait pas adopter un peu le même système? J'aimerais ça entendre le ministre là-dessus, son opinion là-dessus.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** En pratique, des gens qui font payer le patient puis que le patient se fait rembourser par la RAMQ, à ma connaissance, il n'y en a presque pas ou c'est une pratique qui est presque inexistante au Québec. On va vérifier, mais c'est des nombres extrêmement minimes, là, c'est... À ma connaissance, c'est... En passant, ce n'est pas pratique pour le médecin: il faut qu'il charge le même prix, mais il n'a pas la facilité de facturer via l'informatique. On va vérifier, là, mais ce type de pratique là, il y en a très, très, très peu, O.K.?

**Une voix:** ...

**M. Bolduc:** Il y en a 19?

**Une voix:** Neuf.

**M. Bolduc:** Il y en a... Bon. On va... Est-ce qu'on s'entend... Est-ce qu'on s'entend que neuf sur 20 600 docteurs, c'est marginal? Puis je pense que... Je sais... Je ne peux pas comprendre pourquoi il y en a qui font ça, mais, s'il y en a qui le font, c'est leur choix. Mais on est d'accord que c'est marginal.

Donc, on demeure avec deux systèmes: le système de la facturation avec le public ou encore un médecin qui se désengage complètement et qui doit charger le... directement à son patient.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Par contre...

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

**Mme Maltais:** Oui. Trois minutes? On aura le temps de revenir. Par contre, le nombre de médecins désengagés, oui, qui sont désengagés... Attends un peu, là.

**Des voix:** ...

**Mme Maltais:** Le nombre de médecins non participants est en augmentation depuis quelques années. Ce qui est intéressant, c'est de voir le nombre d'omnis non participants. Et le nombre d'omnis non participants est aussi en augmentation. Quand on le voit juste en nombre comme ça, nombre d'omnis, ça paraît peut-être négligeable, mais c'est...

**Une voix:** ...

**Mme Maltais:** Merci, cher collègue. On en est à... Est-ce que tu as le chiffre ici? C'est quoi, le chiffre?

**Une voix:** ...

**Mme Maltais:** Il y a 251 médecins non participants. Des omnis, il y en a 175, médecins omnis non participants. 175 omnis non participants, ça n'a pas l'air beaucoup comme ça, mais, quand on sait que 25 % des Québécois, Québécoises n'ont pas de médecin de famille, c'est un gros chiffre. On se demande combien ça pourrait couvrir de personnes, des médecins... des omnis non participants. Or, si on prend une moyenne de patients par omni qui est de 1 250 — c'est vraiment une moyenne, là, c'est entre 1 000, 1 500, on peut dire 1 250 — bien, 160 — moi, j'étais sur le chiffre de 160 quand j'ai fait les calculs, je n'étais pas à 175, on a le chiffre dans les crédits — mais, à 160, multiplié par 1 250 patients, ça fait 200 000 personnes supplémentaires couvertes, 200 000 personnes supplémentaires couvertes par le régime public. Là, ces personnes-là sont couvertes... ces médecins-là couvrent des personnes dans le régime privé.

Est-ce que le ministre n'est pas... À cause de cette situation-là, là, puis en le voyant sous l'angle de...

**Le Président (M. Sklavounos):** Il faut laisser du temps pour la réponse, alors il faut arriver à la question si ça va être dans ce bloc.

**Mme Maltais:** Ah! Je suis sûre qu'on va revenir. De toute façon, je vais terminer ma question. Je veux vraiment avoir l'opinion du ministre. Est-ce que ça ne l'inquiète pas de voir que de plus en plus de médecins traversent vers le privé?

**Le Président (M. Sklavounos):** Très brièvement, M. le ministre, à moins que les ministériels ne consentent ça sur leur temps. Allez-y.

**M. Bolduc:** M. le Président, c'est un dossier que je surveille de très près, parce que moi, je suis vraiment propublic, et l'idéal, c'est que les gens pratiquent dans le public. Sans compter qu'il y en a qui jouent des games là-dedans: ils s'en vont dans le privé, ils veulent charger directement à leurs patients, ils ont des pratiques, des fois, qui sont plus faciles, sans compter les principes de forfait, et on en voit de toutes les couleurs là-dedans.

Sauf que la réalité par rapport aux 8 000 médecins qui pratiquent en médecine de famille, les 160, ça va être du marginal. Il faut savoir aussi que, dans les 160, il y en a plusieurs qui ont des pratiques qui ne sont pas nécessairement des pratiques habituelles de médecin de famille: c'est de l'esthétique, des pratiques, je vous dirais, un petit peu plus marginales. Mais, quand on parle du 160 et du 71, c'est souvent aussi des pratiques que les gens sont désassurés.

**Le Président (M. Sklavounos):** J'ai le consentement, M. le ministre, des ministériels pour que le reste de la réponse soit sur le temps des ministériels. Allez-y, continuez.

**M. Bolduc:** Oui. Donc, c'est qu'on surveille. Mais les gens voient ça comme un gros chiffre, puis souvent ils prennent un pourcentage. Il dit: Il y en a 10 % de plus, 5 % de plus, mais c'est sur un très petit chiffre. Là, ce qu'il faut voir, c'est le nombre de médecins de famille qu'on sort à chaque année, qui est beaucoup plus substantiel.

L'autre élément que l'on voit, c'est qu'il y a des patients qu'eux autres ils croient que le privé, c'est meilleur puis que, quand ils vont dans le privé, en payant, ils vont avoir un meilleur service. On peut leur laisser ce choix-là, mais ce n'est pas le choix de la majorité des Québécois. La majorité des Québécois veulent avoir un système public avec une bonne accessibilité et ils vont aller consulter le médecin au niveau du réseau public.

Chaque année, c'est 250 médecins de famille de plus. On va en former de plus en plus. Et ce qui est intéressant, c'est que meilleure est notre accessibilité dans le réseau public, moins il y a intérêt à avoir des cliniques privées. Excepté qu'il y a toujours des médecins qui veulent faire des pratiques différentes, et je pense que ça ne sera pas une grande tendance. Moi, j'aurais plutôt tendance à prédire que, dans cinq, six ans, les gens vont plutôt revenir dans le public.

Également, où on voit qu'il y a plus de médecins qui s'en vont dans le privé, c'est souvent dans la région de la Montérégie et de la région de Lanaudière, Laval, Laurentides, où il y avait une plus grande pénurie de médecins. Et, l'année dernière, on a annoncé des plans d'effectifs augmentés. Cette année encore, ils vont avoir plus de médecins, et, au cours des prochaines années, on devrait être capables de suffire à la demande.

Troisième élément, c'est que nos ententes avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec qui ont été signées font qu'actuellement il y a plusieurs médecins de famille au Québec qui ont décidé de reprendre des nouveaux

patients, et ça s'inscrit vraiment, là, de façon très significative. J'en parlais avec le Dr Louis Godin, ils ont tous été surpris de voir le nombre de patients qui s'inscrivent actuellement à cause de la nouvelle entente où on paie les patients qui sont pris en charge par les médecins de famille lorsqu'on passe par notre guichet unique.

Donc, je pense que l'histoire qu'il y a de la pénurie de médecins de famille, c'est en voie de se corriger. Ça va se corriger progressivement. Plusieurs raisons: premièrement, c'est qu'il y a plus de médecins de famille sur le marché du travail; l'organisation du travail est différente, dont, entre autres, l'arrivée des infirmières cliniciennes dans les GMF et les infirmières praticiennes spécialisées; troisièmement, le mode de rémunération que les gens nous disaient qu'ils ne pouvaient plus prendre de nouveaux patients, bien, avec le nouveau mode de rémunération — grande surprise — il y en a plusieurs qui prennent plusieurs patients.

**Mme Maltais:** Ça va, merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** On est sur le temps des ministériels. J'attends la prochaine question. Mme la députée de Hull.

**Mme Gaudreault:** Oui, merci beaucoup, M. le Président. Alors, bonjour à tous. Tous ceux qui étiez ici hier, bienvenue aujourd'hui encore.

Moi, je veux continuer sur le dossier des immobilisations puis revenir un peu à ce qui s'est dit hier en... Presque en tout début de session de travail, il y a le député de Beauharnois qui est venu nous voir pour présenter un projet d'immobilisations qui... Pour lui, c'est interminable, les délais, puis il n'y avait toujours pas de date. Il y avait aussi le député de Shefford qui a présenté aussi un projet de chez lui.

Donc, pour nous autres, les députés, c'est très important, le développement des immobilisations dans nos comtés parce que c'est un service de proximité, c'est une mission première de l'État. Et c'est sûr qu'à titre de députés ils avaient raison de faire ça hier, parce qu'on suit le cheminement de nos dossiers auprès du ministre et auprès aussi des membres de son cabinet, quelquefois même auprès des différents fonctionnaires, surtout auprès des directeurs de nos agences puisqu'ils sont là, déployés dans toutes les régions du Québec, puis qu'ils sont vraiment un lien direct avec le cabinet et le ministère.

Alors, ceux qui veulent abolir ce réseau de... qui est déployé partout, moi, je pense qu'ils font preuve d'une grande méconnaissance de toutes les fonctions, de tous les objectifs qui sont remplis par ces agences-là partout. En tout cas, moi, je parle, personnellement, pour l'Agence de la santé et des services sociaux en Outaouais.

Moi, j'ai été élue en mai 2008 et, déjà, un mois plus tard, j'avais le bonheur de faire la première pelletée de terre de l'urgence de mon hôpital. Pas que j'ai fait des miracles, là, parce qu'il y avait beaucoup de travail qui avait été fait en amont, mais j'étais très contente de faire ça, parce que c'était un projet qui attendait depuis longtemps, dont les citoyens avaient très hâte de voir se réaliser, le personnel aussi. On parle souvent des citoyens, mais le personnel, là, avoir une nouvelle infrastructure dans laquelle on réorganise, aussi, l'organisation du travail, ces gens-là, ça les motive énormément à être encore meilleurs dans le réseau.

Alors, moi, j'avais fait la première pelletée de terre en juin 2008 et l'inauguration, en compagnie du ministre, en juin 2010. Deux ans. Seulement deux années pour réaliser ce projet-là qui est encore un modèle et qui est encore très, très apprécié par les citoyens, et tout ça.

Alors, moi, je veux vous amener sur le cheminement des projets immobiliers pour que, justement, mes collègues, et nous aussi, parce que nous ne sommes pas des experts... pour savoir comment un projet... Vous avez parlé hier d'un nouvel hôpital à Vaudreuil-Soulanges. Vous avez parlé déjà de 2018. Mais il faut savoir quelles sont les étapes qui nous mènent d'aujourd'hui à 2018. Et on sait que la gouvernance des projets, bien, de ce genre-là, il y a eu une belle politique-cadre qui a été préparée par le Conseil du trésor. Et moi, j'aimerais vous entendre, là, M. le ministre, ou un de vos experts, nous parler de, justement, les grandes lignes de cette politique-cadre, précisément en matière d'immobilisations dans le domaine de la santé: quelles sont les étapes, quels sont les intervenants, aussi, qui font en sorte... qui sont impliqués, là, puis leur rôle, et tout ça. Alors, on voudrait être éduqués à cet égard-là. Merci.

● (17 h 50) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Par contre, j'aimerais amener une complémentarité d'information. On parlait de la belle urgence de Hull, que j'ai eu l'occasion de visiter puis que j'ai eu l'occasion de revoir à quelques reprises. Mais également on a fait, il y a deux ans, la pelletée de terre de celle de Gatineau... et que nous avons d'ailleurs inaugurée au mois de juin. Je suis allé la visiter il y a environ un mois, puis les travaux vont très bien. Donc, on peut dire que l'Outaouais, avec les deux grands projets, le centre d'oncologie... qu'il y a eu des beaux projets qui ont été réalisés, mais il en reste encore à réaliser, puis comme dans chacune des régions, d'ailleurs. Je pense que chacune des régions a le droit d'avoir ses projets pour s'améliorer.

Pour ce qui s'agit des étapes, je vais les donner grossièrement. Puis, pour la politique, on va demander à M. Sylvain Périgny de l'expliquer.

La première chose, il faut qu'il y ait un besoin. Donc, lorsqu'on constate... Puis on va prendre l'exemple de l'Hôpital Vaudreuil-Soulanges, là, que c'est un dossier qui, actuellement, va très bien. On constate que, dans la région de Vaudreuil-Soulanges, il y a une population de 130 000 qui va augmenter à 180 000. 50 % de la population consulte à l'hôpital du Lakeshore puis 50 % va à l'Hôpital du Suroît qui, lui-même, est un hôpital qui est en surcharge, on en parlait hier. Et c'est un secteur où la croissance de la population est énorme.

Donc, c'est évidemment que, lorsqu'on fait l'étude, c'est que ça va nous prendre des nouvelles infrastructures, et là on évalue que ça prend un nouvel hôpital au niveau du CSSS. On va faire... d'abord demander à ce qu'il y ait un projet de

déposé avec une analyse des besoins, de population, également c'est quoi, les services qui vont avoir besoin d'être installés. Une fois qu'on a eu ce rapport, on va le faire étudier au ministère... au niveau de l'agence, dans un premier temps, au niveau du ministère et on va aller chercher ce qu'on appelle un avis de pertinence. Une fois qu'on a l'avis de pertinence, bien, à ce moment-là, on travaille au niveau des équipes de l'établissement, de l'agence et du ministère pour réaliser le projet pour faire une première ébauche du projet qui devrait être fait, et, par la suite, bien, il y a les autres étapes qui vont jusqu'à fin, à l'annonce du projet. Puis, une fois que le projet est annoncé, là, on réserve l'argent dans notre PQI, plan quinquennal d'investissement et d'immobilisations. Et, une fois que le projet est annoncé, on va faire les plans et devis finaux et, par la suite, c'est les premières pelletées de terre, début de construction. Puis généralement des projets, c'est entre deux et quatre ans de construction.

Donc, ce sont les étapes grossières que je viens de vous donner. Mais on va demander à M. Périgny de venir nous expliquer comme il le faut c'est quoi, la politique-cadre, parce que c'est une politique qui est très rigoureuse, qui nous permet, il faut se le dire... qu'actuellement on est à l'intérieur des budgets de nos projets, à l'intérieur également des délais au niveau des échéanciers.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, sur le même consentement pour entendre M. Sylvain Périgny, à moins que j'entende le contraire. Ça va? M. Périgny, vous n'avez pas à vous représenter. Allez-y directement à la question.

**M. Périgny (Sylvain):** Bonjour. Donc, effectivement, le processus des grands projets est un processus qui est de plus en plus suivi dans le cadre des projets santé et services sociaux. Le seuil est établi à 40 millions et c'est un seuil, en matière de santé, dans la mesure où le niveau d'intervention qu'on a à faire pour remettre à niveau nos immobilisations, c'est un seuil qui est atteint très rapidement.

Donc, on a quelques projets qui s'inscrivent dorénavant dans le cadre de la politique-cadre, dans le cheminement de la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique. On y fait souvent référence, mais on y fait souvent référence par des acronymes, DPS, DAI. Donc, je pourrais profiter de l'occasion pour expliquer un peu en quoi ça consiste, ces documents qui, souvent, sont cités, mais sans qu'on ait vraiment une compréhension précise de ce que ça peut représenter.

Juste pour vous mettre en contexte avant d'aller plus loin, la politique-cadre des grands projets d'infrastructure publique existe depuis l'automne 2008. En 2010, suivant la création d'Infrastructure Québec, il y a eu une révision, mais les objectifs de la politique-cadre demeuraient toujours les mêmes, évidemment, étaient d'abord une planification rigoureuse et serrée dans les grands projets d'infrastructure publique, autant en termes de risques, de coûts, d'échéancier et d'entretien des installations une fois qu'elles sont livrées. La politique-cadre des grands projets donne un rôle, aussi, important à Infrastructure Québec, j'y ai fait référence tantôt. Infrastructure Québec est le partenaire avec lequel le réseau collabore pour, justement, élaborer et définir les dossiers d'affaires initiaux, les dossiers d'affaires finaux permettant la réalisation et une planification rigoureuse des projets.

Les organismes qui sont assujettis à la politique-cadre, évidemment, il y a les organismes du réseau de la santé, donc ceux qui sont assujettis à la Loi sur les contrats des organismes publics, mais il y a également l'Agence métropolitaine de transport et tout autre organisme aussi qui pourrait être désigné par le gouvernement. Donc, c'est quelque... c'est un processus qui s'applique non pas seulement au réseau de la santé, mais à l'ensemble des entités publiques, ou autres, désignées par le gouvernement.

Les projets qui sont visés par la politique-cadre, j'y faisais référence tantôt, on parle de 40 millions, 40 millions et plus. Et le 40 millions doit inclure autant les coûts de construction, évidemment, les coûts d'équipements, les coûts de services professionnels, les honoraires, les frais d'intérêt, les frais de financement temporaire. Donc, c'est un... tout est inclus dans le seuil de 40 millions.

Peu importe l'étape... Peu importe le projet, à savoir est-ce que c'est un projet, je veux juste dire, que j'appellerais régulier, qui, pour nous, est entre 5 et 40 millions, ou un projet, un grand projet, donc, de 40 millions et plus, pour nous, la première étape, puis le ministre l'a souligné tantôt, c'est la reconnaissance du besoin. Donc, avant qu'un établissement investisse des sommes dans la réalisation de dossiers d'affaires quelconques ou de programmes fonctionnels et techniques, nous, ce qu'on juge important et incontournable au ministère, c'est qu'il y ait un besoin qui soit reconnu à la base, de sorte que l'établissement aura une assurance que le projet qu'il va développer, il ne le développera pas sans qu'il y ait un besoin qui soit reconnu par les autorités des agences régionales et, évidemment, du ministère de la Santé. Donc, peu importe le projet, en haut de 5 millions, c'est une étape, pour nous, qui est très importante et qui n'est pas nécessairement présente dans la politique-cadre des grands projets, mais qui... pour laquelle, nous, on tient... et qu'on maintient dans nos processus de gestion.

La politique-cadre, plus précisément les étapes qu'elle prévoit, c'est trois étapes: dossier de présentation stratégique, dossier d'affaires initial et dossier d'affaires final. Je vais vous expliquer plus en détails qu'est-ce que ça représente.

La première étape de la politique-cadre, l'étape dossier de présentation stratégique, en quelque sorte, reprend un peu l'expression du besoin qu'on demande, nous, à l'étape d'avis de reconnaissance du besoin. C'est le... et c'est... Évidemment, dans le cadre de la politique... en vertu de la politique-cadre, c'est une... tout est formaté selon les standards établis par le Secrétariat du Conseil du trésor. Mais, bref, ça vise la définition du besoin, grosso modo, quels pourraient être les scénarios pour répondre à ce besoin, mais c'est vraiment une analyse de premier niveau qui permet tout simplement de camper quel est le besoin, quelles pourraient être des options potentielles.

Un dossier de présentation stratégique est réalisé, évidemment, en collaboration avec Infrastructure Québec. Nous avons l'obligation, lorsqu'on initie le processus des grands projets, de faire une demande d'association à Infrastructure Québec, et évidemment ils nous conseillent, ils nous recommandent l'acceptation ou non d'un dossier d'affaires lorsque vient le temps de l'approuver.

Le dossier de présentation stratégique est un document qui, une fois jugé conforme par les équipes ministérielles et d'Infrastructure Québec, est approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, lequel a autorité pour passer à l'étape suivante, qui est le dossier d'affaires initial.

● (18 heures) ●

Donc, l'étape dossier d'affaires initial, c'est vraiment là que l'identification des options se précise et que le mode de réalisation se précise également par rapport à la définition d'un projet. Donc, en gros, on élabore un programme fonctionnel et technique qui est un ouvrage visant à définir quelles sont les attentes en matière de programmation autant fonctionnelle que technique. On définit quelle... Parmi les différentes options qui sont étudiées, on définit, dans le dossier d'affaires initial, quelle serait l'option favorisée. On définit par le fait même... Tantôt, j'évoquais les... on discutait par rapport au mode de réalisation. On vient porter un jugement, il y a une... faire une recommandation sur quel pourrait être le mode de réalisation qui serait... qui devrait être priorisé en fonction d'études, comme j'expliquais préalablement. Et, finalement, le dossier d'affaires initial prévoit les coûts qui sont prévus pour l'étape subséquente, qui est le dossier d'affaires final.

Une particularité. Tantôt, j'évoquais que le dossier de présentation stratégique ne requiert que l'autorisation du ministre et d'Infrastructure Québec. Ici, le niveau d'autorisation, d'approbation du dossier d'affaires initial est un peu plus exigeant: le Conseil du trésor en fait une revue diligente par un comité d'experts indépendants. Évidemment, il y a le conseil d'administration d'Infrastructure Québec aussi qui porte un jugement et qui approuve le dossier d'affaires.

Et, une fois ces étapes franchies, le ministre présente au Conseil du trésor et au Conseil des ministres un mémoire pour faire approuver, justement, le passage à l'étape subséquente qui est, dans ce cas-ci, le dossier d'affaires final. Donc, essentiellement, le dossier d'affaires initial, c'est le programme Fonctionnalité techniques avec une analyse particulière au niveau des risques, des modes de réalisation et d'option qu'il privilégie.

La troisième étape, qu'on appelle le DAF, qui est le dossier d'affaires final, évidemment, la première chose qui est réalisée, au dossier d'affaires final, c'est une analyse de la valeur de l'option qui est favorisée. Donc, avec des experts, on remet en question, on essaie d'optimiser la solution qui a été retenue au dossier d'affaires initial pour justement en avoir le plus possible pour notre argent.

Par la suite, les plans et devis sont initiés, les plans et devis préliminaires, les plans et devis définitifs. C'est à cette étape qu'on définit les modalités de gestion de projet. On définit les types de projets, la structure de gouvernance et évidemment le coût en immobilisations, j'allais l'oublier. C'est à partir de ce moment-là que le coût devient cristallisé et en vertu duquel on va chercher les autorisations pour passer à la phase exécution.

Encore une fois, dans le processus d'approbation, on a l'étape de la revue diligente par des experts indépendants, on a l'étape du conseil d'administration et d'Infrastructure Québec, qui prend position sur la qualité du dossier, on a le mémoire présenté par le ministre au Conseil du trésor et au Conseil des ministres, et, une fois approuvé par le Conseil des ministres, nous sommes en mesure... le ministre est en mesure d'autoriser la phase exécution du projet. Donc, c'est un processus qui est rigoureux et qui prône les bonnes pratiques en matière de planification et de gestion de projet.

Une particularité dans la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets, c'est qu'un comité de suivi est imposé en vertu des processus justement pour... qui a pour mandat d'assurer le bon... de veiller au bon déroulement du projet. Le comité de suivi se met en place selon la politique lorsque le projet est mis à exécution. Et autant l'établissement, l'agence régionale, le ministère, Infrastructure Québec et, au besoin, le Conseil du trésor peuvent siéger sur ce comité de suivi. Donc, l'ensemble des parties prenantes sont toujours au fait de l'évolution des travaux et en mesure d'informer leurs instances respectives si on anticipe des problématiques.

Une autre particularité de la politique-cadre, une fois le dossier... une fois l'exécution autorisée, dans la mesure où il y a un dépassement de coûts de plus de 5 %, ce qui n'est pas souhaité, nous, on vise 0 %, mais il y a une disposition qui est prévue à l'effet qu'au-delà de 5 % on doit aller informer le Conseil des ministres. Donc, c'est une disposition qui incite à la bonne gestion des projets.

**Le Président (M. Sklavounos):** Ça va? Alors, il reste une trentaine de secondes. Faire un petit commentaire, après ça, je vais suspendre.

**Mme Gaudreault:** Je veux juste vraiment remercier M. Périgny pour vraiment tous les détails de sa réponse. Je trouve ça dommage que mes collègues n'aient pas été ici pour entendre la réponse, parce que ça a l'air très facile de dire au ministre: Bien oui, mais pourquoi vous ne pouvez pas me donner de date? Puis pourquoi est-ce que mon dossier n'est pas réglé, et tout ça? Lorsqu'on entend vraiment l'ensemble des étapes, la rigueur avec laquelle tous ces dossiers-là sont examinés, sont... lorsqu'on arrive à l'étape finale d'autorisation, c'est vraiment un succès incroyable. Même cette politique-là veille à ce qu'il n'y ait pas de dépassement de coûts.

Moi, à titre de membre de l'Assemblée nationale — c'est aussi une de nos responsabilités, hein, la gestion des deniers publics, que l'on soit du côté ministériel ou du côté de l'opposition, c'est quand même les deniers de notre population, en tout cas — je veux vous remercier pour, vraiment, cette rigueur que vous amenez dans l'analyse de tous les dossiers, et je reviendrai plus tard, M. Périgny, pour vous poser d'autres questions. Voilà.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Hull. J'apprécie qu'on ne souligne pas l'absence de personne en commission. Mais ce n'est pas la fin du monde.

Compte tenu de l'heure, on va suspendre nos travaux jusqu'à 19 h 30. On sera de retour dans la même salle, vous pouvez laisser vos affaires personnelles car la salle sera sécurisée. Merci.

(Suspension de la séance à 18 h 5)

(Reprise à 19 h 33)

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! La commission reprend ses travaux ici, à salle Louis-Joseph-Papineau de l'Assemblée nationale. Je vais demander à toutes les personnes de bien vouloir prendre un moment afin d'éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires et à prendre place dans la salle.

Je vous rappelle que la commission est réunie afin de terminer l'étude des crédits budgétaires du volet Santé relevant du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2012-2013. Il est présentement 19 h 3... 19 h 33. Et, lorsque nous allons terminer nos travaux, il sera 22 h 33.

Avant de poursuivre nos travaux, je vous informe du temps approximatif qu'il reste à chaque groupe parlementaire pour l'étude de ce programme: pour l'équipe formant le gouvernement, 1 h 24 min; pour l'opposition officielle, 1 h 33 min. Et nous allons commencer avec un bloc de l'opposition officielle pour cette partie. Alors, je cède sans plus tarder la parole à Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci, M. le Président. On va continuer sur le sujet qu'on a abordé tout à l'heure, c'est-à-dire les médecins qui quittent le réseau public. J'aimerais savoir si le ministre a envisagé des mesures pour ramener vers le réseau public les médecins qui ont décidé de devenir non participants à la RAMQ. Est-ce qu'il y a une réflexion là-dessus au ministère de la Santé et des Services sociaux?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. C'est un nombre tellement marginal que, pour le moment, il n'y a pas lieu d'intervenir. Mais c'est certain qu'advenant le cas qu'il y aurait un départ massif vers la pratique privée, à ce moment-là, comme ministre, j'aurais le devoir d'intervenir. Mais le nombre est minime, c'est 160 médecins en médecine de famille sur un nombre plus grand que 8 000. Donc, je pense qu'à ce moment-là on peut laisser la liberté aux gens de choisir. Et qu'est-ce que j'entrevois dans l'avenir avec une meilleure accessibilité dans le réseau de la santé, avec le nombre de médecins de famille qui va sortir dans les prochaines années, je pense même que, pour les cliniques privées, ça peut devenir difficile à fonctionner, parce qu'on devrait avoir une meilleure offre en termes d'accessibilité au niveau du réseau public.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Oui, mais, M. le Président, il y a peut-être un nombre qui semble petit, mais sauf que la croissance, elle, elle est très forte; ça a augmenté depuis trois ans de façon très forte. C'est pourquoi je pense qu'il devrait y avoir une évaluation, et le côté optimiste du ministre m'étonne un peu. Quand je vois la courbe, moi, ça m'inquiète.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, c'est que ça a l'air d'être une grosse augmentation parce que le chiffre est petit, ça fait que, même si c'est un petit nombre, compte tenu que le nombre est encore plus petit, ça fait un pourcentage... puis je vais vous donner un exemple: cinq médecins sur 100, c'est 5 %, mais deux médecins sur cinq, c'est 40 %. Donc, quand vous regardez le chiffre, ce n'est pas un grand nombre qui, à chaque année, choisit le privé. Et, par contre, en termes de pourcentages, ça peut avoir l'air beaucoup parce que c'est... C'est tout simplement parce que le chiffre est trop petit. Ce qu'il faut penser, là... Supposons qu'on passe de 100 médecins sur 8 000 à 107 médecins, ou 115, ou 120 médecins sur 8 000, ça ne fait pas un gros pourcentage d'augmentation par rapport au 8 000 et non pas par rapport au nombre réel de médecins qui sont non participants.

De plus, la loi me permettrait, advenant le cas que ça serait un problème, de pouvoir intervenir et de demander à ce qu'ils puissent réintégrer le réseau de la santé, mais, actuellement, au nombre qui ont choisi la pratique privée sur le grand nombre qui ont choisi la pratique publique, il n'est pas nécessaire d'intervenir.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** La question qui se pose — même si je ne suis pas d'accord avec l'analyse du ministre, là, je n'ai pas parlé en termes de pourcentage puis en termes de nombre — c'est que, quand les médecins sortent vers le privé, ils vont où ils veulent, absolument. Mais, en général... D'ailleurs, on a des PREM qui sont très, très vastes, on a des PREM régionaux. Ce que ça peut donner comme résultante, c'est que, par exemple, l'est de Montréal est absolument desservi en nombre de médecins de famille... Je ne parle pas... On a parlé hier des hôpitaux... Hier, il me semble, après ce nombre d'heures en étude de crédits, il y a une semaine. Mais on a parlé de l'est de Montréal où il y a vraiment un déficit en matière de présence de médecins omnibus. Ne serait-ce qu'ici, ici, au centre-ville de Québec, c'est difficile d'aller voir un médecin ou d'avoir un médecin de famille au centre-ville, en basse-ville, mais pourtant s'y établissent des cliniques médicales privées, vraiment.

Alors, en sus de cette réflexion sur les médecins qui quittent vers le privé, est-ce que le ministre a commencé à réfléchir à cette disparité régionale... En fait, la disparité, elle est régionale, ça fait qu'il peut y avoir sous-régionalement. Par exemple, je pense à la région de Lanaudière où, dans le nord, on manque de médecins d'une façon effrayante, puis les nouveaux médecins qui arrivent, bien, ils s'orientent vers Lanaudière Sud. Alors, ça fait que, même si tu accumules puis que tu remplis ton PREM, ta région nord, elle est... elle demeure absolument... il y a un vide, il y a une absence de médecins de famille.

Est-ce qu'il y a une réflexion dans le ministère sur la présence des médecins, leur répartition sur le territoire?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui, absolument. D'ailleurs, c'est un des indicateurs qu'on regarde le plus souvent, c'est la répartition interrégionale, la répartition également à l'intérieur de la région, et je vous dirais même qu'on regarde encore plus, c'est qu'on regarde aussi où se localisent des cliniques par rapport aux CSSS.

Vous avez pris deux exemples, puis je vais les reprendre. Le premier, c'est l'est de Montréal. La problématique de l'est de Montréal, dans un premier temps, c'est qu'il y avait des médecins qui pratiquaient en solo qui, il y a quelques années, ne croyaient pas dans le projet des groupes de médecine de famille. Nous avons travaillé avec quelqu'un qui s'appelle Jacques Ricard, qui est maintenant rendu directeur régional des affaires médicales en Montérégie, et Dr Ricard, pendant une année de temps, a travaillé avec les gens de Montréal pour les amener à avoir des projets de clinique dans lesquels les médecins se regroupaient puis travailleraient en groupes de médecine de famille.

Et je peux vous dire que, l'année dernière, on en avait sept ou huit d'annoncés. Juste pour vous donner un exemple comme ça change, la pratique dans l'est de Montréal, bien, hier, j'ai signé deux nouveaux groupes de médecine de famille pour l'est de Montréal. Donc, c'est vraiment quelque chose qui a changé au niveau de la pratique. Si vous n'êtes pas en groupe de médecine de famille et vous travaillez pas d'infirmière, vous ne serez plus capables de recruter des médecins. La réponse est aussi simple que ça.

● (19 h 40) ●

Ça fait que, d'abord, il fallait changer l'organisation des services. De plus, je l'ai dit, l'est de Montréal, par rapport à la répartition qui se faisait à l'intérieur de la région de Montréal, il avait l'air d'y avoir une disparité, ça fait que là on fait un projet spécial pour s'assurer que l'est de Montréal ait bien le nombre de médecins requis et, même s'il faut leur en donner un peu plus, on va le faire. Parce que, comme de fait, l'endroit qui était le moins bien desservi au Québec en termes de nombre de médecins de famille, c'est l'est de Montréal. Donc, on prend les mesures pour corriger ça.

En plus de ça, on regarde, avec l'est de Montréal et les trois CSSS, où on pourrait installer des cliniques médicales pour que ce soit bien réparti géographiquement sur le territoire, et on travaille avec les médecins qui, eux autres, en sont les promoteurs, pour installer les médecins de façon à ce que géographiquement, de façon acceptable, les cliniques soient bien réparties sur le territoire. Donc, c'est un travail que nous avons commencé voilà quatre ans et que, cette année, ça nous donne déjà des bons résultats. La preuve: hier, j'ai signé deux nouveaux groupes de médecine de famille que ça va d'ailleurs me faire un plaisir d'aller annoncer bientôt.

Quand on prend Lanaudière, bon, pour ce qu'il s'agit de Lanaudière, il y a la région de Lanaudière, mais il y a deux CSSS: un qui est Lanaudière Sud, 250 000 personnes; l'autre qui est Lanaudière Nord, qui est 204 000 personnes. Là, je vous parle des chiffres de 2012. Ça fait qu'à ce moment-là les médecins qui sont attribués à Lanaudière Nord ne peuvent pas aller pratiquer dans Lanaudière Sud, parce que c'est à l'intérieur du CSSS qu'on fait la répartition des médecins. Par contre, lorsqu'on arrive sur la répartition sur le territoire de Lanaudière Nord, parce que c'est un grand territoire, à ce moment-là, au niveau du CSSS, eux autres aussi, il faut qu'ils aient une approche de travailler avec les cliniques médicales et s'assurer que, géographiquement, il y a une bonne répartition des médecins.

La bonne nouvelle encore là pour les gens de Lanaudière: voilà trois ans, je suis allé faire l'inauguration de la nouvelle unité de médecine de famille à Lanaudière Nord, et en même temps on en a faite une nouvelle également à Lanaudière Sud. Auparavant, ils ne remplissaient pas leurs plans d'effectifs médicaux. Actuellement, avec la formation de l'unité de médecine de famille, leurs effectifs médicaux sont complets, c'est-à-dire que, quand on leur octroie un certain nombre de médecins, ils réussissent à les recruter complètement. Et actuellement, c'est pour ça que je vous dis qu'au cours des trois prochaines années on devrait être capables de combler une bonne partie des effectifs médicaux sur le territoire du Québec.

Donc, la façon de travailler, c'est ce que vous m'avez demandé, et c'est ce qu'on fait, et c'est vraiment depuis quatre ans. Puis je peux même vous dire qu'on va plus loin que ça. On a fait faire ce qu'on appelle la cartographie de chacun des CSSS sur laquelle on a le positionnement de chacune des cliniques, également est-ce qu'elles sont groupes de médecine de famille, cliniques-réseaux ou cliniques médicales. Et on a même le nom de chacun des médecins qui pratiquent à l'intérieur de chacune des cliniques et ce qu'on veut, c'est le modèle d'essayer d'avoir des cliniques, lorsque la population le permet, des cliniques avec 15 médecins qu'on dit, plus ou moins cinq, c'est-à-dire entre 10 et 20 médecins dans lesquelles on fournit les groupes de médecine de famille. Merci de m'avoir permis de faire ce point-là, parce que c'est un point qui est passionnant.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** C'est parce que je comprends que le ministre dit que ça fait quatre ans qu'il travaille là-dessus, mais, moi, à ce que je sache, dans les zones où il parle actuellement, il y a encore de graves disparités, il y a encore un gros manque d'accessibilité de médecine de famille. Il a parlé d'un projet spécial à Montréal. Quelles sortes de mesures il veut appliquer pour essayer de régler le problème de l'est de Montréal?

Je comprends que deux groupes de médecine de famille, c'est bien, mais quelles sortes de mesures il va vouloir appliquer pour Montréal?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Dans un premier temps, c'est qu'on va travailler au niveau de ce qu'on appelle le pôle est de Montréal. En plus, on va prendre le secteur de Ahuntsic—Montréal-Nord pour l'Hôpital Fleury, et puis également le CSSS de Coeur-de-l'île où est l'Hôpital Jean-Talon. Mais ce qu'on veut regarder, c'est en termes de nombre de médecins puis de cliniques. Premièrement, est-ce qu'on est capables de regrouper la plupart des médecins à l'intérieur de cliniques? Je pense

que c'est réalisable sur quelques années, mais également on veut voir si, géographiquement, est-ce qu'il y a des endroits... ce qu'on appelle un trou de service, et là on veut travailler avec des promoteurs. Et, s'il le faut, là, on va travailler avec l'est de Montréal, s'il le faut, à ce moment-là, on va encourager là les plans d'effectifs sur une base temporaire de peut-être leur octroyer un nombre différent de médecins, mais ça on va le travailler avec le DRMG de Montréal pour s'assurer qu'on couvre les services à ces endroits-là.

De plus, ce qu'on fait, c'est qu'au niveau de cliniques on regarde pour avoir des plateaux techniques tels que la radiologie, également avoir des ententes avec les établissements pour que, si on a besoin de référer les patients à l'hôpital, lorsqu'on est ouverts le soir, la fin de semaine, que ce soit plus facile via ce qu'on appelle le mécanisme d'accueil clinique.

Donc, c'est toutes les mesures que nous sommes en train de mettre en place dans l'est de Montréal. Et également, dans l'est de Montréal, on regarde aussi au niveau de l'organisation en santé mentale dans laquelle le centre Louvain devrait jouer un rôle important, et également d'avoir des équipes de première ligne, ce qu'on appelle suivi variable ou intensif dans la communauté. Donc, c'est tout un plan pour Montréal.

De plus, ce qu'on regarde à Montréal, c'est une collaboration entre Santa-Cabrini et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont où, comme on en a parlé récemment, il y a une possibilité d'ouvrir plus de lits à Santa-Cabrini, donc il y aurait une possibilité de prise en charge ou que Santa-Cabrini puisse prendre un peu plus d'ambulances pour décharger Maisonneuve-Rosemont qui... C'est un hôpital qui est en surcharge actuellement, comme vous l'avez dit hier.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Est-ce que le ministre a évalué ou le ministère a évalué la pertinence dans certains endroits, dans certaines régions où on n'arrive pas à régler le problème, de faire des PREM sous-régionaux? Je pense à des régions comme, par exemple, ici, Capitale-Nationale, où tu as Portneuf où ça peut être beaucoup plus difficile. PREM sous-régionaux, comprenez bien, là.

**M. Bolduc:** Mais ce que l'on fait, c'est qu'on attribue des nouveaux facturants. On attribue des nouveaux facturants non pas à la région, mais au CSSS. Puis de la façon que, si c'est celle... exemple, ici, dans la Capitale-Nationale, il y avait des nouveaux facturants qui pouvait être attribués au CSSS de Charlevoix et au CSSS de Portneuf pour éviter que les gens viennent pratiquer toujours dans le centre-ville de Québec. Donc, ça, c'est déjà des ententes qui ont été prises avec la région puis l'agence de la Capitale-Nationale.

**Mme Maltais:** Combien de temps est-ce qu'il faut qu'ils restent, ces médecins-là, c'est nouveaux facturants là?

**M. Bolduc:** Généralement, après un an, ils ont possibilité d'avoir une mobilisation, mais on pourrait vous référer le détail. C'est une année puis, après ça, ils peuvent faire une... ils ont une certaine mobilité. Mais, par contre, pour avoir parlé avec les gens du CSSS de Portneuf, le recrutement a quand même mieux été au cours des dernières années. Charlevoix, c'est toujours un peu difficile, mais, s'il faut, on le redonne à chaque année. Donc, à ce moment-là, ils sont capables de recruter, puis il y a des gens qui sont capables de travailler localement.

**Mme Maltais:** Ça illustre très bien le problème qui n'est pas réglé pas les nouveaux facturants. C'est pour ça que je parle de l'éventualité de faire des PREM sous-régionaux. C'est-à-dire que ce qui arrive, là, véritablement, dans des régions comme Portneuf, c'est qu'après un an, bien, ils s'en viennent au centre-ville, ils ont le droit. Ça fait que, là, on en recherche un nouveau dans Portneuf, on l'amène dans Portneuf et, après un an, il est revenu au centre-ville. Et pas vraiment au centre-ville, ça va être plus dans les régions où il y a déjà, en plus, d'autres médecins. Alors, c'est vraiment un problème.

C'est pour ça que moi, je parle depuis un bout de temps de cette possibilité d'avoir des PREM sous-régionaux pour les régions aussi. À un moment donné, là, on parle du facturant puis on parle de tout ça, mais le payeur, c'est le contribuable, et le contribuable, à un moment donné, quand il y a des zones de vacuité de service, là, où il n'y en a plus, de service d'accessibilité... il va falloir, à un moment donné, prendre les mesures nécessaires, parce que c'est le contribuable qui paie le médecin.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Là, de toute façon, ce qui arrive avec le nombre de nouveaux médecins qui sortent déjà sur le marché, parce qu'on a augmenté les cohortes au niveau des étudiants, on voit déjà un effet dans toutes les régions, puis je vais vous donner un exemple. J'étais récemment à la Montérégie. On faisait une annonce à Pierre-Boucher, puis il y a un médecin de famille qui est venu me voir pour savoir si, l'année prochaine, l'année serait aussi bonne que cette année en termes de recrutement des médecins. Et je lui ait dit que l'année devrait être encore meilleure tout simplement parce que, cette année, il va sortir plus de médecins de famille que l'année dernière. Et, dans deux ans, dans trois ans, ça va toujours en progression.

Donc, sans faire de mesures coercitives, parce qu'il ne faut pas oublier que les mesures coercitives également, ça a ses limites, je peux vous dire qu'au cours de prochaines années on commence à avoir de plus en plus de médecins. Et on devrait être capables de combler une bonne partie des effectifs médicaux.

Sauf qu'il y a des endroits, un exemple, dans l'est de Montréal, où, si l'organisation de services n'avait pas changée, ce serait encore difficile de recruter. Donc, ça prend une meilleure organisation de services. Et surtout les médecins maintenant veulent travailler en groupe dans une clinique, en groupe de médecine de famille et avec d'autres professionnels. Puis également ils sont prêts à travailler le soir et les fins de semaine, mais à condition de partager ces soirs et ces fins de semaine avec les autres médecins.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Il va y avoir trop de médecins dans combien d'années au Québec?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** On ne parle pas de trop de médecins; on va atteindre un point d'équilibre. En spécialité, dans à peu près trois à cinq ans, la majorité des spécialités devrait être en équilibre, et là je pense que ça vaudrait la peine de faire le point, parce qu'il y a eu un article, la semaine dernière, qui disait qu'on était en surplus de médecins, ce qui correspond, disons, au nombre d'étudiants qu'on sort. Comme de fait, à un moment donné, il va y avoir des médecins en bonne quantité.

Certaines spécialités, on parle de chirurgie générale, l'urologie, l'ophtalmologie, la chirurgie orthopédique, ce sont des spécialités qui, actuellement, si on continue à en sortir autant... dans quelques années, les médecins vont avoir de la misère à se trouver de l'emploi, parce que c'est un nombre de médecins par tant de population, puis, dépassé un certain nombre, les médecins ne travaillent pas assez, puis ils perdent leur expertise. Ça, c'est le premier point.

Il y a certaines spécialités, comme la gériatrie, la dermatologie, la physiothérapie, la rhumatologie, il nous en manque, des médecins. Puis ce qu'on va faire, c'est qu'on va augmenter le nombre de places en résidence pour ces spécialités. Donc, il va y avoir un déplacement de certaines spécialités vers d'autres. Puis, juste pour vous dire, on a déjà commencé cette année. Plutôt que de faire ça dans une année, de façon brusque, on diminue de un ou deux postes dans les spécialités qu'on voit qui deviennent en surplus, on augmente d'un certain nombre de postes ceux qui sont en pénurie.

Et ce qu'on voit venir, également, c'est que, dans les spécialités en général, il va commencer à y avoir plus de médecins, peut-être même un peu trop dans quelques années. Là, ce qu'il faut voir, c'est qu'il faut planifier pour dans sept, huit ans, neuf ans, parce que ça prend 10 ans, former un spécialiste. Donc, les cohortes d'aujourd'hui en spécialités, qui commencent, elles vont sortir dans 10 ans. Là, ce qu'on fait également, c'est qu'on veut déplacer de la spécialité vers la médecine de famille, pour que non pas à la sortie mais qu'à l'entrée ça soit 50 % médecins de famille, 50 % spécialistes, de façon à ce qu'à la sortie ça va être environ 52 % médecins de famille puis 48 % médecins spécialistes, et ce qui fait qu'on va s'en aller vers un équilibre.

Pour ce qu'il s'agit du nombre en surplus des médecins de famille, pour les deux, trois prochaines années, on doit continuer avec les mêmes cohortes, mais, si on voit que ça va bien puis qu'on se rend compte qu'il y a une bonne accessibilité des services, on fera du réajustement que j'appellerais mineur. Mais, pour le moment, on veut garder le même nombre d'étudiants puis on veut garder le même nombre de médecins qui vont sortir, sauf qu'on va contrôler à quel endroit et on va favoriser la médecine de famille.

● (19 h 50) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau, il reste 3 min 30 s.

**Mme Maltais:** Est-ce que le ministre est conscient que... quel est le pourcentage de postes vacants qu'il y a en spécialités versus le pourcentage de postes vacants en médecine familiale? C'est bien beau de dire que... D'ailleurs, la parité et l'équilibre s'atteint très lentement. Il n'y a pas... Le ministre avait promis de faire un équilibrage, et il se fait très lentement, trop lentement.

Deuxièmement, il faut voir, à part le nombre de postes octroyés, il faut voir les postes vacants. Je vais vous dire, moi: Dans les chiffres de l'étude des crédits, page 106, il y a trois fois plus de postes vacants dans les omnis que dans les spécialités, trois fois plus. J'ai fait un petit calcul à la main hier soir, là, trois fois plus. Ça veut dire que, là, il y a autre chose aussi, là. On a beau rétablir l'équilibre à la graine, au bout de compte, s'il y a trois fois plus de postes vacants, année après année, en pourcentage, bien, on n'y arrive pas. Puis ça montre que ça prend des mesures, ça montre que ça prend une volonté de régler le problème. Je peux vous laisser le temps de faire un petit calcul manuel.

**Le Président (M. Sklavounos):** Quand vous serez prêt, M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, ce qu'on a en 2012-2013, on va prendre cette année, on a 366 postes qui ont été comblés au premier tour des admissions sur 409, et, quand on prend les spécialistes, c'est 431 sur 481.

**Mme Maltais:** ...il faut comparer des pommes avec des pommes et des oranges avec des oranges.

**M. Bolduc:** C'est ce qu'on fait.

**Mme Maltais:** 2012-2013, ce n'est pas fini, le deuxième tour n'est pas fini. De 2007-2008 à 2011-2012, là, ça, c'est les vrais postes vacants. Il n'y a pas de deuxième tour à attendre. On a les vrais chiffres.

**M. Bolduc:** Mais là il faut juste parler de la même affaire. C'est pour ça que, quand on parle du trois fois plus, là, ce n'est pas une bonne façon de calculer, là.

**Mme Maltais:** Ah, bon! Tiens!

**M. Bolduc:** Non, non, non. Ce qu'il faut faire, là, c'est... cette année, là, 2012-2013, on a 431 postes qui ont été comblés au premier tour sur 481, donc il y a 50 postes à combler en spécialité. En omnipratique, c'est 366 sur 409. Ça donne à peu près aussi 50 postes. D'ailleurs, les résultats des cadres cette année...

**Mme Maltais:** Non, non, non.

**M. Bolduc:** Non, non.

**Mme Maltais:** Écoutez... Écoutez...

**Le Président (M. Sklavounos):** On va permettre à M. le ministre de terminer puis, après ça, je vais...

**Mme Maltais:** Bien, il me chicane en disant que je ne compare pas les bonnes affaires. Moi, je lui réponds: Non, j'ai comparé les bonnes affaires.

**Le Président (M. Sklavounos):** Non, mais...

**M. Bolduc:** M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** On va lui permettre de terminer...

**M. Bolduc:** M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** ...après ça, vous allez lui répondre. Allez-y, M. le ministre.

**Mme Maltais:** O.K., mais qu'il ne dise pas que je n'ai pas comparé les bonnes affaires.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bon, je pense qu'il faut juste s'entendre c'est quoi qu'on compare.

**Mme Maltais:** Oui, 2007-2008 à 2011-2012, les chiffres complets.

**M. Bolduc:** M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, allez-y, allez-y en premier, et on va essayer de régler ça.

**M. Bolduc:** O.K. M. le Président, elle ne peut pas traîner le passé, 2007-2008. On regarde cette année, on parle des étudiants de cette année, là, puis, oui, je vais finir, M. le Président. On regarde cette année c'est quoi, la popularité de la médecine de famille versus la popularité en spécialité. Et, pour la première fois — puis on l'annonce officiellement parce qu'on devait en faire une annonce un peu plus tard — nous avons des aussi bons résultats dans les CARMS en médecine de famille qu'en spécialité. C'est la première fois que ça arrive. Et cette année, sur 409 postes disponibles au premier tour, j'ai eu 366 postes de comblés au niveau des CARMS en médecine de famille. Ça, ça veut dire que c'est 43 postes qui vont rester disponibles. Et, quand on regarde au niveau des spécialistes, c'est 431 sur 481, c'est 50 postes de disponibles.

**Le Président (M. Sklavounos):** On va revenir là-dessus, M. le ministre, dans le prochain bloc, parce que je viens de réaliser qu'on est à 20 minutes. Alors...

**M. Bolduc:** En attendant, je pense qu'ils vont pouvoir le regarder puis je pense qu'on va... Parce que ce n'est pas de savoir qui a raison ou qui a tort, il faut juste travailler avec les vrais chiffres et les bons chiffres.

**Le Président (M. Sklavounos):** On va recommencer ça au prochain bloc, peut-être essayer de régler ça. Mme la députée de Hull.

**Mme Gaudreault:** Oui. Merci, M. le Président. Alors, je l'avais prédit tout à l'heure que je voulais poursuivre sur le dossier des grands projets en immobilisation. Alors, je ne sais pas si M. Périgny va revenir nous entretenir là-dessus, mais on nous a parlé des grandes lignes de la politique-cadre, toutes les étapes qui étaient nécessaires pour amener un grand projet à destination.

Mais moi, je voulais avoir... parce que ça ne fait pas si longtemps que ça que cette politique-là a été adoptée, je voulais avoir des exemples concrets d'avantages qui découlent de l'implantation de cette politique-là, à quels endroits est-ce que les mesures ont été améliorées, les cibles. Est-ce que c'est possible?

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme la députée de Hull. M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bon, on peut demander à M. Périgny de revenir pour nous expliquer ça.

**Le Président (M. Sklavounos):** Avec le consentement, le même consentement des membres, à moins qu'il y ait avis contraire. M. Périgny va prendre place et pourra tout de suite s'adresser à la question. Allez-y, M. Périgny.

**M. Périgny (Sylvain):** Bonsoir. Par rapport aux avantages concrets du processus, il faut dire d'où on part. C'est qu'en 2005-2006 il y a le Vérificateur général qui avait fait un rapport sur la gestion des projets immobiliers dans le secteur de la santé, donc qui avait laissé certaines recommandations pour l'amélioration de la gestion des projets en termes de planification et en termes d'exécution. De ce rapport, il y a plusieurs mesures qui ont été mises en place depuis, qui fait que déjà on avait, pour nos projets, avant l'arrivée de la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets... on avait déjà une structure de gestion de projets avec la Corporation d'hébergement, à l'époque, et aujourd'hui avec la Société immobilière du Québec, qui a pris le relais, quand même un processus qui était assez bien défini.

Je dirais, l'avantage qu'amène la politique-cadre et Infrastructure Québec, de par son rôle-conseil dans les grands projets, bien, c'est d'ailleurs ça, c'est le fait qu'on dispose d'une expertise spécifique pour les grands projets. Infrastructure Québec évidemment travaille dans différents projets de différents milieux, de différents modes de réalisation. Donc, c'est une expertise qui vient s'ajouter à celle qu'on a, dans le réseau, au sein des établissements, au sein des agences, au sein du ministère et au sein évidemment de nos partenaires, des organismes comme la Société immobilière du Québec. Donc, je dirais, c'est vraiment le... Un, c'est une démarche, un processus qui est rigoureux, comme on l'a présenté tantôt, mais c'est l'ajout d'une expertise spécifique aux grands projets, je pense, qui est le facteur principal.

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

**Mme Gaudreault:** Merci beaucoup. J'imagine aussi que tout le comité des experts indépendants, ça aussi, ça amène un regard plus objectif sur l'élaboration des projets, puis ça, je trouve ça intéressant.

Je vous parlais tout à l'heure du beau projet qu'on a inauguré ensemble, M. le ministre et moi, cette urgence de l'Hôpital de Hull. J'ai oublié de mentionner qu'entre l'annonce et l'inauguration il s'est écoulé cinq ans. Alors, vous avez parlé entre deux et quatre tout à l'heure. Alors, c'était quand même un échéancier qui a été un petit peu dépassé, mais quand même très acceptable. Au départ, on avait un projet, on l'avait évalué à 18,7 millions, mais il a coûté 21,5 millions, parce que les conditions du marché en Outaouais pour se procurer tous les éléments nécessaires à la construction ont fait en sorte qu'il y avait des dépassements de coûts.

Ça fait que vous avez parlé surtout des grands projets au-dessus de 40 millions mais, moi, mon projet que je vous parle depuis tout à l'heure, il est en deçà de 40 millions, ça fait que j'aimerais que vous nous expliquiez un peu le cheminement, en quoi c'est différent de ces grands projets.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Périgny.

● (20 heures) ●

**M. Périgny (Sylvain):** Au niveau des projets, entre nous, on a quatre types de projet, si on peut dire: les projets de maintien d'actif, qui ne nécessitent aucune autorisation d'agence ou de ministère, c'est l'établissement qui a la pleine responsabilité; il y a des projets de 0 à 5 millions dédiés à la rénovation fonctionnelle mineure, donc qui nécessitent cette fois-ci des autorisations au niveau régional; et le projet auquel vous faites référence est un projet entre 5 et 40 millions, c'est un projet qui nécessite des autorisations ministérielles et du Conseil du trésor.

Le processus. Je vous dirais, évidemment, on utilise des termes qui sont évidemment différents de ce qu'on retrouve dans la politique-cadre des grands projets, on ne parle pas de dossiers d'affaires. Par contre, les éléments de planification à... différents niveaux, mais se ressemblent. L'avis de reconnaissance de besoins pour un projet de 5 à 40 millions, c'est un prérequis qui est incontournable. Comme je le mentionnais tantôt, ça vise à vraiment définir et à reconnaître, de la part des agences et du ministère, un besoin en matière d'investissement.

L'étape qui suit, pour un projet de 5 à 40 millions, c'est l'étape du programme fonctionnel et technique. Donc, dans les grands projets, si on fait le parallèle, c'était une composante du dossier d'affaires initial. Donc, c'est le même... je dirais le même, peut-être avec certains... ce n'est pas un certain niveau de précision, mais je dirais que c'est un programme qui vient spécifier quels sont les besoins, quelles sont les spécifications attendues d'un projet. Suivant ce livrable, qui est analysé par les agences et d'un point de vue clinique également et technique par le ministère et par la Société immobilière du Québec qui est actuellement notre partenaire dans les projets d'immobilisations en santé, il y a des recommandations qui sont faites au ministre pour passer à l'étape subséquente, qui est la phase conception.

La phase conception est une... s'apparente à une partie du dossier d'affaires final. Dans le fond, c'est ce qui permet à l'établissement d'embaucher des professionnels pour réaliser ce qu'on appelle les plans et devis préliminaires. Donc, c'est une autorisation qui est émise par le ministre de la Santé.

Une fois cette étape complétée, c'est là... on est rendu à la phase exécution du projet. Pour y arriver, ça prend évidemment... encore là, il y a la série d'analyses objectives, indépendantes qui est faite par les agences, le ministère, autant techniques que cliniques, et la Société immobilière du Québec qui est le gestionnaire de projet, là, de façon générale des projets santé et services sociaux. Encore une fois, là, on est rendu à la phase d'exécution, et, pour passer à la phase d'exécution, évidemment, ça prend les sommes provisionnées au plan quinquennal d'investissement du ministère... du réseau de la santé. Et, lorsqu'évidemment les sommes sont budgétées, on peut aller chercher les autorisations requises au Conseil du trésor, qui sont requises en vertu de l'article 260 de la loi sur la santé et services sociaux.

Donc, la dernière autorisation qui est requise, c'est celle pour l'exécution qui, une fois donnée, permet à l'établissement ou à... à l'établissement d'initier les plans et devis définitifs pour ensuite aller en appel d'offres pour la construction. Donc, c'est un processus quand même qui est rigoureux, qui est établi depuis plusieurs années avec nos collaborateurs, qui sont la CHQ auparavant, Corporation d'hébergement du Québec, qui est maintenant la Société immobilière du Québec. Donc, c'est un processus... Évidemment qu'on utilise peut-être des termes différents, mais, ultimement, les livrables requis en termes de planification s'apparentent, là, d'un processus à l'autre.

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

**Mme Gaudreault:** Bon. Alors, c'est très instructif, très intéressant, puis on peut déjà faire référence à des projets qui sont déjà dans l'esprit de certains membres du corps médical, parce que ce sont souvent les médecins, hein, qui rêvent d'avoir une rénovation et une nouvelle infrastructure médicale en matière de santé, moderniser les équipements, et tout ça.

Puis moi, je voudrais... Vous avez parlé un peu du plan quinquennal d'immobilisations mais, comme chez nous, je vais vous donner un exemple très concret, il y a des médecins qui souhaiteraient rénover toute l'aile des soins intensifs. Alors là, ils sont, à ce moment-là, dans une étape d'obtenir une autorisation d'un plan fonctionnel et technique. Alors là, vous avez mentionné qu'une fois ce plan-là... Là, il va franchir toutes les étapes que vous avez mentionnées, mais, pour l'autorisation, ça, ça nous amène au plan quinquennal d'immobilisations.

Moi, je veux savoir comment ça fonctionne du point de vue du ministère, comment les... la priorité des listes de projets, comment ils sont priorisés partout au Québec. Et aussi est-ce que le ministre est le seul à décider de la vie ou de la mort d'un projet qui émerge d'une région? Alors, il dit oui. J'ai hâte de voir la réponse.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Périgny.

**M. Périgny (Sylvain):** Oui. Eh bien, le plan quinquennal d'investissements pour le ministère de la Santé représente, pour le quinquennat 2011-2016, tel que présenté dans le dernier budget, une somme de 10,9 milliards de dollars. Puis je faisais une présentation, cette semaine, auprès des directeurs du service technique du réseau dans un colloque animé par l'AQESSS, puis, évidemment, la question qui était soulevée, c'est: Est-ce que c'est 10,9 milliards de nouveaux projets que vous allez pouvoir faire dans le prochain quinquennat? Malheureusement, ce n'est pas nécessairement le cas.

Par contre, ce que le 10,9 milliards représente, c'est une prévision, un étalement de déboursés pour les cinq prochaines années à venir. Donc, on parle de déboursés en matière de maintien d'actifs, qui est un bloc important du plan quinquennal d'investissement, et on parle de déboursés aussi en matière... l'autre composante, qu'on appelle l'amélioration et remplacement dans le jargon du Conseil du trésor, qui est pour des projets de développement.

Le 10,9 milliards, Santé et Services sociaux, représente, je crois, 24 % du plan quinquennal d'investissement gouvernemental, qui, lui, est de l'ordre de 44 milliards, ce qui nous place en deuxième rang, je dirais, au niveau des secteurs d'investissement, le premier étant le réseau routier avec 30 quelques pour cent.

Au niveau des... Il y a une question qui a été soulevée hier par un député à l'effet que... est-ce que, parce que mon projet n'a pas été priorisé dans le PQI 2011-2016, ça veut dire que ça va aller en 2017 avant que je puisse avoir une chance de faire avancer le projet? Le ministre l'a expliqué hier à l'effet que, bien qu'on parle d'un plan quinquennal, qui est une prévision de déboursés, les nouvelles initiatives... selon les processus du Conseil du trésor, les nouvelles initiatives, elles, sont présentées à chaque année. Donc, en fonction de l'état d'avancement des projets, au moment où on est rendu à avoir besoin, évidemment, d'inscrire des projets au plan quinquennal d'investissement, on fait des demandes selon un processus qui est préétabli avec le Conseil du trésor pour justement avoir les budgets de nouvelles initiatives pour la prochaine année.

Donc, par rapport à la question sur la priorité à donner aux projets, c'est sûr que nous, évidemment, on travaille avec les priorités qui nous sont proposées par les agences régionales. Donc, à la base, le besoin vient des agences, est priorisé par les agences, et, nous, évidemment, on en fait une analyse, comme je le mentionnais tantôt, une analyse autant technique que fonctionnelle pour s'assurer que ça répond à l'ensemble de nos préoccupations en tant que ministère et en fonction des besoins, en fonction des échéanciers.

Evidemment, quand vient le temps de préparer le plan quinquennal, les nouveaux projets, on fait le listing des projets qui sont candidats pour être au plan quinquennal, et les demandes sont faites au Conseil du trésor en conséquence. Evidemment, les demandes qu'on fait sont rarement... les budgets qu'on reçoit sont... rencontrent rarement, malheureusement, les demandes, les besoins qu'on a. Donc, c'est à cette étape, je pense, que les discussions avec les autorités du ministère sont plus fines, là, s'enclenchent sur l'ordre, quel projet devrait être prioritaire par rapport à l'autre. Donc, je pense, c'est un exercice qui est fait... qui vient du réseau, des priorités régionales, et qui fait l'objet de discussions entre les autorités ministérielles.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Je pourrais peut-être continuer pour la... comment on choisit des projets. Un, dans un premier temps, on regarde: Il y a-tu des projets qui pourraient causer des problèmes de santé, qui sont plus urgents que les autres? Je pense, le premier niveau, là, c'est vraiment l'urgence. Le deuxième niveau, c'est où en est rendu le projet. Et le niveau également, c'est que c'est sûr qu'un projet que ça fait sept puis huit ans qu'il est en attente, à un moment donné, sans dire que ça va être lui qui va être priorisé, ça devient plus urgent que le même niveau de projet en termes d'urgence que celui qu'il a déposé voilà deux, trois ans.

Également, il y a des gens qui déposent des grands projets. Entre autres, on parlait hier de Maisonneuve-Rosemont. Ils déposent un projet de 995 millions de dollars, mais il y a une première étape, qui est l'urgence, à 66, puis il y a une deuxième étape, qui est un bloc central, une nouvelle construction de 250 millions. Donc, on n'est pas obligés de réserver tout l'argent parce qu'on ne peut pas faire la troisième partie du projet avant d'avoir, souvent, complété la deuxième. Ça fait que... Puis, au niveau du ministère, nous autres, on regarde... on a toute la liste qui est... projets qui pourraient être mis dans le PQI et là on fait une priorisation selon ce qu'on connaît puis selon le besoin des populations.

Encore là, on a des bonnes nouvelles. C'est qu'on en a tellement fait depuis 10 ans, depuis que nous sommes au pouvoir, qu'il y a plusieurs projets, qui ont été longtemps des grandes urgences, qui sont réglés, hein? On parlait tantôt de

votre urgence à Gatineau, votre centre du cancer à Hull, l'Hôpital de Hull avec l'urgence, l'Hôpital de Gatineau qu'on a annoncé, le centre du cancer. Ça, voilà 10 ans, ça n'existait pas. Maintenant, c'est fait. Et il y a un principe: à partir du moment qu'on en a fait un, on l'a fait... parce qu'on les fait tellement bien maintenant, les projets, qu'ils sont faits pour les 30, 40 prochaines années. Donc, c'est vraiment des projets qui n'auront pas besoin d'être refaits. Et, de plus en plus, on a presque complété nos urgences. Il nous en reste encore quelques-unes au Québec, on en a complété plusieurs. Des blocs opératoires... Là, on est rendus beaucoup dans des unités de soins également qu'on rénove et... ce qui fait que moi, je suis encouragé.

Mais un réseau comme le notre, qui gère 30 milliards de dollars par année juste en dépenses courantes, c'est certain que c'est un plan de rénovation sur 10 à 15 ans. Mais on est bien partis puis on en a beaucoup de fait, mais il nous en reste encore beaucoup à faire. Mais ce qui nous guide dans notre choix, c'est l'équité. On veut que ce soit équitable pour tous les établissements du Québec, que chacun qui a déposé son projet, bien, qu'à un moment donné on veut le réaliser.

Et à la réponse: Est-ce que c'est le ministre qui décide? La réponse: C'est une équipe qui décide, et puis également il y a des mécanismes de surveillance avec le Conseil du trésor. Ça fait que, même si le ministre voudrait passer un petit projet en douceur, il ne peut pas. Tant mieux pour moi.

● (20 h 10) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Quatre minutes, Mme la députée de Hull.

**Mme Gaudreault:** Alors, si vous me le permettez, M. le Président, je vais poursuivre avec M. Périgny. Vous avez fait... Vous avez effleuré le sujet du maintien des actifs, parce que c'est beau de réaliser des nouveaux projets, mais il faut justement entretenir ceux qui sont en place. Alors, je pense qu'il y a une politique qui avait été mise en place par Monique Jérôme-Forget. Est-ce qu'elle porte fruit? Est-ce qu'on voit une belle évolution, dans le temps, là, du maintien des actifs, précisément en matière de santé?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Périgny.

**M. Périgny (Sylvain):** Bien, effectivement, je mentionnais que le bloc maintien d'actifs, dans notre plan quinquennal d'investissement, est un bloc considérable. En termes de proportion, je vous dirais, c'est 50 % des investissements, sur le 10,9 milliards, qui sont dévolus au maintien des actifs. Donc, si on fait le... sur cinq ans... 5,5 milliards sur cinq ans, c'est plus de 1 milliard par année qui est investi en maintien d'actifs, autant immobiliers, au niveau des équipements et au niveau aussi des ressources informationnelles. Donc, effectivement, ce sont des budgets qui sont attendus et qui sont, je pense, appréciés par le réseau. Et les autorités gouvernementales, le Conseil du trésor... puis, dans le dernier document du budget, c'est également réitéré, c'est qu'il y a une priorité qui est accordée au maintien des actifs et à la résorption du déficit d'entretien. Donc, il y a un objectif de résorption du déficit d'entretien accumulé qui est fixé d'ici 2022-2023. Donc, actuellement, ce qu'on planifie à l'interne, avec les équipes internes, c'est justement de se donner les moyens.

Pour répondre à votre question, est-ce que ça porte fruit? Bien, on est en train de se planifier une démarche, justement, pour le mesurer à l'effet que ça va porter fruit. Donc, c'est un exercice qui est assez important, qui est en planification au ministère. Donc... mais on le voit de par, je dirais, les milliers de projets qui sont faits à même ces enveloppes-là à l'effet qu'il y avait des besoins. Ces besoins-là sont en train d'être rencontrés, là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il reste encore un petit peu moins de deux minutes.

**Mme Gaudreault:** Je pense que je vais attendre, M. le Président. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Parfait. Je vais aller de l'autre côté. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Oui, M. le Président. On a parlé des médecins, maintenant on va parler des infirmières, particulièrement des agences privées d'infirmières. On s'est bâti un petit tableau, on a essayé de voir combien coûtaient les agences d'infirmières... l'utilisation de personnel privé au Québec, particulièrement des agences d'infirmières, puis on est allés quand même dans toutes les catégories de personnel.

Les chiffres auxquels on arrive, voici l'utilisation, là, le montant que le système de santé et de services sociaux met dans les agences privées. Je vais prendre toutes les catégories de personnel au début: soins infirmiers et cardiorespiratoires, personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers. Il y a le personnel de bureau, les techniciens et professionnels de l'administration et, finalement, les techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux.

Voici la courbe sous le gouvernement actuel. Les seuls chiffres que j'ai commencés à 2006. Au 31 mars 2006, il y en avait pour 201 924 213 \$; 2007, 244 805 419 \$; 2008, 313 184 492 \$; 2009, 354 919 899 \$; 31 mars 2010, 339,6 millions; 31 mars 2011, 336,5 millions. Il y a une légère diminution vers la fin, mais seulement dans quelques catégories d'emploi. Mais, si on va dans le personnel infirmier, en soins infirmiers, au 31 mars 2006, le montant était de... qu'on investissait dans le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires dans le privé, était de 96 318 079. Au 31 mars 2011, il est de 203,6 millions, une augmentation de 111 %. On a déjà soulevé le problème ici, à l'Assemblée nationale, ici, en étude des crédits. L'année dernière, on a eu un bon échange là-dessus.

Je sais que le ministre a fait deux choses. D'abord, il y a le plan d'action stratégique 2010-2015 qui prévoit un objectif de réduction. C'était 2010-2015, réduction de 25 % en soins infirmiers d'ici 2015, 25 % en soins infirmiers. D'ici 2015, il y a deux ans de passés. On n'a pas diminué, on a augmenté.

L'autre, c'est qu'il y a une entente entre la FIQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux, entre la Fédération des infirmiers et infirmières du Québec et le ministère de la Santé. L'objectif, c'est 40 % de moins d'infirmières d'agences

d'ici le 31 mars 2015, ce qui est un objectif très intéressant. Sauf qu'on a un problème, c'est qu'on augmente constamment et qu'on en est rendu à 203,6 millions de dollars et on est au 31 mars 2012.

Alors, je voudrais savoir du ministre s'il croit être en mesure d'atteindre la cible du plan stratégique et la cible de l'entente avec la FIIQ et par quels moyens il pense y arriver, puisque jusqu'ici, définitivement, il n'y arrive pas.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Je demanderais à Mme Édith Lapointe, qui est la sous-ministre responsable des ressources humaines au ministère et de tout le réseau de la santé, de venir expliquer la situation.

**Le Président (M. Sklavounos):** Est-ce que j'ai le consentement pour Mme Lapointe, Mme la députée de Taschereau?

**Mme Maltais:** Bien, écoutez, M. le Président, moi, je pense que... Moi, je suis ici, puis je travaille, puis je suis ici, puis je fais mon travail. J'aimerais ça d'abord que le ministre me dise son opinion à lui. C'est l'opinion du ministre que je demande. Je veux avoir son avis. C'est lui qui est redevable de ses ententes et de son plan stratégique. C'est de ça dont j'ai parlé.

Donc, premièrement, je veux une opinion du ministre sur les chiffres que je viens de donner et, deuxièmement, sur l'atteinte potentielle des objectifs. Ensuite, comme il est d'usage, je veux bien qu'une sous-ministre vienne donner un peu, là... vienne donner des compléments d'information. Mais c'est le ministre qui est en étude des crédits. Alors, je sais qu'hier soir il était un peu fatigué. J'ai laissé beaucoup de... On a laissé, avec plaisir, beaucoup de place aux sous-ministres, mais je voudrais d'abord l'avis du ministre ce soir puis ensuite, s'il y a des compléments d'information, je les prendrai avec plaisir. On a toujours plaisir à entendre les compléments d'information des sous-ministres.

**Le Président (M. Sklavounos):** On va éviter les caractérisations du ministre. Je ne sais pas s'il est fatigué ou non, mais on va lui céder la parole, par exemple.

**M. Bolduc:** Bien, hier soir, on a fini à 22 h 30, on a été corrects, puis je remercie la députée de me donner de l'importance par rapport à ce dossier puis, comme de fait, j'ai une position qui est quand même... qui est très avancée.

Dans un premier temps, je l'ai toujours dit, on veut diminuer la main-d'oeuvre indépendante dans le réseau de la santé. C'est souvent de la main-d'oeuvre qui travaille à l'extérieur, qu'on pourrait utiliser, alors qui pourrait faire partie de notre réseau public. Ça, c'est le premier point.

Sauf qu'on a besoin de la main-d'oeuvre indépendante actuellement, sinon on aurait des ruptures de services, et les ruptures de services sont inacceptables pour traiter puis soigner les patients. Donc, on a ce dilemme entre vouloir baisser la main-d'oeuvre indépendante et s'assurer de ne pas avoir de rupture de services.

Une fois que nous avons dit cela, là, maintenant, comment on fait pour la diminuer? Comme de fait, il y a un travail dans le réseau de la santé. Il y a eu des consignes d'envoyées à des... de l'information. On a travaillé avec nos CSSS et nos agences, mais, on veut diminuer les ressources... pas les ressources, mais la main-d'oeuvre indépendante dans le réseau de la santé. Ça, pour nous, c'est clair.

Le plan stratégique qui a été proposé, entre autres l'entente avec la FIIQ, c'est une diminution de 40 % de la main-d'oeuvre et c'est un objectif que l'on veut atteindre. Par contre, dans les chiffres que vous avez, vous donniez des montants d'argent, mais, en termes de nombre d'heures, le nombre d'heures a diminué, mais c'est sûr que les salaires sont plus élevés, donc il y a des ajustements qui sont faits à ce moment-là. C'est pour ça qu'on va avoir tantôt les détails plus, je vous dirais, techniques.

Mais, pour nous, c'est clair, il y a une volonté de diminuer la main-d'oeuvre indépendante, et ça, on travaille avec la fédération des... la FIIQ, les infirmiers et infirmières du Québec et on travaille également au niveau des établissements, au niveau des agences, pour qu'il y ait des plans pour réussir à diminuer la main-d'oeuvre indépendante dans le réseau de la santé à tous les niveaux, mais principalement aussi au niveau des infirmières.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** M. le Président, le ministre a pris deux engagements. Ma question était: Est-ce qu'il maintient ces engagements et son échéancier? Est-ce que le plan stratégique est toujours valable, 2010-2015? Est-ce que c'est... parce qu'en deux ans on n'a pas beaucoup avancé sur le plan stratégique. Peut-être qu'il va y avoir une accélération, mais je veux bien l'entendre, s'il veut toujours l'échéance de 2015.

L'autre, c'est: l'échéance de 2015, elle existe aussi avec... dans l'entente avec la FIIQ. Est-ce qu'il maintient que c'est possible? Comment il compte s'y rendre?

● (20 h 20) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, la réponse, c'est absolument, c'est oui. Et c'est normal que, la première année, on met nos mesures en place. Ça ne donne pas nécessairement des résultats la première année. Souvent, les résultats sont plusieurs mois après, mais on maintient les mêmes objectifs, là, pour 2010-2015. Et, présentement, il y a des grands efforts qui sont faits dans le réseau pour diminuer la main-d'oeuvre indépendante.

**Mme Maltais:** M. le Président, simplement pour donner un exemple.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y.

**Mme Maltais:** Moi, j'ai deux chiffres. J'ai le chiffre de ce que ça coûte, mais, l'autre, j'ai l'évolution du nombre d'infirmières travaillant principalement dans une agence de placement. Imaginez-vous, là, en 2003-2004, première année de pouvoir du gouvernement libéral, il y en avait 1 347; en 2010-2011, 2 515. Donc, la situation, elle a été... elle a complètement échappé au gouvernement.

Deuxièmement, il faut que les gens... Les gens savent, là, c'est 20 % de plus, le coût d'une agence privée d'infirmières. Sur le salaire, là, qu'elles... le coût de l'infirmière qui est chargée par une agence, il y en a 20 %, c'est des frais d'administration ou de profit. C'est normal, mais sauf que, pour l'État, c'est 20 %, puis, quand tu atteins des chiffres comme 336 millions, 20 %, ça commence à faire de l'argent qui n'est pas disponible pour des soins aux personnes.

Alors, c'est quoi, les méthodes de travail pour arriver à atteindre des objectifs qui sont vitaux actuellement pour le système de santé?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, il y a deux façons de travailler un chiffre, c'est de partir d'un chiffre puis, si ça double, bien, par exemple, de 1 300 à 2 600, de dire, c'est 100 % de plus. Mais ce qu'on peut dire également, c'est 1 300 infirmières sur presque 60 000 infirmières dans le réseau de la santé versus 2 600, c'est pour à peu près le même nombre de 60 000, 62 000 infirmières.

Donc, par rapport à l'ensemble de la profession infirmière, le nombre est quand même plus minime que quand on parle de nombre relatif. Encore là, je vais vous donner un exemple. Si vous aviez 1 300 infirmières puis vous passiez de 2 600, on double, mais, si vous passez de 400 à 1 200, qui est — il y en a encore moins, là — on triple. Donc, il ne faut pas travailler avec du double puis du triple, il faut travailler avec le nombre. Sur le numérateur, c'est le nombre total des infirmières, donc c'est une augmentation, en termes de pourcentage, qui n'est pas si énorme que ça.

Mais, comme de fait, on veut le diminuer, et, la façon de le faire, c'est de faire ce qu'on fait actuellement, c'est-à-dire c'est former plus d'infirmières. On a donné des meilleures conditions dans le réseau public et, actuellement, on ressent vraiment que... un regain par rapport à la profession infirmière. Nos cohortes d'étudiantes sont pleines, sont pleines partout au Québec. Donc, au cours des prochaines années, on devrait avoir de la main-d'oeuvre qui devrait nous aider. Mais c'est certain qu'en contrepartie il y a des retraites qui vont se prendre, donc, au bilan positif, on devrait quand même avoir plus d'infirmières.

**Mme Maltais:** En tout cas, M. le Président, peut-être que de passer de 1 347 à 2 515, c'est un petit chiffre, mais passer de 96 318 000 \$ à 203,6 millions, moi, je trouve que c'est un gros chiffre. Je vous le dis, là, je trouve que c'est un gros chiffre.

Est-ce qu'il y avait un complément d'information que nous devrions avoir?

**M. Bolduc:** Oui, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, on invite qui, M. le ministre?

**M. Bolduc:** Oui. Mme Édith Lapointe, sous-ministre responsable au niveau des ressources humaines.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, Mme Lapointe, vous pouvez vous présenter. Par la suite, vous aurez la parole.

**Mme Lapointe (Édith):** Alors, Édith Lapointe, sous-ministre adjointe à la Direction générale du personnel réseau et ministériel.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y.

**Mme Lapointe (Édith):** Merci, M. le Président. Écoutez, peut-être que les chiffres que je pourrais mentionner, c'est qu'effectivement nous, on calcule la diminution des heures supplémentaires. On y va en termes d'heures, parce que, si on y va en termes de dollars, il faut savoir que les salaires ont augmenté. Il y a eu l'ajout, lors des dernières ententes collectives, de plusieurs primes, qui fait en sorte que, lorsqu'on y va sur les dollars, évidemment, ça n'exprime pas exactement le nombre d'heures.

Alors, si je prends l'année 2009-2010, à la fin de l'année 2010-2011 — je vais y aller en trois catégories — les heures effectuées en main-d'oeuvre indépendante pour les infirmières, alors le taux est passé de 4,61 % à 4,22 %; le même taux pour les infirmières auxiliaires, alors on est passés de 3,01 % à 2,36 %, et, pour les préposés aux bénéficiaires, nous sommes passés de 1,84 % à 1,41 %.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** À ce rythme-là, en quelle année est-ce qu'on atteint l'objectif du plan stratégique?

**Mme Lapointe (Édith):** Alors, le 25 %, avec les chiffres que nous avons et même avec la tendance qu'on observe, parce qu'on a quand même certaines données, là, sur l'année qui est débutée, on atteindrait la cible du 25 %.

**Mme Maltais:** D'ici 2015, Pour fin 2015?

**Mme Lapointe (Édith):** D'ici 2015, tout à fait.

**Mme Maltais:** Parfait. Alors, on va surveiller ça de très près. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Mme Lapointe. Allez-y, Mme la députée de Taschereau. Il vous reste huit minutes.

**Mme Maltais:** Puisqu'on est dans les infirmières, j'aimerais ça parler des ordonnances collectives. Je ne sais pas si les gens de la Commission santé et services sociaux s'en souviennent quand on a parlé du projet de loi n° 41 sur les nouveaux pouvoirs dévolus aux pharmaciens et aux pharmaciennes. On avait parlé... on avait l'Ordre des infirmiers et infirmières qui était venu nous parler des ordonnances collectives. Ils sont venus nous raconter à quel point ils étaient déçus de voir que les ordonnances collectives n'étaient pas appliquées au Québec.

Les ordonnances collectives, c'est ce qui permet d'uniformiser, à l'échelle du Québec, l'initiation et l'ajustement en milieu communautaire de certaines thérapies médicamenteuses, diabète, hypertension, quelques maladies comme ça qui sont bien ciblées. C'est bien balisé tout ça. Aïe! Ça fait longtemps qu'on travaille là-dessus au Québec, là. Au printemps 2010, je sais que le ministère de la Santé et des Services sociaux, Collège des médecins, l'Ordre des infirmières, l'Ordre des pharmaciens s'entendaient sur des modèles d'ordonnance. En juillet 2010, il y a une entente signée entre les organismes, qu'ils ont, à ce moment-là, donné à un comité le fait de travailler... le mandat de travailler ensemble. Et ce qu'on a appris, c'est que ce comité aurait complété ses travaux durant l'été 2011. Depuis, aucune nouvelle. Les informations que j'ai sont à l'effet que rien n'a bougé, et c'est ce qu'on est venu nous dire pendant l'étude du projet de loi n° 41.

Alors, moi, ce que j'aimerais savoir, c'est qu'est-ce qui se passe. Le ministre nous avait annoncé, lors de l'étude du projet de loi n° 41, qu'en décembre — devinez quoi, pas 2012 — 2011, qu'en décembre 2011... La citation, c'est: «L'orientation qu'il y aurait, c'est que d'ici la fin décembre les ordonnances collectives seraient disponibles.» Alors, trois mois plus tard, est-ce que les ordonnances collectives vont être bientôt disponibles?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, je pense que j'ai une bonne réponse. Les quatre ordonnances collectives, elles sont terminées et puis présentement, comme de fait, elles sont en expérimentation dans quatre centres de santé et de services sociaux: Québec-Nord, CSSS de Trois-Rivières, CSSS — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et également le CSSS de Manicouagan. Et puis, lorsque l'expérimentation va être terminée, à ce moment-là, on va pouvoir les rendre disponibles.

Également, j'ai rencontré cette semaine Mme Gyslaine Desrosiers, qui d'ailleurs a annoncé, là, qu'elle se retirait, là, après 20 années de service. Elle a fait un travail strictement extraordinaire avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Et puis je crois que, jusqu'à un certain point, elle était satisfaite de l'évolution.

C'est certain que tout le monde aimerait que ça aille encore plus vite pour les ordonnances que... je vous dirais générales pour l'ensemble du Québec. Mais il ne faut pas oublier que les ordonnances collectives existent depuis longtemps et, dans plusieurs centres, plusieurs groupes de médecine de famille, il y a actuellement des ordonnances collectives qui sont en place, ne serait-ce que pour le traitement au niveau de l'anticoagulothérapie per os. Donc, il y en a déjà qui sont faites localement. Là, on parle de quatre ordonnances collectives nationales qui vont être disponibles au niveau national.

Et, depuis le projet de loi sur les pharmaciens, je pense qu'il y a beaucoup de travail qui s'est fait, puis, ce que j'ai entendu dire également, il y avait des bonnes collaborations entre les différents ordres, et c'est quelque chose qui allait relativement bien. Et, je tiens à le dire, une ordonnance collective est un très bel outil pour justement permettre à d'autres types de professionnels de poser des actes et dégager les professionnels concernés pour justement faire une tâche de travail qui est plus en relation avec leurs compétences.

Donc, c'est quelque chose qui se met en place, mais c'est une bonne nouvelle, là. Le dossier a beaucoup avancé.

**Mme Maltais:** C'est en effet une bonne nouvelle, une bonne nouvelle pour les infirmières, mais une bonne nouvelle pour les patients, parce que c'est toujours l'accessibilité dont on parle, l'accessibilité à des soins de santé. Bon.

Il y a quatre projets pilotes. Ils ont commencé quand? Mais, surtout, ils vont se terminer quand? Et quand est-ce qu'on va... Quel est l'échéancier pour en arriver à le rendre nationalement? Parce que l'idée, normalement, c'était qu'en décembre 2011 ça couvrirait le territoire. Là, il y a quatre projets pilotes. On aimerait ça avoir une idée, là, de l'ordre de grandeur pour qu'on continue à suivre le dossier.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. C'est disponible en juin 2012. Ça va être... diffusion dans le réseau au cours des semaines qui vont suivre, juin 2012.

**Mme Maltais:** O.K. Donc, si tout se passe bien, dès la fin de ces projets pilotes, on pourra enfin les voir atterrir sur le territoire. Ça fait deux ans qu'on en parle, ce serait... trois ans même, depuis 2010. Ça veut dire que ce serait vraiment intéressant. Je comprends que la charge d'abord de l'Ordre des infirmières et de Mme la présidente de l'ordre, l'ex-présidente de l'ordre, Gyslaine Desrosiers, qui est venue ici...

C'était un moment important, moi, je pense. Elle est venue dire un peu ce que les infirmières avaient sur le coeur par rapport aux ordonnances collectives d'une façon directe, là. Elle est allée franchement et honnêtement en disant: Pouvez-vous faire avancer les choses? On a eu une belle discussion cette fois-là, tous les parlementaires, puis je suis contente de voir que ça a donné quelque chose. Il faut saluer Mme Desrosiers. Je pense que c'est la... une des... probablement, c'est peut-être une des dernières fois où on l'a vue en commission parlementaire. Puis, cette fois-là, elle avait donné toute une saveur à cette commission.

● (20 h 30) ●

**Une voix:** ...

**Mme Maltais:** Elle s'en va en octobre? Elle s'en va en octobre. Bon, on va avoir le temps de la revoir.

**Le Président (M. Sklavounos):** Trois minutes, Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Trois minutes? Je vais avoir, donc, peu de temps. Est-ce qu'on peut le reporter ou...

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui.

**Mme Maltais:** Parce que l'autre point serait assez... serait plus... assez dense.

**Le Président (M. Sklavounos):** Parfait. Ça a été fait des deux... Ça a été fait des deux côtés, alors... Allez-y, Mme la députée de Hull, à vous.

**Mme Gaudreault:** Bon, alors, puisque je trouve que le dossier des immobilisations est si intéressant, j'ai une dernière question. Je ne sais pas si ça va être à M. Périgny. Je pense, M. le ministre, vous allez pouvoir y répondre... M. le Président. C'est devenu un de mes dadas, hein, les immobilisations.

Non, écoutez, le 8 mars dernier, M. Charest est venu en Outaouais présenter le Plan Nord. Vous savez, on en entend beaucoup parler, c'est vraiment le dossier chouchou de notre premier ministre, et ça nous amène à rêver vraiment le développement du Nord. Et il y a déjà plusieurs personnes qui y travaillent, qui y oeuvrent, et tout ça, puis ça va aller en augmentant, évidemment. Et qui dit augmentation de densité de population veut nécessairement dire l'augmentation de l'offre de services, surtout en soins de santé.

Ça fait que je voudrais que vous nous précisiez, M. le... M. le Président, j'aimerais que le ministre nous précise s'il y a des sommes qui ont été réservées pour le plan quinquennal d'investissement, nécessairement, pour le Nord, pour le Plan Nord.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Compte tenu que c'est quand même une question qui va avoir besoin des chiffres, je vais demander à M. Périgny de venir l'expliquer.

**Le Président (M. Sklavounos):** On va demander à M. Périgny de prendre place, sur le même consentement, à moins que j'entende le contraire. Merci. M. Périgny, lorsque vous serez installé, allez-y.

**Mme Maltais:** Non, on trouve que M. Périgny fait une très bonne étude des crédits.

**Le Président (M. Sklavounos):** Sans commentaire de la présidence. M. Périgny.

**Des voix:** ...

**Le Président (M. Sklavounos):** ...M. Périgny, allez-y.

**M. Périgny (Sylvain):** Bien, effectivement il y a des sommes qui sont prévues dans le plan quinquennal d'investissement 2011-2016 pour spécifiquement le Plan Nord, une démarche au ministère qui a été initiée... qui est coordonnée par un collègue, là, qui n'est pas sous ma direction mais qui évalue les besoins en santé et services sociaux qui pourraient découler, justement, du Plan Nord, parce qu'on sait que, dans certains secteurs évidemment, il va y avoir des activités qui vont se développer, donc des infrastructures à rehausser du côté évidemment santé et services sociaux.

Donc, l'accent, je vous dirai, dans un premier temps, a été mis du côté de la Côte-Nord, la région de la Côte-Nord pour laquelle il y a des sommes qui sont effectivement prévues pour certains projets, des sommes de l'ordre de 28 millions. Donc, c'est des investissements, je pense, qui pourront être faits prochainement pour justement supporter ces établissements de santé là qui ont à subir une pression additionnelle en matière de services.

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

**M. Bolduc:** M. le Président, je pourrais peut-être compléter.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, allez-y.

**M. Bolduc:** Comme de fait, on a des annonces qui sont prévues très bientôt dans le Grand Nord pour compléter certaines infrastructures. Ça fait qu'en temps et lieu on va le faire. Mais c'est surtout la vision que nous avons du Nord, où il y a du renouvellement à faire au niveau des infrastructures, mais également il y a tout le dossier des logis, hein, des logis qui sont nécessaires dans le Grand Nord. Et vous savez que, dans le Grand Nord, vous avez une période très courte dans l'année dans laquelle vous pouvez faire votre transport de matériaux et vous construire. Donc, on a fait vraiment une grande planification pour s'assurer qu'au cours des prochaines années on puisse développer le Nord à sa juste valeur.

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

**Mme Gaudreault:** Non, ça va.

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui?

**Mme Gaudreault:** J'ai eu toutes les réponses, M. le Président. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. Je vais aborder le thème des ententes avec la FMOQ et la FMSQ et peut-être même, si on a du temps, ou sinon on reportera sur le prochain bloc, toute la question de la négociation des conventions collectives avec l'ensemble des employés du réseau. Je pense qu'on a un peu de matière dans ces sujets-là et surtout que c'est des interventions et des ententes qui ont beaucoup de portée et qui sont extrêmement intéressantes.

Alors, en ce qui concerne la première entente dont j'aimerais entendre parler, c'est la FMOQ. On sait qu'il y a eu à peu près un temps d'une quinzaine de mois de négociations. La FMOQ, qui avait une entente qui se terminait au 31 mars 2010, a finalement renouvelé l'entente générale jusqu'au 31 mars. Alors, ce que j'aimerais, M. le Président, entendre du ministre, c'est un peu nous exposer, dans un premier temps, les grandes lignes de cette entente. Et, après ça, si vous convenez que Mme Lapointe soit présente pour des détails, j'apprécierais également.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** On va commencer avec l'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, puis Mme Lapointe viendra compléter.

Je pense... La première chose, quand on a fait une négociation, ce qu'on avait négocié entre autres avec le Dr Louis Godin et son équipe, un des principes de base qu'on voulait, c'est de rendre l'accessibilité à un médecin de famille beaucoup plus grande au Québec. Et on sait qu'une des difficultés qu'on avait c'est que les médecins ne prenaient pas... plus de nouveaux patients et, par contre, lorsqu'ils les avaient, ils les suivaient relativement bien, ce qui fait que toute la négociation a été faite en fonction de dire: Comment on peut faire pour que les médecins prennent plus de nouveaux patients et puis, après ça, en fassent le suivi?

L'autre élément, quand on regardait l'ancienne convention, ce n'était pas tellement avantageux d'aller faire de la pratique médicale à cause des frais de bureau. Donc, le différentiel entre pratiquer à l'hôpital où tu n'avais pas de bureau à soutenir versus pratiquer dans un bureau n'était pas significatif, était même désavantageuse, ce qui faisait qu'on avait un déplacement des médecins de famille plus vers les institutions à faire autre chose que de la clinique. Et ce qu'on a besoin actuellement au Québec, c'est une première ligne qui est très forte, dont entre autres des cliniques médicales qui vont offrir des services de consultation de première ligne et également des cliniques médicales avec des médecins qui vont travailler en équipe avec des infirmières, donc avec des groupes de médecine de famille.

L'autre niveau de la négociation, c'est au niveau de l'informatisation où on a une négociation spéciale qui est engagée pour informatiser les cliniques médicales de façon à ce que tous ceux qui veulent être informatisés puissent l'être, en autant qu'on ait des systèmes qui sont interopérables avec notre Dossier santé Québec. Donc, c'étaient les objectifs de la négociation.

Et comme, de fait, dans la négociation, on a réussi à mettre en place des mécanismes... dont, entre autres, un patient qui était inscrit à un guichet sans médecin de famille. À ce moment-là, il y a une tarification, à chaque fois qu'un médecin va prendre un patient, selon qu'il est vulnérable ou non vulnérable, de façon à encourager des gens à avoir plus de patients dans leur clientèle.

Et ça donne de gros effets. D'ailleurs, nous sommes surpris du nombre de patients qui est pris actuellement par les médecins de famille. Également, le retour des pratiques vers les cliniques médicales. Parce qu'en ayant une négociation par rapport aux bureaux on a réussi à rendre plus avantageuse la pratique en clinique médicale qui est présentement l'endroit qu'on veut renforcer le plus au Québec. Donc, c'est le sens général de la négociation. Puis je vous rappellerai que c'est une négociation qui est historique, on s'est entendus sans qu'il n'y ait eu de grève, et c'est une négociation qui s'est faite, je crois, à la satisfaction de tous les partenaires.

Donc, je demanderais peut-être à Mme Lapointe de venir nous expliquer beaucoup plus en détail l'entente avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** Sur le même consentement, à moins que j'entende une objection, Mme Lapointe, allez-y.

**Mme Lapointe (Édith):** Merci, M. le Président. Alors, peut-être en préalable, ce que je mentionnerais pour peut-être les gens qui sont moins familiers avec le processus de négociation, il faut savoir que, lorsqu'on convient d'une entente, que ça soit avec la Fédération des médecins omnipraticiens ou la Fédération des médecins spécialistes du Québec, on s'entend sur une enveloppe et on s'entend sur les grandes balises des mesures qu'on veut mettre en place. Maintenant, une fois que cela est fait, on doit convenir des modalités très spécifiques de chacune des mesures. Alors, on dit souvent entre nous qu'on a une deuxième négociation.

Évidemment, avec la FMOQ, il y a déjà quelques mesures qui sont convenues, mais j'aimerais vous présenter essentiellement ce qui va faire l'objet, là, des discussions qui sont déjà en cours et qu'on espère se conclure le plus rapidement possible. Comme l'a mentionné le ministre, il y a une mesure qu'on a mise en place, qui est en tout cas très satisfaisante selon nous, c'est la prise en charge des patients. Alors, on a introduit un incitatif qui permet au médecin, finalement, lorsqu'un patient est admis, de lui donner une rémunération additionnelle.

Maintenant, on veut aller plus loin. Pour faire en sorte de permettre aux médecins de prendre plus de patients, on doit assurer aussi qu'ils offrent plus de disponibilités. Alors, nous sommes en négociation actuellement, et ça va très bien avec la FMOQ, pour introduire un incitatif qui va permettre aux médecins qui travaillent plus de jours, donc qui offrent plus de disponibilités, d'avoir une rémunération additionnelle.

● (20 h 40) ●

Là aussi, comme l'a mentionné le ministre, ce qu'on veut, c'est qu'il y ait des médecins qui, sans délaisser les établissements, donc la pratique en milieu hospitalier, viennent aussi s'inscrire dans les cabinets pour offrir plus de services en cabinet. Alors, on est en train de discuter avec la FMOQ toujours d'un incitatif à la polyvalence. Alors, on veut que les médecins de famille donnent... encore là, prennent plus en charge les patients dans les cliniques. Donc, ça, c'est une mesure qui fait encore l'objet de discussions.

Un autre volet aussi qui est important, c'est qu'on était d'accord, les deux parties, qu'il y a des secteurs où c'est un petit peu plus difficile d'attirer les médecins. Alors, j'en nomme quelques-uns: tout le volet de la gériatrie, la pratique médicale aussi en CHSLD. Alors, on sait que ce sont des secteurs où on observe, depuis quelques années, que les médecins sont peut-être un peu moins enclins à aller pratiquer dans ces secteurs-là.

Alors, on a convenu avec la FMOQ de revoir le mode de rémunération pour faire en sorte qu'il y aura plus d'incitatifs, pour certains médecins, d'aller dans ces secteurs-là. Ça comprend aussi tout le secteur des soins à domicile. Donc, on est en discussion avec la FMOQ pour favoriser finalement un incitatif pour permettre finalement qu'il y ait plus de services dans ces secteurs-là.

Un autre élément aussi, qui fait l'objet d'échanges toujours, c'est d'élargir les clientèles vulnérables. Alors, dans l'entente actuelle, vous avez une liste des clientèles vulnérables qui favorise, encore une fois, la prise en charge de ces clientèles-là par les médecins. On a convenu d'ajouter, je vous donne quelques exemples, les patients évidemment qui ont un diagnostic d'hépatite C, l'insuffisance rénale, la déficience intellectuelle et aussi la reconnaissance de troubles d'attention avec hyperactivité. Alors, ce seront de nouveaux... On va élargir la notion de ce qu'on appelle les clientèles vulnérables.

Il y a aussi des discussions pour favoriser... On parlait beaucoup de la santé mentale. Alors, on veut aussi mettre l'emphase sur des incitatifs pour les communications avec le psychiatre répondant. Alors, on sait que c'est important, cette relation-là entre le médecin omnipraticien et le psychiatre, alors on veut la favoriser pour permettre, là, un service encore plus accru de ce côté-là.

D'autres éléments aussi. On veut mettre l'emphase sur ce qu'on appelle l'«advanced access», alors, qui est un peu un système de gestion des listes d'attente dans les cliniques. On sait que ça a donné de très bons résultats dans d'autres provinces et dans certains pays. Il y a déjà des cabinets qui l'ont mis en place. Alors, on veut aller plus loin de ce côté-là.

Je vous dirais essentiellement, c'est les sujets sur lesquels, là, nous sommes toujours en discussion, et en espérant, le plus rapidement possible, de les mettre en oeuvre, là, dans les meilleurs délais.

**M. Chevarie:** M. le Président. Je vais...

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y.

**M. Chevarie:** Merci. Par rapport à la valorisation sur les jours travaillés puis augmenter la productivité... ou je ne sais pas si on peut le qualifier comme ça, mais est-ce qu'il y a des mesures particulières qui ont été visées sur cet objectif-là plus particulièrement?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Lapointe.

**Mme Lapointe (Édith):** Merci, M. le Président. Alors, cette mesure-là, ce qu'elle vise, puis vous le soulignez bien... Dans l'entente, qui évidemment met en lumière, là, et met l'emphase sur la valorisation de la médecine de famille, on souhaitait aussi avoir des incitatifs pour accroître la prestation de travail des médecins. Alors, dans les discussions qui ont cours, évidemment sans aller dans le détail parce que les discussions ne sont pas complétées, mais... effectivement, ce qu'on veut, c'est qu'il y ait un nombre de patients qui soit exigé pour pouvoir toucher à la rémunération additionnelle. Donc, évidemment, on tiendrait compte du nombre de patients qui seraient à la charge du médecin pour pouvoir obtenir un incitatif additionnel.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Mme Lapointe, est-ce qu'il y a... Dans cette évaluation-là, j'imagine qu'il va y avoir aussi un exercice pour tenter de qualifier — excusez l'expression anglaise, mais... — le «case load» du médecin ou la clientèle suivie par le médecin? Parce que j'imagine que la charge de travail pour un médecin, si, par exemple, on a des personnes âgées avec des problèmes chroniques, dans son suivi régulier, si on a également des clientèles avec des problèmes de santé mentale, ce n'est pas à l'intérieur d'un 15 minutes en cabinet que tu réussis à assurer un suivi peut-être adéquat. Peut-être dans certaines circonstances, oui, mais, dans d'autres, pas. Alors, est-ce que ce sont des éléments de discussion que vous faites actuellement?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Lapointe.

**Mme Lapointe (Édith):** Merci. Tout à fait, on prend plusieurs éléments en compte. Et, je vous dirais, c'est... Souvent, on dit: Le diable est dans les détails lorsqu'on est en négociation. Et c'est là où nous en sommes, c'est-à-dire qu'il faut qu'on s'entende sur qu'est-ce qu'on doit prendre en compte pour définir le nombre de patients qui est nécessaire pour bénéficier des incitatifs, tout à fait.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Oui. Un autre élément, c'est... Vous avez mentionné un peu dans la présentation des détails qui sont en discussion, ou qui sont avancés, ou qui sont réglés dans certains cas sur l'amélioration des conditions de deuxième ligne, puis vous avez fait référence aux soins à domicile. Moi, ça me préoccupe beaucoup, parce que je pense qu'effectivement les interventions médicales en résidence privée ou à domicile favorisent, chez une personne en perte d'autonomie, la possibilité de demeurer à domicile si elle a un contact assez régulier avec son médecin, avec l'équipe de soins à domicile, ainsi de suite.

Et c'est peut-être plus un commentaire que j'apporte à ce moment-ci en nous disant que c'est un des éléments qui fait partie de la réflexion et de la discussion de considérer les interventions à domicile. Ça me réjouit beaucoup, au même titre qu'on a identifié l'intervention en CHSLD qui semble aussi être considérée dans ce sens-là. Alors, peut-être avoir un commentaire de vous sur cet aspect-là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Lapointe.

**Mme Lapointe (Édith):** Alors, comme je le mentionnais peut-être rapidement, effectivement, les secteurs qui sont mentionnés, ce sont des secteurs où on constate qu'il est plus difficile d'attirer des médecins pour exercer la pratique médicale dans ces milieux-là. Et on pense que le levier... Ce qu'on a convenu avec la FMOQ, c'est que ce qu'il faut regarder, c'est la façon dont on rémunère les médecins qui pratiquent dans ces milieux-là où la clientèle est souvent âgée. Donc, comme vous le mentionnez, ça prend peut-être plus que 10 ou 15 minutes pour faire un bon diagnostic et un bon suivi, alors il faut revoir... Et ça, ce n'est pas débuté, on a commencé, on est très... Je dirais que ce n'est peut-être pas le dossier où on a le plus avancé, mais effectivement on va regarder la façon dont on rémunère les médecins qui sont dans ces secteurs-là.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Combien est-ce qu'il reste de temps? Trois minutes, O.K. On pourrait peut-être aborder assez rapidement les ententes avec la FMSQ, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, un peu dans la même présentation, nous faire un bilan assez rapide de l'entente qui a été conclue récemment avec la fédération.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Bien, je vais juste introduire. Ce qui a été visé également à ce niveau-là, c'est l'amélioration au niveau de l'accessibilité. Vraiment, on travaille beaucoup à pouvoir donner un certain montant d'argent et être capable de payer des comportements qu'on veut avoir ou des services qu'on veut avoir avec nos clientèles. Je laisserais Mme Lapointe, là, qui connaît bien le dossier, là, donner des détails.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il vous reste deux minutes, Mme Lapointe. Allez-y.

**Mme Lapointe (Édith):** Merci. Alors, peut-être, rapidement, les mesures sur lesquelles on travaille de façon, je dirais, prioritaire avec la FMSQ, je vous en énumère quelques-unes. Peut-être une mesure fondamentale pour nous, et on est d'accord, et la FMSQ est d'accord avec nous, c'est ce qu'on appelle, nous, l'accueil clinique. Alors, il faut qu'on développe puis qu'on mette des incitatifs encore plus grand pour permettre aux médecins de famille, dans un délai raisonnable, d'avoir accès à un médecin spécialisé. Et ça, c'est un enjeu majeur qui va peut-être prendre quelques semaines mais qui est fondamental pour nous, et on pense que c'est une façon de venir supporter la première ligne qui est, dans le fond, le premier contact souvent avec la population.

Un autre enjeu, et, je pense, Mme Verreault en a parlé un peu, mais on travaille aussi beaucoup lors de nos échanges à développer tout le volet qu'on appelait la téléconsultation, la télé médecine. On sait qu'on va vers ça en termes de médecine d'avenir. Il faut, là aussi, qu'on mette des incitatifs pour permettre finalement aux médecins spécialistes à distance de pouvoir offrir un support aux médecins qui sont peut-être en région éloignée comme le Grand Nord. On sait que c'est très attendu.

Il y a aussi tout le volet de l'ultrasonographie. Alors, là aussi, on est en démarche avec la FMSQ pour permettre aux CSSS d'avoir un meilleur accès à tous ces services-là. On parle beaucoup des incitatifs pour les régions. On a parlé... Des fois, c'est difficile d'attirer des médecins en région éloignée. Alors, il y a tout un dossier qui traite ça. Le dossier du vieillissement de la population, on en a parlé pour la FMOQ. C'est la même chose pour la FMSQ. On veut qu'il y ait des incitatifs pour une meilleure prise en charge de la population vieillissante. Secteur de la santé mentale. On est en discussion aussi avec la FMSQ. Tout le volet des communautés autochtones, vraiment un secteur important où il va falloir apporter un appui, alors on est en échange là aussi sur ce volet-là. Très rapidement.

● (20 h 50) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Il reste 20 secondes. Si vous voulez faire un dernier commentaire, allez-y.

**M. Chevarie:** 20 secondes, juste... Oui, merci, M. le Président. S'il vous plaît, n'allez pas trop loin parce qu'à l'autre bloc j'aimerais aborder la négociation des conventions collectives pour l'ensemble du personnel de réseau, puis je pense qu'on a plusieurs points, là, qu'on aimerait échanger avec vous. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci. Merci, M. le député des Îles. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Oui, M. le Président, juste quelques mots. Tantôt, on a parlé du Plan Nord, j'aimerais ça... j'aimerais savoir du ministre... Je sais qu'il y a une équipe qui travaille sur le Plan Nord au ministère de la Santé et des Services sociaux. Je ne me trompe pas, je pense, hein?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Il y avait... C'était M. Pierre Laflamme qui était responsable pour le ministère, là, des travaux avec le Plan Nord.

**Mme Maltais:** O.K. Est-ce qu'il y a... Il y a une équipe de combien de personnes à peu près? C'est quel type d'envergure? C'est-u une direction, d'abord? Est-ce que c'est une direction du Plan Nord? Est-ce que c'est une...

**Une voix: ...**

**M. Bolduc:** C'est ça. C'est la même direction que les Affaires autochtones, puis il y a deux... c'est deux personnes qui travaillent spécifiquement sur le Plan Nord.

**Mme Maltais:** Sur le Plan Nord. Est-ce qu'il commence à y avoir une évaluation des impacts sur le Plan Nord pour le réseau de la santé et services sociaux? Par exemple, s'il y a de la construction de routes, c'est sûr qu'il faut assurer des services, entre autres les services ambulanciers, des choses comme ça. Est-ce que vous avez fait une évaluation?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui, c'est commencé parce que le Plan Nord est en développement, Mais, entre autres, dans des endroits comme Sept-Îles, ça va prendre un plan d'amélioration parce qu'il y a une croissance qui est au-delà de la normale pour la région de Sept-Îles. Mais également on parlait tantôt des endroits comme Fermont, Schefferville. Ce sont des endroits où il y a une croissance de population puis il y a des travailleurs, donc ça va apporter un ajustement au niveau des services et des infrastructures.

**Mme Maltais:** Est-ce qu'on a une évaluation? Est-ce que vous êtes en cours d'évaluation? Est-ce que...

**M. Bolduc:** On est en cours d'évaluation.

**Une voix: ...**

**M. Bolduc:** C'est ça, puis... On a obtenu un budget pour faire l'étude, puis actuellement nous sommes en cours d'évaluation.

**Mme Maltais:** O.K. Est-ce que vous êtes vigilants? Est-ce que vous avez une vigie sur le déplacement de personnel qui pourrait aller vers les compagnies minières?

J'ai eu un écho... J'avais demandé d'avoir des informations pour ce soir, là, de déplacement de personnel, des gens qui étaient dans le réseau public, mais dans le Nord, puis qui se déplaçaient et qui pouvaient être engagés vers le réseau privé. Comme on est déjà dans des régions où c'est extrêmement difficile d'avoir, de conserver les médecins — croyez-moi, je suis une enfant de la Côte-Nord, je le sais — est-ce qu'il y a une opération de vigilance pour voir est-ce que le personnel... Ce n'est pas seulement les médecins, là, ça peut être du personnel soignant, ça peut être... qui se déplacent vers le privé... puis qu'on perde un peu de personnel là-dedans. Est-ce qu'il y a une... Vous avez eu des échos de ça?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** On n'a pas eu d'information à ce niveau, mais, à partir du moment que vous nous le dites, on va être plus vigilants, mais on n'a pas constaté ça du tout dans le réseau de la santé jusqu'à maintenant.

**Mme Maltais:** O.K. Comme je le dis, c'est un écho que j'ai eu de la part de collègues. Vous savez qu'on a des collègues, nous, qui sont dans le Grand Nord. J'avais demandé d'amener les infos pour ce soir, ils n'ont pas réussi, mais je les transmettrai au ministre si jamais ça s'avère vrai. Je vous aviserai parce que ce serait important.

On était... On parlait des infirmières tout à l'heure. Le 4 novembre 2003, le prédécesseur du ministre actuel, c'était le ministre Philippe Couillard, il annonçait, d'ici 2006, la formation et l'embauche de 75 infirmières praticiennes spécialisées dans les secteurs de la néphrologie, de la cardiologie et de la néonatalogie. Alors, je sais que le ministre n'aime pas les pourcentages. Ça donne 70 % de son objectif d'atteint, mais l'objectif était pour 2006; là, on est rendu en 2012. Mais c'est qu'il y a actuellement, ce que j'ai, un certificat émis, 52 IPS dans ces trois spécialités-là sur 75, qui était l'objectif pour 2006. Ça a bloqué, semble-t-il, puis il y a eu entre autres... Un des gros problèmes, c'est que l'Université Laval a suspendu son programme en néphrologie pour toutes sortes de raisons, là, qui ont été expliquées, là: le programme de bourses d'étude... En tout cas, l'Université Laval a décidé d'abandonner, donc, une des trois spécialités.

En plus, dans le Plan stratégique 2010-2015 du ministère, l'objectif: «Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées [...] en soins de première ligne.» Et on ne parle plus des spécialités.

Alors, ce qu'on voudrait savoir, c'est: Est-ce que ces trois spécialités ne sont plus dans les priorités du ministère de la Santé et Services sociaux? Ça avait fait l'objet d'une annonce en 2003, ça devait être réalisé en 2006 et, aujourd'hui, ça n'existe même plus dans le plan stratégique. En tout cas, pas écrit comme ça. On ne nous parle que de la première ligne. Est-ce que, finalement, on a abandonné les IPS en néphro, en cardio et en néonatalogie, comme on dit dans le langage sociosanitaire?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Justement, j'en ai parlé avec Mme Desrosiers cette semaine. Au niveau des infirmières praticiennes spécialisées, on voit définitivement qu'on est en train d'en former beaucoup en première ligne, des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, où, là, les cohortes que nous avons annoncées se sont mises en place et on a les sorties. D'ailleurs, elle était très fière de me montrer le tableau des infirmières praticiennes spécialisées, puis elle m'a dit: Yves, regarde comment est-ce qu'on en a beaucoup de formées. Puis ce que je lui ai dit: Il va falloir en former encore plus parce qu'on en veut beaucoup dans le réseau de la santé. Ça fait que, du côté des infirmières praticiennes spécialisées de première ligne, je pense qu'il y a une grande satisfaction, puis on va atteindre nos objectifs.

Du côté de la spécialité, il y en a déjà plusieurs qui sont en place. Mais ce que l'on constate, c'est qu'il y a un marché limité pour les infirmières au niveau de ces unités-là. Où elles sont, je pense qu'elles font un excellent travail, mais il ne semblerait pas qu'il y ait un grand développement au niveau de ces différentes spécialités là où elles sont déjà organisées pour prendre en charge les patients. Donc, autrement dit, on surveille la situation de près, on est favorable aux infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie, en néphrologie, en néonatalogie, mais il faut voir que le marché est plus limité, donc il faut être prudents au niveau de la formation. Par contre, en première ligne, il y a définitivement une place importante pour les infirmières praticiennes spécialisées.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Je voudrais lire le site de l'Université Laval: «Cardiologie, veuillez noter qu'aucune demande d'admission ne sera traitée pour le programme de maîtrise en sciences infirmières soins tertiaires et le programme de D.E.S.S., pratique spécialisée en cardiologie à partir du 13 février 2012.» Donc, c'est non seulement la néphrologie, mais là ça serait la cardiologie. Est-ce que vous le saviez? Moi, je viens de...

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Ce que l'on sait actuellement, c'est que, du côté des spécialités, il semblerait qu'il y a moins de postes disponibles au niveau des infirmières praticiennes spécialisées. Par contre, en première ligne, il y a vraiment un marché qui est important, puis c'est là qu'on va devoir les former le plus. Mais, même au niveau des unités, même au niveau des spécialistes, il semblerait que l'organisation des soins ne nécessite pas nécessairement des infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie puis en néphrologie.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Je suis un peu étonnée, là. On nous a vendu ça comme l'avancée du siècle. Moi, les IPS, j'y crois, j'y crois profondément puis je suis contente qu'en première ligne ça marche. Mais là, en spécialités, qu'est-ce qui bloque? Est-ce que c'est finalement... Ce n'est pas finalement parce que... parce qu'il n'y a pas de financement pour les postes, du financement spécifique pour les postes?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** En tout cas, ce que je peux vous dire actuellement, ce n'est pas... je ne pense pas que c'est une question de financement, je pense que c'est beaucoup plus une question, comme je vous disais, d'organisation des services.

Puis, quand les décisions ont été prises, là, on était dans les années 2003-2004... À l'usage, ce que l'on voit, c'est, comme de fait, l'organisation des services dans ces pratiques-là, il y a de la place pour les infirmières praticiennes spécialisées mais probablement pas le nombre...

De toute façon, ce qu'il faut voir des unités de néonatalogie, des unités de cardiologie, c'est souvent organisé avec des infirmières, puis elles travaillent avec des résidents, puis avec des spécialistes. Et ce qu'on voit actuellement, c'est qu'il y a beaucoup de marché au niveau des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne où on veut en former beaucoup. Et on en a, au niveau des spécialités de la cardiologie, néonatalogie et néphrologie. Mais, comme je vous dis, il y a moins de développement à ce niveau-là.

**Mme Maltais:** Mais là, M. le Président, c'est parce que...

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

**Mme Maltais:** Moi, ce que je comprends, c'est qu'on abandonne, parce que, là, il y a deux... deux fois... L'Université Laval abandonne... ferme deux formations, il en reste seulement une. On nous dit qu'il n'y a pas... Finalement, ce qu'on est en train de dire, c'est qu'il n'y a pas d'avenir dans la profession parce que, là, moi, c'est ça, le danger, de ce que je comprends. Les signaux de l'université sont clairs. Puis là ce que le ministre nous dit, c'est: Le système de santé s'est organisé sans elles, et donc ça va être perdu. Il faudrait que le message soit clair ou...

**M. Bolduc:** Oui. Bien, deux messages, là. Le premier, c'est que, si on y va juste au niveau des hôpitaux tertiaires, le marché, il n'est pas tellement gros, O.K.? On parle des universitaires tertiaires, c'est-à-dire comme l'Institut de cardio à Montréal et l'Institut de cardio et de pneumo ici à Québec, mais, des installations comme celles-là, il n'y en a pas beaucoup, ça fait qu'il n'y a pas beaucoup de marché pour les infirmières.

Là, ce que nous sommes en train de faire, c'est d'évaluer si, en deuxième ligne, soit en néphrologie, en néonatalogie ou en cardiologie, il n'y aurait pas lieu d'avoir des infirmières praticiennes spécialisées. Mais, actuellement, c'est en évaluation.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

● (21 heures) ●

**Mme Maltais:** Bien, c'est toute une nouvelle, parce qu'on a dirigé des gens vers ça, on a fondé de l'espoir là-dessus, on a monté des formations à l'université. C'est coûteux ça, là, là. Et puis finalement, aujourd'hui, on découvre que ça... Je le découvre aussi, moi, là, là, puis je trouve ça dommage, donc, que ça ne fonctionne...

**M. Bolduc:** Bien, il y a un marché, mais il n'y a pas beaucoup d'unités tertiaires en cardiologie au Québec, là. C'est quelques hôpitaux qui ont ça.

**Mme Maltais:** Mais on le savait, ça, avant d'ouvrir ces...

**M. Bolduc:** C'est ça. Sauf qu'à l'usage il faut être capable de réévaluer ça. C'est pour ça qu'actuellement le ministère est en train de réévaluer la pratique des infirmières praticiennes spécialisées dans ces trois domaines. Mais, comme je le rappelle, pour ce qu'il s'agit de la première ligne, ça, on sait qu'il y a un grand, grand, grand marché. On veut en former 500 au cours des sept années à partir du moment qu'on a annoncé le programme. Et je sais que, par la suite, le nombre va continuer d'augmenter parce qu'il y a des besoins en première ligne au niveau des établissements de santé, au niveau des CLSC puis beaucoup au niveau aussi des groupes de médecine de famille.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, madame.

**Mme Maltais:** C'est une grosse nouvelle. Première ligne, on s'entendait, là. Ça, on a toujours appuyé énormément. Mais là d'apprendre que c'est abandonné, ça fait...

**M. Bolduc:** Mais ce n'est pas...

**Mme Maltais:** De 2003 à 2012, ça fait neuf ans, neuf ans à fonder des choses.

**M. Bolduc:** M. le Président, ce n'est pas abandonné.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Ce n'est pas abandonné, mais c'était en évaluation actuellement. Ça fait qu'avant de prendre une décision on va avoir probablement l'occasion de s'en reparler. Mais moi, je dirais que, pour le moment, on va commencer par réévaluer. Comme de fait, c'était un nouveau programme qui avait été mis en place, et il est logique et normal qu'on réévalue. Et à ce moment-là peut-être qu'ils ont aussi plus leur place également dans des hôpitaux secondaires et non pas seulement que dans du tertiaire très spécialisé.

**Mme Maltais:** Quand vous dites...

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Quand vous dites qu'il n'y a pas de marché, ça veut dire qu'on en formait...

**M. Bolduc:** ...restreint.

**Mme Maltais:** ...trop pour le nombre qu'on peut utiliser ou bien on ne leur a pas trouvé de fonction dans ces hôpitaux-là? Il y a quelque chose qui n'est pas clair pour moi là-dedans.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, pour être sûr qu'on se donne tous la même information, je vais demander au Dr Jean Rodrigue de venir exposer où on en est rendus dans ce dossier.

**Mme Maltais:** Oui, si le Dr Rodrigue peut nous donner un petit éclaircissement. Il sait comment j'aime que les gens soient clairs et brefs. Bonjour, docteur.

**M. Rodrigue (Jean):** Oui. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, avec le même consentement, Dr Rodrigue, vous présenter, s'il vous plaît.

**M. Rodrigue (Jean):** Oui. Jean Rodrigue, sous-ministre adjoint à la Direction générale des services de santé de la médecine universitaire...

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y.

**M. Rodrigue (Jean):** ...qui comprend aussi une Direction des services infirmiers.

Et, pas plus tard que cet après-midi, M. le Président, on parlait justement, avec ma directrice, Mme Danielle Fleury, de cette question-là des infirmières praticiennes spécialisées. Je pense que le constat du ministre est exact, c'est-à-dire que, dans le fond, au départ, on avait conçu le programme et on avait regardé les professions comme étant dans des centres tertiaires et comme étant des aides à des médecins surspécialisés.

Il y a une limite à ça, comme l'a dit le ministre. Avec les résidents et avec les infirmières qui sont déjà, par exemple, dans les soins intensifs en cardiologie ou dans les unités de néonatalogie, il y a eu une difficulté de voir un petit peu la place de ces IPS là. Alors donc, on est en train d'évaluer ça au niveau des centres tertiaires.

Mais il y a, quant à nous, un potentiel énorme. Puis j'invite la députée de Taschereau à saisir cette opportunité-là dans l'ensemble des unités.

Puis je vais vous donner deux ou trois exemples. On est en train de développer, dans les régions, des centres de... des unités de néonatalogie de niveau qu'on appelle 2b, c'est-à-dire juste avant, et il y a une place fantastique pour les infirmières... les IPS en néonatalogie dans ces milieux-là, où il n'y a pas toujours des néonatalogistes.

En néphrologie, il y a un potentiel énorme d'utiliser les IPS dans les unités externes de... dans les unités extérieures de suppléance rénale hors des grands centres. Pensons à Baie-Comeau, par exemple. S'il y avait deux ou trois IPS en néphrologie pour être en appui aux médecins de famille qui sont là-bas et en lien avec les néphrologues de Québec, ça serait un ajout énorme.

Alors donc, ce qu'on est en train de voir actuellement, c'est que, parallèlement à la place des IPS en soins spécialisés dans les centres tertiaires, on est en train de regarder de quelle façon on serait capables de les déployer pour qu'ils puissent utiliser tout le potentiel, toute leur expertise dans des centres où vraiment on a besoin de soins spécialisés et où l'IPS peut être d'un apport majeur. Alors donc, c'est un peu cette voie-là qu'on prend.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Merci pour ce complément d'information là. Je vois bien, là, où ce qu'on s'en va, puis on va...

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Dr Rodrigue.

**Mme Maltais:** O.K. Les sages-femmes, tant qu'à être dans les professions. C'est mon bloc professions ce soir. On en a discuté beaucoup l'année dernière. On a parlé aussi des sages-femmes qui étaient venues nous dire que les étudiantes avaient de la difficulté à se trouver, là, des postes à temps plein. Le ministre avait fait une annonce. Il devait faire passer de — j'avais... j'ai le chiffre — 77,6 sages-femmes des ETC, équivalents temps complet, à 101 à la fin de 2012. Comment est-ce que ça évolue? Est-ce qu'on peut savoir aussi combien de sages-femmes en équivalent temps complet travaillent actuellement, s'il vous plaît?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, ce que j'avais fait l'année dernière... Si vous vous en souvenez, les gens disaient qu'il n'y aurait pas d'emplois. On a ouvert des postes parce qu'on en avait besoin, surtout en obstétrique. Il y avait un

besoin de main-d'oeuvre en obstétrique. Également, on avait annoncé une maison des sages-femmes dans la Montérégie. Et j'avais également annoncé, l'année dernière, que le financement serait pris à 100 % par le ministère parce que, lorsqu'on arrivait avec un financement partagé avec les agences, il manquait toujours le 50 % du côté des agences. Et c'est les mêmes orientations que nous avons cette année.

Au niveau des projets...

**Une voix:** ...

**M. Bolduc:** O.K. Actuellement, ce qu'on me dit, c'est qu'il y en a 80 qui travaillent au niveau des sages-femmes. Là, on va voir, avec la cohorte qui va sortir cette année, là, la main-d'oeuvre supplémentaire que nous allons avoir. Mais je peux vous dire que... Comme je l'ai dit l'année dernière, c'est qu'on regarde les projets sages-femmes et on veut en mettre en place.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** S'il y a une nouvelle cohorte de 40 qui va sortir, est-ce qu'il y a de l'espoir pour ces 40 qui vont terminer leur formation cette année? Parce que, là, on est passés de 77 à 80. Je croyais qu'on en avait... qu'on avait ouvert plus de postes. Je croyais que l'objectif, d'ici la fin, c'était 101 puis que la nouvelle cohorte... puis que ça, c'était sous les anciennes cohortes. Alors là, on est rendus à seulement 80; 40 nouvelles qui sortent. Est-ce que... Comment on va faire? Quels gestes allez-vous poser pour éviter que ces femmes qu'on a formées pour un besoin qui est réel, hein... On sait que les femmes du Québec, elles demandent d'être... d'accoucher avec des sages-femmes. Bon, il y a les maisons des naissances, mais il y a la pratique des sages-femmes. Comment est-ce qu'on va réussir à faire face à ces femmes qui arrivent sur le marché du travail et à leur donner des emplois?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Écoutez, on forme les sages-femmes, donc on veut les utiliser. La question maintenant, c'est qu'il y a de la place dans certains endroits au niveau qu'il y a des maisons des sages-femmes, mais on n'a pas tant de maisons de sages-femmes, là, pour être capables, pour la maison des naissances... pour être capables d'accueillir 40 personnes supplémentaires.

Par contre, il y a de la place dans le réseau de la santé. Puis je pense qu'on doit s'asseoir avec l'Association des sages-femmes pour voir comment on pourrait peut-être les intégrer pour qu'elles donnent un coup de main ou qu'elles prennent leur place en obstétrique, à l'intérieur des établissements de santé.

Puis je sais qu'il y a toujours une réticence, mais là on tombe au niveau où ce qu'il va en sortir plus qu'il va y avoir de places dans les maisons des sages-femmes. Puis vous comprenez qu'on ne rajoutera pas non plus des postes pour rajouter des postes. On l'a fait l'année dernière, mais on va atteindre une limite.

Donc, il faut vraiment discuter avec l'Association des sages-femmes, l'Ordre des sages-femmes, voir comment on peut les intégrer dans notre réseau pour qu'elles puissent faire la pratique des sages-femmes dans des endroits où ce qu'elles vont suivre des patientes pour que justement... elles vont pouvoir accoucher les nouveau-nés et qu'on puisse par la suite avoir une offre de services qui est adéquate.

Il y a de la place dans le réseau de la santé, mais il y a de la place aussi aux endroits où ce qu'on va pouvoir pratiquer. Donc, ça va être des discussions qu'on va avoir.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau, il reste deux minutes. Question, réponse.

**Mme Maltais:** Bien, ça va permettre de dire que, dans la Politique de périnatalité 2008-2018, il devait y avoir 13 nouvelles maisons de naissances. Ce que je comprends, c'est qu'il y en a une seulement puis que, l'autre, on va l'annoncer bientôt, on va l'ouvrir bientôt, donc... On parle même de mai. Moi, j'ai entendu dire mai 2012. C'est drôle, je ne sais pas pourquoi mai 2012 arrive régulièrement quand il s'agit d'années. Mais ça veut dire qu'il y en a juste deux... De 2008 à 2012, il y a eu deux nouvelles maisons des naissances, puis, même, la deuxième n'est pas encore née elle-même, elle n'a pas été ouverte. Donc, je comprends qu'on ait de la misère à employer les sages-femmes si on n'ouvre pas de maisons des naissances.

**M. Bolduc:** Mais, bon, un, on est en 2012. C'est d'ici 2018.

**Mme Maltais:** Oui, mais ça fait quatre ans quand même, quatre ans pour deux maisons.

**M. Bolduc:** Puis actuellement on a déjà huit maisons des naissances.

**Mme Maltais:** Oui, oui, mais ça...

**M. Bolduc:** Il va y en avoir...

**Mme Maltais:** ...c'est préalable à la Politique de périnatalité et à l'annonce de 13 nouvelles maisons.

**M. Bolduc:** C'est ça. Puis...

**Mme Maltais:** Ce n'est pas neuf plus deux, 11, sur 13, c'est 13 à partir des neuf.

**M. Bolduc:** Mais, pour...

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le ministre.

**Mme Maltais:** Oui, on est fatigués, là, on se parle comme si on était autour d'une table. Excusez-moi, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Pas de problème. Il n'y a pas de problème. Allez-y, M. le ministre.

● (21 h 10) ●

**M. Bolduc:** Mais, pour 2018, l'objectif va être rencontré, parce qu'il nous reste encore quand même six ans pour le faire. Ça fait que, si on annonce deux maisons des naissances par année, on va l'atteindre.

Mais tout ça pour dire qu'il va sortir plus de sages-femmes qu'il va s'ouvrir de maisons. Moi, ce que je dis, c'est qu'il va falloir qu'on regarde avec les sages-femmes pour pouvoir les intégrer dans le réseau de la santé et puis de les intégrer pour qu'elles fassent une pratique de sage-femme. Mais ça pourrait être aussi à l'intérieur des établissements. Ça va être des discussions qu'on va avoir. Mais elles peuvent garder espoir que celles qui vont sortir vont pouvoir pratiquer. Mais on ne mettra pas des sages-femmes à des endroits où ce qu'il n'y a pas de besoins.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre.

**Mme Maltais:** Bien, on en a besoin partout. Les Québécoises en veulent, elles en demandent. Le retard, il est dans l'établissement des maisons de naissances. Je le répète, en quatre ans...

**Le Président (M. Sklavounos):** Le bloc...

**Mme Maltais:** ...en trois ans et demi, on a fait une maison des naissances, puis l'autre va ouvrir bientôt.

**Le Président (M. Sklavounos):** Le bloc est terminé, Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Oui.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Oui.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y.

**M. Chevarie:** Merci. Bon, comme je le mentionnais tantôt, on sait que le réseau de la santé et des services sociaux vient de conclure des ententes avec l'ensemble de ses salariés, plus de 240 000, près de 250 000 employés, puis on a signé une convention collective pour à peu près une quinzaine d'accréditations syndicales, et ça va couvrir la période de 2010 à 2015.

Maintenant, on l'a qualifiée d'entente un peu historique, et j'aimerais ça peut-être entendre le ministre là-dessus... ou encore Mme Lapointe pour certains détails. Alors, je vous laisse la parole, M. le ministre, dans un premier temps, sur cette entente qu'on a conclue avec l'ensemble des employés du réseau.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Comme de fait, M. le Président, c'est une entente à laquelle j'ai eu l'honneur de participer, et ça a été une entente qui s'est relativement bien déroulée, avec le front commun entre autres, où on a négocié pendant plusieurs mois pour en arriver à la fin à avoir une entente qui va nous permettre de dire qu'on va avoir la paix sociale pour les cinq prochaines années.

Mais également, dans ces ententes, on a fait des engagements par rapport à l'utilisation des gens. Et je vous dirais qu'on... Pour ce qu'il s'agit des détails, j'aimerais que Mme Lapointe vienne nous en parler. Mais ça a été une entente historique parce que c'est la première fois qu'on réussissait à signer une entente pour une période de cinq ans dans laquelle il n'y a pas eu de grève, il n'y a pas eu de débrayage, et puis que je pense que tout le monde a été satisfait sur la façon dont ça s'est déroulé.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, je crois que Mme Lapointe est en train de s'installer. Sur le même consentement, à moins qu'il y ait d'objections, Mme Lapointe.

**Mme Lapointe (Édith):** Merci, M. le Président. Écoutez, peut-être que je rappellerais ce qu'on a retrouvé dans les ententes collectives, parce qu'effectivement c'est une entente qui est particulière autant en ce qu'on a introduit mais, je dirais, la suite de ces ententes-là.

Alors, les enjeux que nous avons lors de la dernière ronde de négociations, c'était d'assurer la disponibilité de la main-d'oeuvre. Le député l'a mentionné, on parle de plus... près de 250 000 salariés qui, tous les jours, oeuvrent dans

notre réseau, alors c'est important pour nous de reconnaître les gens qui y oeuvrent, mais qui y oeuvrent de façon soutenue. Alors, on a introduit, par différentes mesures, dans les conventions collectives, une reconnaissance pour les infirmières, pour tous les types d'emploi, les gens qui donnent plus de temps à chaque semaine. Alors, il y avait toujours... on tenait compte de la disponibilité de la personne.

Alors, pour vous donner un exemple, l'infirmière qui travaillait cinq jours-semaine ou quatre jours-semaine voyait une bonification additionnelle par rapport à l'infirmière qui, peut-être, travaillait à l'occasion dans le réseau.

L'autre enjeu pour nous était d'obtenir de la souplesse, de la souplesse pour les employeurs mais de la souplesse pour les employés. Alors, pour nous, c'était très important qu'il y ait un équilibre. Alors, tout ça se traduisait par différentes mesures.

Je vous en nomme une: on parle beaucoup des horaires atypiques. Alors, on sait que, la façon dont notre réseau est constitué, les infirmières travaillent normalement cinq jours par semaine, et ce qui fait qu'on voulait permettre, surtout dans un cadre de conciliation travail-famille, de... permettre, particulièrement à des infirmières, de pouvoir travailler le même nombre d'heures mais sur un nombre de jours réduit, ce qui faisait en sorte que les gens pouvaient décider de travailler leur nombre d'heures sur trois jours, trois jours et demi, quatre jours. Alors, ça, ce sont des dispositions qui vont donner de la souplesse aux employés, et on est convaincus qu'en leur donnant plus de souplesse on les garde plus longtemps avec nous, puis c'est ce qu'on visait.

Ce qui, peut-être, caractérise encore plus cette entente-ci, c'est que normalement, lorsqu'on convenait d'une entente pour un nombre d'années, bien, on se revoyait à la prochaine négociation, qui pouvait être trois ans plus tard. Comme l'a mentionné M. le ministre, c'est une convention qui dure cinq ans, et on ne va pas attendre cinq ans pour continuer à discuter des problématiques qui ont cours dans notre réseau.

Alors, pour ce faire, on a convenu, avec l'ensemble des syndicats, de mettre en place différents comités. Les comités, ce qu'ils vont faire, c'est qu'on regarde des problématiques spécifiques. Je vous en donne quelques-uns.

On a un comité qui regarde toute la problématique de la main-d'oeuvre en CHSLD. Je vous parlais tantôt des médecins, où on a des milieux qui sont moins attractifs. On constate que c'est plus difficile de recruter en CHSLD quand... dans un hôpital, par exemple, très spécialisé. Alors, on est en discussion avec les syndicats, avec nos partenaires, les associations d'employeurs pour voir quelles sont les problématiques. Et ces comités-là — la plupart, on a des sommes allouées pour les comités — on va aller plus loin que... Souvent, la seule mesure qu'on trouve, c'est de bonifier la rémunération. On pense qu'on peut aller plus loin que ça. On est convaincus qu'il y a des mesures intéressantes, que ça soit de la formation ou des projets en organisation du travail, pour faire en sorte que l'employé, le matin, ait le goût de venir travailler puis qu'il demeure dans son milieu de travail.

Alors, c'est nouveau, c'est très intéressant, ça institue un peu une négociation continue avec les salariés, ce qu'on n'avait pas l'habitude d'avoir. Comme je l'indiquais, on négociait et on se revoyait à la prochaine... au renouvellement.

Peut-être un autre exemple: On a parlé tantôt de la main-d'oeuvre indépendante. On a convenu d'une entente avec la FIIQ qui est, à mon humble avis, très importante. On a décidé ensemble d'adresser la problématique de la main-d'oeuvre indépendante mais aussi de demander aux établissements et aux syndicats locaux de revoir leurs dispositions locales, qui viennent, dans le fond, circonscrire comment se fait l'organisation de tous les jours.

Je vous donne quelques exemples. Un établissement et son vis-à-vis, le syndicat local, pourraient convenir de revoir la notion de poste. On pourrait créer des postes, par exemple, où une infirmière pourrait travailler dans deux secteurs d'activité, alors qu'actuellement, souvent, les gens sont confinés dans un secteur, alors, lorsque vous avez besoin dans le secteur à côté, bien, vous ne pouvez pas utiliser... demander à l'infirmière de se déplacer. Alors, on veut... Et c'est en cours actuellement, cette négociation locale là. Alors, la FIIQ et nous, on soutient nos établissements et les syndicats locaux pour revoir, encore une fois, cette souplesse-là, qui est autant pour l'employeur que pour la salariée. On est convaincus que c'est une façon de faire qui va permettre, finalement, de rendre les gens tous un petit peu plus heureux et de donner aussi une meilleure reconnaissance aux employés. Alors, ça, c'est un autre exemple de comité qu'on a.

Je finirais avec, peut-être, un dernier, qui est très important. Alors, comme je vous disais, on a à peu près une vingtaine de comités. Et, la semaine passée, nous avons conclu, alors, vraiment, avec la CSN — c'est un dossier qui dure depuis 10 ans — alors, on a convenu de mesures spécifiques pour le personnel. On parle beaucoup du personnel infirmier, et cette fois-ci c'était le personnel professionnel, le personnel technique qui travaille dans le Grand Nord. Alors, ce qu'on a fait à travers ce comité-là, on a convenu de mesures pour favoriser l'attraction puis la rétention du personnel dans le Grand Nord. Et pas seulement des mesures de rémunération, comme je l'ai mentionné. Entre autres, on sait qu'il faut qu'on développe la main-d'oeuvre locale du Nord, alors... eux qui nous appellent souvent les travailleurs du Sud. On se retrouvait avec des gens qui allaient une année, deux ans, dans le Nord et qui revenaient. Alors, on avait les travailleurs sociaux qui, le temps qu'ils se familiarisent avec les dossiers, revenaient dans le Sud.

Alors, ce qu'on a convenu — et ça aussi, c'est une première — avec la CSN entre autres, on a mis en place une mesure de parrainage. Alors, on va demander aux gens du Sud qui vont accepter d'aller travailler dans le Nord de s'associer avec une personne qu'on aura identifiée, pour laquelle on aura une formation adaptée, donc une personne de la communauté, pour l'aider à lui transmettre des connaissances et faire en sorte que, petit à petit, la population... il y ait une main-d'oeuvre locale qui puisse bénéficier de l'expertise du personnel du Sud qui se rend dans le Nord.

Alors, ça, c'est une entente qui vient démontrer ce qu'on veut faire avec ces comités-là. Alors, on espère vraiment que ça va donner des résultats, là, sur l'ensemble des comités qu'on a mis en place. Voilà.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Oui. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre veut faire un complément. Allez-y.

**M. Bolduc:** Un commentaire. Mme Lapointe était notre négociatrice en chef pour le ministère de la Santé et Services sociaux lors de la convention puis elle a fait ça vraiment avec un très grand art et un grand doigté. C'est pour ça qu'elle connaît aussi bien tout ce qui s'est fait dans cette convention.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

● (21 h 20) ●

**M. Chevarie:** Merci. Pour avoir été dans le réseau de la santé et d'avoir participé à plusieurs négociations dans 32 ans de carrière, je suis impressionné par l'approche que vous avez utilisée. Vous aviez deux grands objectifs, qui étaient de favoriser une plus grande disponibilité de la main-d'oeuvre, le premier; le deuxième, augmenter le niveau des services offerts à la population, et vous avez mis en place, ce qui est particulièrement remarquable, un processus de suivi pour effectivement... pour ne pas dire: Bien, chacun... les partenaires de négociation, on se revoit dans cinq ans, on se revoit dans trois ans. Je trouve ça vraiment intéressant, d'autant plus que les volets que vous avez identifiés pour assurer d'atteindre les objectifs au niveau des deux grands objectifs, c'est d'atteindre la cible sur les deux grands objectifs: c'est la reconnaissance... le concept de reconnaissance pour l'ensemble des employés, la conciliation travail-famille et les comités de travail paritaires, j'imagine — vous n'avez pas mentionné que c'était paritaire, mais j'imagine que c'est paritaire — sur l'organisation du travail.

Ma question serait la suivante par rapport à ça: Est-ce que c'est le comité patronal, le CPNSSS, qu'on appelait dans notre jargon, qui va assurer la responsabilité de coordonner l'ensemble de ces chantiers-là?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Lapointe.

**Mme Lapointe (Édith):** Alors, tout à fait. Dans le fond, la loi n° 37... communément appelée la loi n° 37, mentionne que le ministre confie au comité patronal de négociation son pouvoir de négociier. Alors, l'ensemble de la négociation relève du CPN. Alors, effectivement, sur chaque comité, nous avons une personne responsable d'assurer le suivi, parce que, j'ai peut-être oublié de le mentionner, l'ensemble des mesures qu'on va convenir dans chacun des comités seront suivies parce qu'il faut évaluer si les mesures qu'on met en place donnent des résultats.

J'occupe également le rôle de présidente du CPN, alors évidemment je m'assure d'avoir ces résultats-là, et on va les suivre à chaque année. Et, si jamais on constatait qu'une mesure qu'on a convenue... parce que, je le confirme, c'est paritaire, alors nous travaillons avec les syndicats et, si on constatait qu'une mesure convenue ne portait pas fruit, on a décidé ensemble qu'on allait cesser la mesure et on allait utiliser les sommes à d'autres choses. Alors, on va suivre de façon périodique pour voir si... quelles sont les meilleures mesures qui donnent les meilleurs résultats. C'est ça qu'on veut.

**M. Chevarie:** M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** ...

**M. Chevarie:** Oui. Combien il nous reste...

**Le Président (M. Sklavounos):** Huit minutes.

**M. Chevarie:** Huit minutes? Une dernière question, pour ma part. Après ça, je passerai la parole à ma collègue. On sait tous qu'il y a une pénurie d'infirmières dans le réseau de la santé. C'était le groupe qui était particulièrement ciblé. Mais est-ce qu'il y a d'autres professionnels ou salariés que le réseau a une difficulté de recrutement?

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme Lapointe.

**Mme Lapointe (Édith):** Oui. D'ailleurs, dans les comités — je ne l'ai pas nommé — nous avons un comité qui, dans le fond, suit, à partir des données, quels sont les emplois les plus vulnérables. Alors, on y retrouve, entre autres, là, les préposées aux bénéficiaires. On sait qu'on a des problèmes, hein? Je ne parlerai peut-être pas du mot «pénurie», mais on constate, dans certains types d'emploi, des difficultés de main-d'oeuvre. Donc, on a un comité, et les travaux ne sont pas complétés, pour, à partir de statistiques, vraiment indiquer quels sont les titres d'emploi où on a les plus grandes difficultés d'attraction, où vraiment on se rend compte qu'il y a des secteurs où c'est difficile d'attirer.

Alors, il y a quelques titres d'emploi. Je pourrais vous nommer les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, où c'est un petit peu plus difficile en termes, là, d'attirer cette main-d'oeuvre-là ou même d'en former. Ça dépend, il y a différentes causes, là, à ces problèmes de main-d'oeuvre là. Alors, nous avons créé un comité, parmi les 20 comités dont je vous parlais, qui a ce mandat-là de vraiment suivre l'évolution des données de main-d'oeuvre pour s'assurer d'être vraiment informé sur où sont nos difficultés et ne pas attendre à minuit moins cinq pour réaliser, finalement, les besoins qu'on aura.

Alors, il y a tout un suivi en termes de formation. On a une collaboration très étroite avec le ministère de l'Éducation pour s'assurer que, lorsqu'on voit qu'il y a des difficultés, on s'assure qu'il y ait accès à la formation pour finalement, là, essayer de répondre le plus possible aux difficultés de main-d'oeuvre qu'on pourrait entrevoir.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Un dernier commentaire simplement pour vous dire que je pense que vous avez fait un excellent travail, et également les différents représentants des différentes associations syndicales qui étaient sur les comités de négociation. Je pense que le résultat, avec les conventions collectives qui ont été convenues, je pense, le démontre. Alors, bravo à vous, et à toute votre équipe, et ainsi que l'ensemble du personnel du réseau. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** ...M. le député des Îles. Merci, Mme Lapointe. Mme la députée de Hull, six minutes.

**Mme Gaudreault:** Six minutes. Bon. Merci beaucoup, M. le Président. J'ai lu un communiqué de presse qui date de quelques mois, puis on y parlait d'un projet avec Opération Enfant Soleil. Et il y avait une déclaration de M. le ministre, M. le Président, qui disait: «L'entente entre le ministère et Opération Enfant Soleil a tellement été productive que nous avons convenu de la renouveler pour une nouvelle période de cinq ans.» Alors, ça, c'est vraiment intéressant puisque c'est une organisation indépendante du réseau de la santé, c'est une fondation, si on peut dire.

Alors, moi, je trouve ça toujours intéressant que ça ne soit pas toujours le fardeau de l'État de contribuer à offrir des soins spécialisés, parce que, là, on parle surtout de soins en pédiatrie. Alors, je voudrais, M. le Président, entendre le ministre nous parler d'en quoi consiste cette entente entre le ministère et cet organisme-là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le ministre.

**M. Bolduc:** Un, l'Enfant Soleil, c'est vraiment un organisme, là, qui se consacre aux enfants, aux enfants qui sont malades. D'ailleurs, j'ai fait plusieurs activités avec eux autres. Ils ont une soirée ici, à Québec. Il y a également le téléthon d'Enfant Soleil, qui est vraiment un mouvement très, très intéressant, dans lequel les artistes viennent bénévolement offrir de leur temps pour ramasser de l'argent pendant tout un 24 heures.

Ce qu'on s'est entendu avec Enfant Soleil, compte tenu qu'ils font des investissements majeurs dans le réseau de la santé, c'est une contribution de 225 000 \$ qui est versée annuellement pour des projets d'équipement et puis également aussi pour le maintien des équipements mais également le rapatriement de services en région, surtout pour les nouveau-nés.

Donc, Enfant Soleil a des partenariats avec Sainte-Justine, avec le CHUL, à Québec, avec le CHUS mais également avec les hôpitaux en région. Et je pense que c'était normal que le gouvernement s'associe avec cette organisation pour qu'on puisse avoir des projets plus structurants.

Donc, il y a des projets qui sont des projets qu'on appelle capitalisables, qui sont des rénovations, tout simplement, de locaux ou d'édifices, et puis il y a également des projets d'équipement, et on s'entend avec eux autres, là, c'est quoi, les équipements qui vont être attribués.

Enfant Soleil est complètement autonome, et, nous autres, c'est notre contribution pour justement encourager cette organisation. Mais c'est des millions de dollars qu'ils investissent pour la santé des enfants au Québec. Donc, pour nous, là, c'est un organisme avec qui... On aime avoir ce partenaire.

**Une voix:** ...

**M. Bolduc:** Et puis le... Là, ce qu'on me dit, c'est que c'était 225 000 \$, mais maintenant c'est rendu 250 000 \$ par année, et on a renouvelé l'entente, là, pour cinq ans.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Hull, trois minutes.

**Mme Gaudreault:** C'est une très, très bonne nouvelle, évidemment, puisque justement cet organisme-là est connu presque de tous les Québécois puisque... de nombreuses années, ils font des levées de fonds. Puis, comme je le mentionne encore une fois, ce n'est pas qu'à l'État... Souvent, le citoyen aussi veut contribuer à sa façon, et je pense que cet organisme-là leur donne une belle opportunité de le faire.

C'est sûr que la néonatalogie, c'est la branche de la pédiatrie, là, qui touche les nouveau-nés, puis j'imagine qu'il y a d'autres services qui ont été développés partout au Québec. Est-ce que vous pourriez nous en parler un peu?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** De un, dans un premier temps, un objectif qu'on s'est donné, c'est de rapatrier les clientèles le plus près possible d'où elles demeurent, dont, entre autres, le rapatriement des enfants en haut de 32 semaines dans certaines régions du Québec. Mais je demanderais au Dr Jean Rodrigue, là, de venir nous expliquer un peu plus dans le détail qu'est-ce qui est fait.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il reste deux minutes à votre bloc, M. le ministre, au bloc des ministériels.

Dr Rodrigue, sur le même consentement, à moins que j'entende une objection. Dr Rodrigue, allez-y.

● (21 h 30) ●

**M. Rodrigue (Jean):** Oui. Alors, disons qu'actuellement, avec l'équipe, avec mon équipe, on a revu, au cours de la dernière année, toutes les unités de néonatalogie au Québec pour essayer de voir comment on est capables de mieux organiser et de mieux hiérarchiser, si je peux dire, les services.

Alors donc, c'était évident que les centres tertiaires comme Sainte-Justine ou le CHUQ, ici, à Québec, étaient des choses évidentes, mais il fallait reconnaître, dans à peu près toutes les régions du Québec, des unités de néonatalogie

qui étaient capables d'accueillir des nouveau-nés de 34 semaines et même parfois de 32 à 34 semaines. Alors donc, on a fait la cartographie, si je peux dire, du Québec pour être sûrs qu'un peu partout au Québec il y aurait des centres qui seraient capables d'accueillir des nouveau-nés de 32 à 34 semaines, presque un par région, et qu'on a essayé aussi de revoir les barèmes ou les critères qu'une unité de néonatalogie devrait avoir, ce qui fait qu'actuellement on a vraiment des unités qu'on appelle de niveau 1, qui sont les unités de base, si je peux dire; il y a les unités de niveau 2, particulièrement celles de 2b, qui sont capables de recevoir les enfants de 32 à 34 semaines; et il y a les unités de niveau 3, qui sont vraiment les unités spécialisées.

Alors donc, on est en train actuellement de faire cette cartographie-là, et, au moment où on se parle, ces établissements-là sont déjà reconnus et identifiés.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Dr Rodrigue.

**M. Rodrigue (Jean):** Alors, c'est un travail colossal qui a été fait aussi, je me permettrai de le dire, avec les régions et les agences des différentes régions.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, Dr Rodrigue. Alors, le temps est terminé pour ce bloc. On va du côté de l'opposition officielle. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Oui, M. le Président, pour un dernier petit bout concernant les infirmières. Lors de l'étude du projet de loi n° 41, l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec... Je m'excuse, je ne sais pas si le ministre... Bonsoir, M. le ministre. Sur le projet de loi n° 41, l'ordre des infirmiers et infirmières est venu nous présenter un mémoire dans lequel il nous demandait d'accroître certains pouvoirs pour qu'ils puissent donner certains soins.

Il y en a deux particulièrement que je veux cibler, qui me semblent en tout cas, à première vue, les moins discutables, peut-être les plus faciles à mettre en place et pour lesquels ils ont un argumentaire vraiment sérieux: initier les mesures diagnostiques dans les urgences des hôpitaux, dans les CSSS et dans les GMF. Par exemple, quelqu'un arrive avec un doigt cassé... pourrait dire tout de suite, sans faire le traitement, pourrait dire: Écoutez, il faut aller en radio, là, parce que le doigt est cassé. Ça pourrait éviter aux gens de l'attente et de la douleur. C'est un exemple.

L'autre: prescrire les médicaments reliés au traitement des plaies. Je sais que, dans le mémoire qu'ils nous avaient présenté sur le projet de loi n° 41 — je vais citer un petit extrait, là — on nous disait: «La prescription des médicaments traitant les plaies s'avère une urgence et a même fait l'objet d'une pétition d'un regroupement de 80 médecins de la Montérégie qui en a fait la demande.» Donc, il y a des groupes de médecins qui ont appuyé cet accroissement de pouvoirs des infirmières.

Quand on parle de pouvoirs, on ne parle pas de pouvoir sur les autres, on parle évidemment de pouvoir aider, de pouvoir soigner, de pouvoir mieux traiter, pouvoir être plus utile encore au système de santé et services sociaux.

Alors, que pense le ministre de ces... Moi, je pense à ces deux demandes particulièrement. Est-ce qu'il y a des travaux qui se font là-dessus? Et est-ce qu'on peut voir un jour évoluer cette situation?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui, merci, M. le Président. Bien, c'est certain que les gens sont de mieux en mieux formés. Il y a des actes qui pourraient être faits, mais ça a également des implications, et c'est le genre de discussion qui doit se faire au niveau du ministère avec les ordres professionnels mais également avec les associations.

Ça a l'air banal de dire: Regardez, quelqu'un arrive, on aimerait ça qu'il puisse passer un rayon X, là, mais il faut qu'on s'entende que le rayon X, il va y avoir un rapport qui va devoir être fait à un médecin. Et il y a des médecins qui vont vous dire: Bien, si je n'ai pas vu le doigt, comment est-ce que je peux être responsable du rapport? Donc, il y a des discussions comme ça qui doivent être faites. Je ne vous dis pas que c'est insurmontable, mais c'est un peu plus complexe que juste de dire: Bien, on va leur donner la possibilité de faire ça.

Donc, ce sont des travaux qui doivent se faire entre les ordres professionnels. Là, ça s'est fait également dans le contexte de la loi n° 41 où, quand les infirmières ont vu qu'il y avait eu des ententes avec des pharmaciens qui pouvaient avoir plus, bien, chacun des ordres professionnels vient nous revoir pour essayer d'augmenter également leurs actes autorisés. Ce sont des discussions qui doivent se faire entre les ordres professionnels, en collaboration avec l'Office des professions.

Pour ce qui s'agit de mon opinion, je pense que, oui, il y a des actes qui, avec le temps, vont évoluer pour chacune des professions. Mais on ne peut pas dire, parce qu'on a donné à l'un, qu'on va nécessairement donner à l'autre. Et moi, je vais attendre la recommandation de l'Office des professions par rapport à ces actes et je pense que c'est sage également d'entendre toutes les parties quand il arrive des dossiers comme celui-là.

L'autre élément, dans certaines urgences, on peut y aller via les actes délégués ou dans certaines conditions très particulières. À ce moment-là, les infirmières peuvent faire passer des rayons X, et c'est avec entente avec le médecin. Il faut voir, comme je vous disais, que ce n'est pas juste la question de dire: Je vais décider de faire passer un rayon X. Ça prend des critères et ça prend aussi quelqu'un qui va faire le suivi, parce que ça prend quelqu'un qui va regarder la radiographie, puis généralement ça ne sera pas l'infirmière.

Donc, oui, il faut le regarder, mais c'est un travail qui doit être fait entre les ordres professionnels et l'Office des professions.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau, allez-y.

**Mme Maltais:** Qu'est-ce que le ministre pense des deux autres demandes qu'il y avait dans le mémoire? C'est prescrire les médicaments à caractère préventif, ça, c'est une chose, prescrire des médicaments ou leur ajustement selon un test de laboratoire, simplement. Est-ce qu'il y a une ouverture de ce côté-là? Est-ce qu'il...

**M. Bolduc:** Je pense que chaque cas est particulier. Je ne pense pas qu'on peut y aller d'une notion générale, mais je pense qu'il y a une différence entre ajuster un dosage de Coumadin versus est-ce qu'on ajuste aussi également la médication comme les hypocholestérolémiants, est-ce qu'on ajuste des médicaments par rapport au diabète? Je pense qu'il faut que les ordres professionnels se parlent et que l'Office des professions, à ce moment-là, fasse également soit un niveau d'arbitrage ou des niveaux de conciliation.

Et puis également on peut toujours, à un moment donné, demander à d'autres organismes de donner leur opinion. Exemple, dans le traitement du diabète, on pourrait demander à l'INESSS quelles sont les meilleures pratiques au niveau mondial puis voir si, ici, ça s'adresse. Donc, je ne pense pas que le ministre «doit», le ministre peut jouer le rôle de dire: Est-ce qu'on peut poser la question puis est-ce que vous pouvez me donner une opinion? Excepté qu'il y a un travail qui doit se faire au niveau des ordres.

Advenant le cas qu'il y aurait une évidence, c'est évident que ça devrait se faire puis qu'il y a un ordre qui bloquerait, bien, je pense qu'on est capables de travailler ensemble pour essayer de trouver un terrain d'entente, comme il y a eu d'ailleurs dans le projet de loi n° 41 avec les pharmaciens. Mais on ne peut pas non plus, à toutes les fois que quelqu'un fait une demande... Je vais vous donner un autre exemple: les opticiens veulent avoir le droit de faire des choses que les optométristes ne veulent pas, puis les optométristes veulent faire des choses que les ophtalmologistes ne veulent pas. Et, en toutes les professions, il y a des arbitrages comme ça puis il y a beaucoup de gris.

Donc, première chose, on va laisser nos ordres professionnels, que je considère comme étant des adultes responsables, s'entendre entre eux autres et nous faire des recommandations. Puis le message que je ferais: Il faut toujours mettre le bien du patient au centre de nos décisions. Je pense que c'est ça qui est le plus important. Et, oui, avec les années, il va probablement y avoir des partages plus importants des actes. Mais, l'autre chose qu'il faut faire attention, on dirait que les gens veulent tout faire, alors que, parfois, ils sortent peut-être de leur zone de confort. Je ne parle pas des infirmières, je parle des professions en général. Donc, des arbitrages à faire à ce niveau-là.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** M. le Président, c'est ça: ce dont il faut se préoccuper, c'est de l'intérêt public et du bon état du système socio-sanitaire, des soins qu'on donne aux patients, aux patientes. Les gens sont de plus en plus formés, ils veulent donc mieux servir. Ils veulent peut-être aussi parfois de meilleures conditions de travail à cause de ça, mais c'est parfait. Il y a des choses des fois qui sont... qui commencent à être des évidences. Je pense aux soins de plaies, où ça fait longtemps que ça se discute. Moi, je considère qu'un signal du ministre à l'effet que simplement envoyer l'Office des professions aller voir de ce côté-là pourrait être intéressant.

Je rappelle que, s'il n'y avait pas eu de la pression pour qu'il y ait du leadership qui s'exerce autour des demandes des pharmaciens, pharmaciennes, je ne suis pas convaincue qu'on serait arrivés au bout du projet de loi n° 41. Je comprends qu'il faut laisser se parler les ordres professionnels, mais, à un moment donné, un petit coup de volonté politique fait parfois bouger les choses. On l'a prouvé l'année dernière, je ne suis pas gênée de dire, comme opposition, qu'on a été de la partie pour dire qu'il fallait exercer, à un moment donné, du leadership politique.

Dans ce cas-là, j'y vais aussi prudemment que le ministre, mais je me dis qu'il est peut-être le temps d'envoyer un signal qu'il y a un petit bout de chemin qui pourrait être fait.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oui. Je suis d'accord. Je pense que des sujets comme ceux-là devraient être référés à l'Office des professions, qui devrait regarder entre les ordres professionnels. Et il va y en avoir plusieurs comme ça. Il faut se trouver une méthode pour qu'à chaque fois ce n'est pas une guerre qui part, mais plutôt trouver la meilleure solution pour le bien du patient.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Curiosité. Est-ce que le ministre est en accord avec l'idée du bac obligatoire?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Oh! Belle discussion à avoir.

**Mme Maltais:** À cette heure-là, c'est intéressant.

**M. Bolduc:** Oui. J'ai quand même eu des nouvelles fraîches cette semaine. J'ai rencontré Gyslaine Desrosiers, la présidente de l'ordre, et elle m'a fait part que l'Association québécoise des établissements de santé s'était montrée en faveur d'un bac. Tous s'entendent, tous s'entendent que ça va se faire de façon très progressive avec une protection également des droits acquis, mais c'est une réflexion qu'on va faire. Ce que j'ai dit à Mme Desrosiers... J'ai dit: Je ne dis pas oui, je ne dis

pas non. Je veux qu'on soit très prudents dans ce dossier, parce que ça a énormément d'impact, mais on ne peut pas se permettre de ne pas en faire la réflexion. Et c'est ce qu'on voit actuellement puis c'est ce qu'on va faire.

Et, oui, possiblement que, dans le temps, avec une transition, il serait possible d'évoluer sur plusieurs années vers un bac qui pourrait être modulé. Ce qui est intéressant, c'est les propositions que j'ai eues de la part de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. C'est vraiment une proposition quand même aussi où on respecte la formation du cégep dans lequel possiblement qu'il y aurait une évolution vers un bac, style, un D.E.C.-bac. Regardons-le, il faut avoir l'esprit ouvert. Et, comme de fait, dans les autres provinces, et également aux États-Unis, c'est généralement des cours universitaires. Donc, j'ai dit que j'étais ouvert à le regarder, mais que j'avais de la prudence et qu'on le regarderait avec tous les partenaires. Puis on a comité actuellement au niveau du ministère qui est en train de le regarder et de faire la réflexion.

● (21 h 40) ●

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Donc, ça veut la peine, ces petites questions de fin de soirée. Non, je suis contente de voir que ça va être regardé au ministère. Sans avoir, nous non plus, de position, on pense qu'il est vraiment temps de regarder les côtés positifs et les dangers d'un tel mouvement chez les infirmières.

Il y a un sujet dont on a parlé — tant qu'à être dans des beaux sujets de fin de soirée — beaucoup la semaine dernière, c'est la langue et l'utilisation de la langue dans les hôpitaux. On a discuté un peu, vous et moi, M. le ministre, et M. le Président, et les autres parlementaires, de l'existence ou non d'hôpitaux anglophones. Tout le monde s'est dit: Bon, ça n'existe pas, des hôpitaux anglophones, mais il y a des hôpitaux à qui on accorde un statut de bilinguisme ou de... en tout cas, qu'ils ont le droit de servir... l'autorisation, c'est le mot exact, de servir la clientèle dans une langue autre que le français.

On avait soulevé, à ce moment-là, le cas d'une personne où c'était assez aberrant. Il y a une dame... il y a une famille qui avait été obligée d'engager une préposée privée, à leurs frais, pour réussir à ce qu'elle soit servie en français. J'avais aussi soulevé plusieurs autres exemples. J'ai eu beaucoup, beaucoup, beaucoup de commentaires de gens qui m'ont expliqué que ça leur était arrivé. C'est dans la rue, c'est même ici, dans les corridors du parlement, des attachés politiques qui m'ont dit: J'ai... Ma mère a vécu ça, des courriels, des téléphones.

Est-ce que le ministre a réuni les directions d'hôpitaux, l'agence de Montréal? Parce que c'est surtout sur le territoire montréalais, évidemment. Est-ce qu'il a fait un état de situation? Moi, je pense que ça en vaut la peine.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Un, il y a eu une directive qui a été envoyée à tous les établissements, une lettre de rappel, par M. Michel Fontaine. Et puis, également, à Montréal, il y a eu des appels de faits au niveau des différentes directions d'hôpitaux. Mais je pense que, si on veut être plus complémentaires, si vous donniez l'autorisation, on pourrait inviter M. Fontaine à dire qu'est-ce qui a été fait puis où on en est rendus dans ce dossier-là.

**Mme Maltais:** Nous entendrons donc, s'il a le goût de venir, M. Fontaine nous parler de ça.

**Le Président (M. Sklavounos):** Il se précipite pour venir à la table, M. Fontaine.

**Mme Maltais:** Vous savez qu'on aime les compléments d'information, M. Fontaine.

**Le Président (M. Sklavounos):** Consentement. M. Fontaine, allez-y.

**M. Fontaine (Michel):** Alors, merci, M. le Président. J'avais envie d'envoyer M. Périgny, mais...

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**M. Fontaine (Michel):** En fait, M. le Président, ce service est dans ma direction générale, donc, je vais vous expliquer un petit peu la démarche qui a été faite dans ces circonstances dès que le ministre nous a interpellés sur cette situation.

Compte tenu que c'est superimportant, là, que la communication soit claire et précise entre un client puis son thérapeute, qu'il faut qu'il comprenne la situation si on veut avoir une bonne implication de clinique, on a immédiatement, quand on a su cette situation-là, envoyé une directive immédiate, dans l'ensemble de tous les... à nos 18 P.D.G. de la province, des agences de la santé et des services sociaux, en leur demandant de faire une action immédiate pour s'assurer que toute la population de la province de Québec, toutes les personnes qui souhaitent recevoir leurs services en français le soient, parce que, on le sait, la Charte de la langue française protège cette situation.

Pourquoi c'est arrivé, aussi? Peut-être — vous avez amené le sujet, Mme la députée — il y a des hôpitaux dans la province qui sont désignés pour pouvoir servir les populations anglophones dans leur langue, mais ceci ne les rend pas des hôpitaux anglophones pour autant. Ils se doivent... ils ont l'obligation, là, de desservir toute la population francophone qui se présente dans leur langue. Donc ça, c'est en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française et de notre article 508 de la loi de la santé et services sociaux. Donc, dans ce contexte-là, tout le monde a cette obligation-là.

Et nous avons spécifiquement aussi intervenu aux endroits où on nous avait indiqué que ça se passait. C'étaient des hôpitaux, effectivement, désignés par la charte. Donc, ça arrive plus souvent, j'imagine, dans ces milieux-là. Et on est intervenus directement, en plus de la directive qu'on a faite auprès du directeur général concerné par l'hôpital, qui était plus ciblé dans les circonstances. Et, cette personne-là, on lui a demandé d'intervenir immédiatement auprès de la clientèle

qui avait été l'objet de plaintes et aussi, également, des familles. Et on a vérifié immédiatement le lendemain si ça avait été fait. On a fait l'exigence que le commissaire aux plaintes soit mis dans le circuit. Et ça avait été fait, donc on a eu cette garantie-là.

De plus, on a fait une démarche pour faire une collecte de données de toutes les plaintes à cet égard-là dans la province, et on est en train de compiler cette situation-là, et on revient le 9 mai avec l'ensemble des P.D.G. de la province pour voir qu'est-ce qu'ils ont fait dans ces situations-là. On a ciblé plus particulièrement les endroits où il y a des plaintes, en plus, mais on sait que, le cas échéant, ça peut avoir arrivé ailleurs. Et tout ce qui est mis à... tout ce qu'on peut recevoir comme information à cet effet-là, immédiatement, on intervient parce que c'est... on est tout à fait d'accord, là, quand le ministre nous a fait signe à cet égard-là que c'est inacceptable, là, qu'une clientèle francophone ne puisse pas être desservie en français dans la province de Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. Fontaine. Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Alors, c'est bien. Je pense qu'il fallait aller voir sur le terrain, aller faire le tour. Le nombre... comme je le dis, le nombre de témoignages m'a assez effarée, moi, j'ai été étonnée de cette situation.

Maintenant, là, on parle des relations entre le patient et son thérapeute ou son préposé aux soins. Est-ce que les hôpitaux désignés bilingues sont encore des milieux de travail en français?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine.

**Mme Maltais:** Est-ce que le français... Est-ce que vous faites des vérifications si le français est quand même encore la langue d'usage? Parce que ces hôpitaux-là, on leur a donné le statut, un statut désigné bilingue pour qu'ils puissent servir les gens dans leur langue. C'est important. Moi, j'ai un immense respect pour la communauté anglophone, pour la communauté italienne à Santa-Cabrini, tout ça. Puis je dis, même, à l'époque, j'avais défendu, moi, le Jeffery-Hale, le CHSLD, quand j'étais présidente de l'Agence de la santé et des services sociaux à Québec, pour être sûre que les anglophones de Québec puissent vieillir en paix dans un milieu où ils puissent recevoir des soins dans leur langue.

Donc, c'est quelque chose... Moi, vraiment, là, je suis d'une... j'ai déjà prouvé que je suis d'une ouverture... mais je considère encore que le milieu de travail doit être le français. Alors, est-ce qu'il y a des discussions avec les D.G. pour voir si, quand même, le milieu de travail est foncièrement un milieu de travail en français? Moi, là-dessus aussi, ce qui se passe dans les cuisines, ce qui se passe dans l'entretien ménager, j'ai eu aussi beaucoup de commentaires qui me... où il me semblait y avoir une situation difficile.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine.

**M. Fontaine (Michel):** ...

**Mme Maltais:** M. le ministre d'abord, puis M. Fontaine...

**M. Fontaine (Michel):** Ah! Oui. Parfait.

**Mme Maltais:** ...aura sûrement un complément d'information.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre, allez-y.

**M. Bolduc:** C'est certain que c'est ce qu'on favorise. Mais c'est sûr que, quand vous avez deux anglophones qui travaillent dans un milieu, généralement ils vont se parler en anglais, sauf que, lorsque les gens veulent parler en français, ils devraient avoir le droit de s'exprimer en français puis également que les autres s'expriment en français. C'est même dans les hôpitaux dans lesquels ils ont le statut de bilingue. Mais je vais demander à M. Fontaine, voir les vérifications qui ont été faites.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine.

**M. Fontaine (Michel):** Alors, M. le Président, comme je disais tout à l'heure, cette désignation-là ne fait pas de ces hôpitaux des hôpitaux anglophones, là, mais bien à saveur... avec la possibilité de desservir les personnes anglophones dans leur langue, mais ça maintient l'obligation de servir les francophones en français. Donc, ça donne de la souplesse. Ils ont la possibilité par cette désignation-là d'exiger, lorsqu'il y a soit des embauches, des promotions ou des mutations, non seulement la langue française, mais d'exiger... ils ont le droit d'exiger la langue anglaise. C'est ça qu'ils leur donnent comme souplesse, cette possibilité de désignation.

Ça leur donne aussi une certaine souplesse, comme le ministre vient de le dire, que des personnes anglophones entre eux... le personnel ont le droit de s'exprimer en anglais. Mais ce qu'on a comme information, pour répondre spécifiquement à la question, c'est: oui, les gens sont encore... peuvent être servis en français dans ces hôpitaux à désignation anglophone. On nous dit... en tout cas, on a vérifié, et effectivement les gens parlent en français aussi.

**Mme Maltais:** Mais ce n'est pas...

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y. 1 min 30 s.

● (21 h 50) ●

**Mme Maltais:** Je comprends bien l'idée, là, de relation entre patient et thérapeute. Ce n'est pas un problème. J'ai parlé des autres niveaux. Pour moi, ces hôpitaux sont des hôpitaux francophones, désignés pouvant servir les gens de d'autres langues dans des zones où il y a plus de 50 % d'une communauté, pour pouvoir les desservir, parce que c'est très important, la relation, bon, entre le soignant et le thérapeute. Ça, je comprends ça. Mais, dans les autres corps d'emploi, moi, ce que j'entends aussi, c'est que, dans les hôpitaux montréalais, je pense, St. Mary's, Santa-Cabrini, le Royal Vic, qu'ils soient... même l'Hôpital général juif, qu'ils soient de plus en plus... le milieu de travail ambiant devienne... la langue de travail ambiante devienne l'anglais. Est-ce que, de ce côté-là, vous avez aussi envoyé des signaux? Êtes-vous allés valider qu'est-ce qui se passe?

**Le Président (M. Sklavounos):** 45 secondes, M. Fontaine. Allez-y.

**M. Fontaine (Michel):** Bien, rapidement, M. le Président, ce qu'on a validé tout d'abord, c'est la situation qui nous était demandé de vérifier. Et on l'a fait et on relance la situation, je vous disais, le 9 pour être sûrs que tout le monde a bien mis en place des mesures pour que les francophones soient desservis en français.

Pour le reste de la situation, je le disais tantôt, il y a une certaine souplesse lors de cette désignation-là. Je vais donner un exemple, là, ça permet, ça donne le droit aussi d'avoir des enseignes... ils sont obligés d'avoir des enseignes en français, mais ça donne le droit d'avoir des enseignes aussi en anglais dans ces milieux-là. Donc, au départ, la validation qu'on a faite, les gens parlent français, y compris dans les autres métiers que celui de soignant. Mais on peut aller plus loin, là, dans nos vérifications, mais c'est l'information qu'on a.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. Fontaine, ça met fin à ce bloc. Je regarde du côté ministériel...

**Mme Maltais:** ...minutes?

**Le Président (M. Sklavounos):** Ah non, c'est complet, Mme la députée. Ce bloc, qui est... suite au calcul qui a été fait par la table, est un petit peu plus long, alors c'est un bloc...

**Mme Gaudreault:** Pas de problème.

**Le Président (M. Sklavounos):** ... de 25 minutes côté ministériel. Vous avez donc 25 au lieu de 20.

**Mme Gaudreault:** Oui, est-ce que c'est notre dernier bloc, M. le Président?

**Le Président (M. Sklavounos):** Oui, c'est votre dernier et il est de 25 minutes. Alors, je ne sais pas qui qui commence. Mme la députée de Hull, allez-y.

**Mme Gaudreault:** O.K. Merci, M. le Président. Alors, c'est notre dernier bloc, et je crois sincèrement qu'on ne peut pas terminer les crédits en santé et services sociaux sans parler du fameux programme québécois de procréation assistée. Il y a un article dans *Le Devoir*, très élogieux, daté du 17 mars 2012, c'est assez récent. Et ça débute comme ça — ça fait très globe-trotter, là, mais: «De Copenhague à Vancouver, le programme québécois de procréation assistée soulève l'enthousiasme des experts de la fertilité.» Alors, ça, c'est vraiment un programme québécois, pour les Québécois, qui a été lancé par notre ministre de la Santé et des Services sociaux à l'été 2010. On s'en souvient tous, c'était au mois de juin. Moi, je m'en rappelle comme si c'était hier. Et le gouvernement a annoncé la mise en place d'un programme de procréation assistée, le premier du genre en Amérique du Nord.

Ce programme-là prévoit le remboursement de toutes les activités médicales et les médicaments pour trois cycles de fécondation in vitro, qu'on va appeler FIV. Le programme répond aux plus hauts standards de qualité et applique rigoureusement les meilleures pratiques médicales. Grâce à ce programme, plusieurs femmes et couples pourront un jour avoir des enfants. Et vous savez, dans nos bureaux de comté, il y a des gens qui viennent nous témoigner du succès de ce programme-là et ils viennent aussi nous témoigner de leur désir de pouvoir s'inscrire dans ce programme-là.

Alors, c'est sûr que je vais avoir des questions un peu plus financières à poser puisqu'il y a eu plusieurs commentaires à cet égard-là lorsqu'on a décidé de le financer. Lors des débuts, le programme prévoyait faire 3 500 cycles de FIV à sa première année, et on allait en augmentant à 7 000 en 2014-2015. Le budget de départ était prévu à 32 millions, et maintenant c'est... à terme, on va être rendus à 63 millions d'investissements. Je veux savoir si les coûts ont été respectés. J'aimerais ça savoir, M. le Président, si les objectifs ont été atteints et quelles sont les prévisions à venir, là, en analysant, là, le bilan des deux premières années.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Si vous permettez, je vais quand même prendre le temps d'expliquer comme il faut le programme, en quoi ça consiste. Et, comme vous, ce qu'on me témoigne le plus souvent, là, de façon très émotive, un de nos beaux succès en médecine, c'est des enfants qui sont issus de la procréation assistée.

La dernière expérience que j'ai eue, c'est il y a deux semaines. J'étais à Montréal en train de dîner et j'étais avec notre équipe. Et puis il y a une madame qui est venue me voir puis elle est venue me dire comment est-ce qu'elle

était contente, là. Elle avait des larmes aux yeux en disant qu'elle était contente parce qu'elle avait pu profiter de notre système et puis que maintenant elle était devenue enceinte. Et puis, si elle n'avait pas eu la procréation assistée assumée par l'État, elle n'aurait jamais eu les moyens de pouvoir devenir enceinte. Je pense que c'est ce type de témoignage là, qui est humain, qui nous rend fiers d'être des politiciens puis de pousser des dossiers comme celui-là.

Également, il faut voir... c'est qu'on n'a pas trop d'enfants au Québec. Ça fait que, quand on peut permettre à chaque couple qui naturellement ne peut pas avoir d'enfants... mais que médicalement on peut les aider, je pense que c'est quelque chose qui est valorisant, autant pour les professionnels que pour nous, là, comme politiciens.

Également, ce dossier-là, il faut comprendre aussi qu'est-ce qui a été mis en place. Ce n'est pas seulement que la procréation assistée; c'est un programme pour le traitement de l'infertilité également en région. Entre autres, dans la région de l'Outaouais, il va se développer des programmes pour que les gens puissent aller jusqu'à la limite de la procréation assistée. Et, si la procréation n'est pas disponible localement, à ce moment-là, on va aller chercher dans un centre où la procréation va être disponible.

Récemment, j'ai annoncé à Trois-Rivières également un programme pour l'infertilité. Et ils ont une association avec le CHUM. Ça fait que, lorsqu'on en arrive à la fin, ils peuvent référer directement au CHUM sans avoir besoin de refaire tous les tests. Et puis, également, il y avait des examens qui étaient faits pour l'infertilité qui étaient payés par les patients. Puis on a tout rendu le programme gratuit. C'est pour ça qu'il y a une facture des fois qui n'est pas juste en relation avec la procréation, mais avec le développement des services pour le traitement de l'infertilité en région et dans les centres universitaires.

Ce que le programme a fait, c'est qu'on a demandé à ce qu'il n'y ait pas plus de trois embryons qui soient implantés, mais, la règle, c'est un embryon, exceptionnellement deux ou trois, tout dépendant de l'âge de la femme et de la maturité de l'embryon. Donc, c'est ce qui fait que notre taux de grossesses multiples a diminué. Auparavant — et c'est encore comme ça dans les autres provinces et en Amérique du Nord — le taux de grossesses issues de la procréation assistée est d'environ 30 %. Et la prédiction que nous avons faite, c'était de diminuer en bas de 10 %. Et le succès est tellement grand de ce côté qu'actuellement le taux le plus récent que nous avons dans l'article que vous mentionnez, du *Devoir*, c'est 6,7 %.

Ce qu'il faut comprendre également, c'est qu'avec les grossesses multiples, pour un certain nombre d'enfants, il y a des difficultés qui apparaissent à cause que ce sont des enfants qui naissent souvent de faible poids puis immatures. Et il y a des enfants qui ont des handicaps et également qui peuvent avoir plus tard des troubles d'apprentissage. Ce n'est pas tous les enfants. La majorité des gens qui sont issus de grossesses gémellaires ou des triplets sont quand même normaux, mais il y a une proportion plus grande de ces enfants qui ont des difficultés.

Donc, il y a des coûts à la société, également, le fait d'avoir un programme qui, lorsqu'il n'est pas assumé par l'État, fait qu'il y a des grossesses multiples. En payant, on a fait des règlements qui fait qu'on a réussi à diminuer les taux de grossesses multiples à 6,7 %. Et c'est d'ailleurs comme ça qu'on peut dire probablement qu'on autofinance notre programme, c'est-à-dire que l'argent que l'on met pour le programme, on va l'économiser en soins à des enfants prématurés, qui ont besoin de soins de néonatalogie, et également aux complications. Et parfois il y a des enfants qu'on doit assumer pour tout le cours de leur vie, ce qui fait que c'est des enfants qui, au niveau des soins, au niveau du support, peuvent coûter des millions de dollars.

Je pense que c'est important de mettre ça en perspective. Et je tiens à rappeler que nous sommes le seul endroit en Amérique du Nord à avoir un programme de procréation assistée. Et, de plus, selon les données que nous avons récemment, l'autre programme qui pourrait se comparer en termes de qualité au niveau mondial, c'est la Belgique. Et on a des taux de réussite meilleurs que la Belgique, ce qui fait dire au Dr Bissonnette qu'on a probablement, en date d'aujourd'hui, le meilleur programme de procréation assistée au monde. Et on veut le garder comme ça.

L'autre élément qui est intéressant également, c'est qu'on a un programme qui fait qu'il y a des services qui peuvent être donnés au niveau du public et au niveau des cliniques privées. Le paiement est public, mais les femmes ont le choix d'aller, soit... les couples, les femmes ont le choix d'aller soit dans les cliniques privées ou au niveau du public.

L'autre affaire qui, pour moi, est également importante au niveau de l'éthique — parce que ça m'avait été posé dès qu'on avait mis le programme en place, et la réponse, pour moi, avait été facile: ça peut être offert également aux couples de même sexe, de façon à ce qu'un couple de même sexe peut avoir des enfants par la procréation assistée après avoir utilisé les autres méthodes. Donc, c'est un programme, je vais vous avouer, au niveau éthique, qui répondait extrêmement bien aux différents critères.

Je suis fier parce que, vous savez, c'est tout le genre de questions que les gens nous posent. Et puis souvent il y en a qui ont des avis divergents. Et c'est ce qui fait d'ailleurs que c'est un programme, quand on arrive deux ans après... Et, vous savez, ça avait été contesté, parce que les gens nous disaient: Oui, mais, quand vous mettez de l'argent là-dedans, vous ne le mettez pas dans le cancer, ce qui est faux.

● (22 heures) ●

Et ce qui est important également, c'est que le programme nous permet d'économiser des coûts. Et, encore là, je vais vous donner un exemple: auparavant, nos unités de néonatalogie étaient occupées en général à 135 %, 140 %. Et ce qu'on nous disait, c'est que 40 % des enfants dans les unités de néonatalogie, qui étaient là pour plusieurs semaines, étaient issus de la procréation assistée. En passant d'un taux de 30 % à 5 %, nos unités de néonatalogie, de ce que j'ai su, sont à peu près des... elles fonctionnent à 90 %, à 100 %. 90 % à 100 %, c'est beaucoup, mais c'est moins que 140 %, ce qui fait qu'au Québec, actuellement, on est probablement dans ceux qui ont réussi à prendre le contrôle de leurs unités de néonatalogie, tandis que, quand vous allez dans les autres provinces, c'est encore un problème de surcharge.

Tout ça pour dire qu'on est fiers du programme. Le coût total qui était prévu, c'était 63 millions de dollars, mais il y avait du développement qui était inclus au niveau de centres universitaires, entre autres au CHUM, que j'ai annoncé récemment. Il y a également Sainte-Justine qu'on devrait annoncer à brève échéance. Il y a également... il y a un programme qui va être développé à Québec, au CHUQ, et à Sherbrooke, au CHUS. Donc, nos centres universitaires vont tous avoir des

programmes de procréation assistée qui vont permettre également de former du personnel, de former des médecins spécialistes. Et, en termes de diffusion, de déploiement, on pense peut-être qu'à un moment donné on aurait une clinique, peut-être, qui pourrait s'installer dans le secteur de l'Outaouais. On espère parce qu'il y a quand même une grande population. Et puis, également, possiblement que c'est une technique... des techniques qui vont se démocratiser avec le temps.

L'autre chose, c'est le déploiement des cliniques au niveau des centres régionaux, des cliniques d'infertilité, et, souvent, on en a également au niveau de certains établissements au niveau local. Ça fait que le coût total, c'est 63 millions de dollars. À la fin, il était prévu d'avoir autour de 10 000 cycles. 10 000 cycles, ça devrait donner l'équivalent, en termes de naissance, de 3 000 naissances supplémentaires.

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

**Mme Gaudreault:** Merci beaucoup, M. le Président. Alors, on voit que c'est un dossier que le ministre maîtrise bien, et ça le passionne, hein, si je ne me trompe pas de voir comment vous avez répondu.

Mais, je crois que c'est en décembre, il y a eu une nouvelle dans l'actualité qui a surpris beaucoup de gens, puisque vous avez diminué le coût du cycle de FIV. Alors, habituellement, c'est des augmentations; là, on arrivait à une diminution des coûts. Alors, je voudrais savoir pourquoi on en est arrivés à une diminution des coûts pour chacun des cycles?

**M. Bolduc:** Quand nous avons mis le... Quand nous avons mis le programme en place, on avait... on a discuté avec les cliniques de procréation et puis on s'est entendus sur un prix qui était de 7 200 \$ le cycle. Mais on avait fait mettre une clause, à ce moment-là, en collaboration avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, qui négocie pour l'association des gynécologues, qu'il y aurait une évaluation comptable rigoureuse, à livre ouvert, du coût réel de la procréation, et puis, par la suite, on majorerait de 15 % le montant. Et, lorsqu'on a fait l'étude, on est arrivés à un coût, à la fin, avec majoration de 15 %, de 4 600 \$. Donc, l'entente avait prévu, lorsqu'on avait mis le programme en place, qu'on ajusterait les prix en fonction du coût réel plus une majoration pour le profit, et c'est ce que nous avons fait.

Et je trouve que c'est intéressant. Il y a des gens qui vont dire: Est-ce qu'on a payé trop cher au début? On ne pouvait pas savoir le prix. Mais, au début également, les cliniques n'ont pas le même volume d'activité, donc il y a un coût supplémentaire, tandis que lorsqu'on a mis le programme en place, par la suite, il y a eu plus de volume, donc on était capables d'aller chercher une certaine économie de ce côté-là, ce qui fait que, de façon, je vous dirais, assez aisée, bien, on s'est entendus qu'on ajusterait le prix à 4 600 \$, qui représente une économie substantielle par rapport au coût initial.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Hull.

**Mme Gaudreault:** Bon, alors, c'est merveilleux, tout ça. Alors, on a plus d'argent pour servir... desservir un plus grand nombre de couples. Alors, qu'en est-il des listes d'attente? J'imagine que ça a créé un engouement incroyable au moment du déploiement puis je veux savoir s'il y en a partout au Québec, là.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Ce que moi, j'avais prédit, c'est qu'en rendant le paiement public, c'est-à-dire si c'était gratuit pour les gens, il y aurait une grande augmentation des listes d'attente. Puis là, à ce moment-là, bon, c'est sûr qu'il fallait s'attendre que ça pourrait prendre plusieurs mois avant qu'on ait les services.

Mais on a eu une surprise. Les cliniques médicales se sont ajustées. Également, on a fait des investissements quand même assez importants au Centre de santé McGill pour agrandir leur clinique de procréation. Depuis ce temps-là, on a également annoncé la clinique du CHUM. Et il semblerait, mais il n'y a pas d'étude scientifique, mais il semblerait que le temps d'attente est très raisonnable au niveau des cliniques médicales et au niveau du Centre de santé McGill parce qu'ils ont ajusté l'offre en fonction de la demande. Donc, il semblerait qu'à ce moment-ci les attentes sont respectables.

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

**Mme Gaudreault:** Juste dernier petit commentaire. J'espère que la ministre de la Famille est prête pour offrir des services de garde, parce que ça semble avoir... connaître beaucoup de succès. En tout cas, c'était une petite blague en terminant. Merci beaucoup.

**M. Bolduc:** Ça nous permet de... Avec le programme, ça va nous permettre probablement d'avoir une stabilité au niveau du nombre de naissances. Cette année, le nombre de naissances... pour l'année 2011 était à 88 800; l'année d'avant, ça avait été 88 500. Mais on pense que le programme devrait donner environ l'équivalent de 15 000 naissances, 1 500 naissances par année, ce qui fait que c'est quand même marginal par rapport au nombre total de naissances du Québec, mais qui est important pour chacun des couples qui... ça peut leur permettre d'avoir un enfant.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

**M. Chevarie:** Merci, M. le Président. On arrive vers la fin, M. le ministre, dernière étape.

**M. Bolduc:** Beaucoup de plaisir.

**M. Chevarie:** C'est ça. Regardez, on va discuter des GMF, un domaine que vous connaissez bien, puis des cliniques-réseaux. On va commencer avec le GMF. Bien sûr qu'on sait tous que c'est des partenaires extrêmement importants dans le réseau de la santé, particulièrement leur rôle à jouer au niveau de l'accessibilité des services, au niveau des médecins de famille, et ça fait déjà plusieurs années qu'on parle de l'implantation des GMF.

J'aimerais ça, quand même, dans un premier temps, M. le ministre, que vous puissiez nous dire, et particulièrement pour les téléspectateurs, c'est quoi, un GMF, c'est quoi, le rôle d'un GMF, de quels professionnels c'est composé puis, en même temps, en profiter pour faire le bilan d'où on en est rendus aujourd'hui avec la mise en place des GMF au Québec.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Un groupe de médecine de famille, c'est d'abord une clinique médicale dans laquelle travaillent plusieurs médecins, et ce qu'on vise... on vise un certain nombre de médecins. Habituellement, on vise autour, au moins, d'une dizaine de médecins, mais, compte tenu de l'organisation des services au Québec, il y a plusieurs modèles. Il y a également des cliniques, comme ils peuvent être deux cliniques de six ou sept médecins qui se sont réunies ensemble pour former un GMF qu'on appelle... un groupe de médecine de famille qu'on appelle multisite.

Donc, la définition, c'est d'abord un groupe de médecins qui font une entente avec le gouvernement pour faire un type de pratique qui va donner une augmentation au niveau de l'accessibilité des services. Ce que ça veut dire? Que la clinique devra ouvrir le soir, les fins de semaine puis offrir également du sans rendez-vous avec de la prise en charge. En contrepartie, l'établissement de santé, le CSSS, va fournir des infirmières, de l'ordre d'environ une infirmière pour six médecins, pour travailler en mode collaboration avec les médecins, dont, entre autres, le suivi du diabète, l'hypertension artérielle et puis tout ce qu'on peut faire pour aider les clientèles des médecins. De plus, il y a une entente de gestion dans laquelle le gouvernement s'engage à fournir l'informatisation du groupe de médecine de famille.

Là, on tombe dans un nouveau modèle. Plutôt que d'avoir des médecins qui travaillent en solo, on a maintenant des médecins qui travaillent en groupe, qui ont une offre de service plus variée, mais également qui travaillent avec d'autres types de professionnels, dont les infirmières, pour offrir des soins intégrés et continus à leur population. C'est le modèle le plus rentable en termes de qualité de soins.

Je vais vous donner un exemple. Moi, j'ai commencé à pratiquer en groupe de médecine de famille en 2004, hein? Ça a été mis en place en 2002, et puis, en 2004, on a été un des premiers groupes de médecine de famille qui s'est mis en place au Québec. On était dans les premières cohortes. Et puis, pour le suivi du diabète, il y a un critère, au niveau du diabète, qui s'appelle l'hémoglobine A1c. En travaillant avec les infirmières puis en faisant de l'enseignement, de la formation puis avec un suivi serré, on a réussi, pour la majorité de nos patients, à normaliser l'hémoglobine A1c.

Contrôle également au niveau des plaies. Plutôt que les envoyer à l'urgence ou en CLSC, on pouvait les traiter au niveau de la clinique. Les suivis des temps de prothrombine, lorsque les patients sont anticoagulés, bien, c'était fait par nos infirmières, puis on sait que, lorsque c'est fait dans un programme organisé, entre autres avec les infirmières, on baisse notre taux de complications de 20 % à 5 %, ce qui est quand même significatif. Donc, c'est le nouveau modèle qui s'est mis en place. Également, les médecins ont une majoration au niveau de la rémunération, donc il y a un montant forfaitaire qui est donné par année à chaque médecin pour le fait que le patient pratique en GMF.

Tout ça pour dire qu'actuellement au Québec les médecins qui sortent sur le marché du travail veulent pratiquement tous pratiquer en groupe de médecine de famille. Un, ça leur donne une qualité de vie, ça leur donne une qualité de pratique et puis également ça leur donne une meilleure rémunération. Et c'est pour ça qu'on est passé, en 2002, de quelques groupes de médecine de famille à aujourd'hui... Dans les papiers, c'est marqué 236, mais j'en ai signé deux hier dans l'est de Montréal, ça fait qu'on est rendu au moins à 238. O.K. Et maintenant ce que l'on recommande, c'est vraiment, là, géographiquement, être capable d'installer des cliniques médicales qui vont être groupes de médecine de famille, qui vont travailler en équipe et qui vont prendre la responsabilité d'une population qui vit probablement autour de la clinique, tout en laissant le choix au patient de choisir sa clinique et son médecin. Et c'est actuellement le meilleur modèle qu'on a pu voir.

Le Québec est en avance, parce qu'en Ontario... ont commencé sur le même principe des «family groups», et puis l'Ontario a commencé quelques années après nous autres. Dans ce projet, le modèle a été vraiment un modèle qui était innovateur et qui a été mis en place en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, à laquelle d'ailleurs... à ce moment-là, Jean Rodrigue y travaillait avec mon sous-ministre actuel au niveau des affaires médicales, qui a été très, très impliqué dans la mise en place de ce modèle.

● (22 h 10) ●

**M. Chevarie:** Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, M. le député des Îles. Vous avez six minutes.

**M. Chevarie:** Six minutes. J'aimerais qu'on aborde le modèle de clinique-réseau parce que c'est fort probablement un système que l'ensemble de la population connaît moins. Puis, un peu dans le même objectif, pouvez-vous nous définir c'est quoi, une clinique-réseau et combien est-ce qu'il y en a d'établies à travers le Québec également?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Je vous parlais des groupes de médecine de famille. L'objectif, c'est d'atteindre le chiffre de 300 groupes de médecine de famille. À 300 groupes de médecine de famille, on devrait couvrir l'ensemble des besoins de santé de la population du Québec.

La clinique-réseau, c'est un modèle qui, d'abord, s'était développé plus à Montréal, où eux autres disaient que leur plus grosse problématique, c'était qu'ils n'étaient pas capables d'avoir de clinique sans rendez-vous. Donc, à Montréal, il s'est mis en place des cliniques-réseaux.

Le groupe de médecine de famille, c'est pour faire de la prise en charge et du suivi des patients avec du sans rendez-vous qui est assumé par chacun des médecins à tour de rôle. La clinique-réseau, c'est vraiment une clinique sans rendez-vous dans laquelle, à ce moment-là, le gouvernement va fournir des infirmières pour aider le patient à faire du sans rendez-vous. En général, on dit qu'un groupe de médecine de famille de 15 patients... 15 médecins, excusez-moi, va suivre environ 15 000 à 20 000 patients; une clinique-réseau, on en voudrait une à peu près par 50 000 de population. La clinique-réseau va augmenter la couverture au niveau des heures de sans rendez-vous, le soir et les fins de semaine, et on fournit une infirmière avec le médecin pour, exemple, faire le triage, ou faire des suivis avec le patient, ou évaluer le patient. Donc, c'est deux concepts qui sont complémentaires.

Une clinique-réseau peut être groupe de médecine de famille. Une clinique-réseau n'est pas nécessairement un groupe de médecine de famille, mais, avec le temps, ils deviennent presque tous groupe de médecine de famille, et les groupes de médecine de famille ne sont pas tous cliniques-réseaux, mais quand vous avez trois cliniques... trois groupes de médecine de famille qui couvrent une population de 50 000, à ce moment-là, ils peuvent s'entendre entre eux autres pour aller chercher le concept de clinique-réseau, soit à l'intérieur d'une même clinique ou faire des ententes entre eux autres. Donc, c'est deux modèles complémentaires pour offrir tant la prise en charge que le sans rendez-vous.

**Le Président (M. Sklavounos):** Une couple de minutes, M. le député des Îles.

**M. Chevarie:** Quelques minutes? O.K. Peut-être un volet que j'aimerais aborder pour les dernières minutes qui nous restent dans cette étude des crédits, pour nous, c'est le programme d'accès aux pompes à insuline. On sait que vous aviez... le 16 avril 2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux annonçait le Programme d'accès aux pompes à insuline pour la clientèle de 18 ans et moins, et j'aimerais ça connaître un peu les différentes modalités du programme et où c'en est rendu également dans l'étendue de ce nouveau programme d'accès extrêmement important et intéressant pour les familles et les jeunes qui sont affectés par cette maladie.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Merci, M. le Président. Bon, vous savez que le diabète type 1, c'est un diabète qui est nécessairement ce qu'on appelle insulino-dépendant, et les enfants qui ont du diabète, ce sont tous, en pratique, des diabètes type 1, sauf quelques cas exceptionnels. Ça peut être des diabètes type 2 suite à l'obésité, mais partons avec la règle générale que la grande, grande majorité ont du diabète type 1 et, très jeunes, doivent recevoir des injections d'insuline.

Dans les injections d'insuline, on peut les donner sous la peau, mais il existe un outil, une méthode, qui est la pompe à insuline, où c'est une perfusion qui est soit sur une base... qui est une perfusion sur une base continue. C'est certain qu'il y a un coût aux pompes à insuline, même si elles sont très petites, puis il y a également un coût de les faire fonctionner. Et c'est une demande qui avait été faite depuis longtemps par l'association du diabète; c'était de payer les pompes à insuline chez les enfants de moins de 18 ans.

Et, l'année dernière, j'ai annoncé le programme, le 16 avril 2011. Ça fait qu'à partir de cette date le programme des pompes à insuline, il serait mis en place, ce qui veut dire que, pour tous les enfants de moins de 18 ans... qu'à partir de ce moment-là il y aurait un service qui serait gratuit, tant au niveau de l'achat de la pompe qu'au niveau des fournitures et de l'insuline.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci.

**M. Bolduc:** C'est un programme qui a été extrêmement bien reçu par les parents. D'ailleurs, je suis allé faire la conférence lors de leur congrès, puis c'est à ce moment-là que je leur ai annoncé. Et, dans notre vie, on connaît des moments de grandes émotions. Je vous dirais, les émotions chez les parents, les enfants, c'était... ça pouvait être senti dans la salle. Au même titre, quand j'avais annoncé le programme de procréation assistée, pour les gens, c'était vraiment comme... je vous dirais, le mot, c'est une «délivrance».

**Le Président (M. Sklavounos):** ...dernier petit point, M. le député.

**M. Chevarie:** Oui. Bien, d'abord, comme... le mot de la fin pour nous, au nom de mes collègues, vous remercier pour votre grande disponibilité, votre collaboration dans l'ensemble des échanges qu'on a eus sur de nombreux sujets depuis deux jours, remercier tous vos collaborateurs, sous-ministres ou autres personnes qui ont participé à cet échange-là, également votre équipe, avec votre chef de cabinet, et tout le personnel pour l'excellente collaboration et la préparation de cette étude des crédits. Et, je le répète, ce que je mentionne actuellement, je le dis au nom de mes deux collègues à ma droite, ici, en commission parlementaire. Merci.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le député des îles, adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, et merci aussi à vous pour votre collaboration durant l'étude de ces crédits. Mme la députée de Taschereau, pour votre dernier bloc. Allez-y.

**Mme Maltais:** Merci, M. le Président. Je dois choisir entre une multitude de sujets que nous n'avons pas encore abordés. Je vais commencer à me plaindre: 14 heures, ce n'est pas assez, j'en ai encore.

Je vais y aller d'une rapide. Simplement, dans le débat sur les frais accessoires que nous avons eu, j'ai appris qu'il y avait un deuxième rapport qui avait été présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux. Il y a eu le rapport Chicoine, qui, je l'ai rappelé, est public; le deuxième, jamais vu la couleur. Quand est-ce que ce rapport, fait par la RAMQ, le régime d'assurance maladie du Québec... Quand le ministre va-t-il rendre public ce rapport? Pourquoi ce rapport reste-t-il dans les officines du ministère? Pourquoi est-ce qu'on n'a pas accès à ce rapport, M. le ministre?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** M. le Président, on va vérifier. Je ne pense pas qu'il y a eu de rapport officiel. On a peut-être demandé autre chose puis, comme de fait, on a fait beaucoup de discussions sur la question des frais accessoires, mais ce n'est peut-être pas au niveau du ministère comme au niveau de la RAMQ. Mais on va vérifier puis on va vous répondre dans quelques minutes.

**Mme Maltais:** Merci. M. le Président, c'est parce que la RAMQ, elle est sous l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux. Alors, si le ministre de la Santé et des Services sociaux veut rendre public un rapport de la RAMQ, je ne crois pas que le président de la RAMQ s'objecterait.

**M. Bolduc:** M. le Président, j'ai la réponse. Comme de fait, ce n'est pas un rapport, c'est... J'avais demandé un état de situation.

**Mme Maltais:** C'est un état de situation. Donc, il n'y a pas d'autre rapport.

**M. Bolduc:** Non.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Alors, on en est... Est-ce qu'il y a des discussions? Est-ce qu'un jour on va voir le règlement de ce sujet des frais accessoires?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bien, les frais accessoires, d'abord, il y a plusieurs niveaux. Il y a ce qu'on appelle les frais qui... bien, de l'échographie, qui sont non assurés, qui ne sont pas considérés comme des frais accessoires. C'est tout simplement un examen qui est non assuré. Et c'est toujours un dossier qui revient, sur lequel on travaille de façon très active.

Vous avez également les frais accessoires pour ce qui se fait actuellement dans les cliniques privées, qu'il y a un frais qui est chargé aux patients tout simplement parce qu'on paie la même tarification qu'à l'hôpital. Et puis, pour le moment, on a regardé... on a mis en place le dépistage du cancer du côlon. Possiblement qu'on va regarder, pour l'endoscopie, qu'est-ce qu'il est possible d'être fait. Mais pour... Je dois vous avouer qu'au niveau des frais accessoires pour la chirurgie ce n'est pas un dossier qu'on a fait avancer au cours des derniers mois parce qu'on se consacre actuellement plus sur le paiement pour l'échographie.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

● (22 h 20) ●

**Mme Maltais:** On aura d'autres moments, peut-être, pour revenir là-dessus.

Il y a un projet qui est dans l'air depuis un bout de temps, qui est en plein cœur de la circonscription du ministre, c'est le Centre des maladies du sein, à Saint-Sacrement. C'est l'idée de la construction d'un édifice de quatre étages en face de l'Hôpital Saint-Sacrement en vue de devenir ce qu'on appelle, en bon anglais, un «breast center», un centre, vraiment, des cancers du sein. C'est un projet qui est évalué, à première vue, à peu près à 100 millions. Je sais que le CHA a déposé ce projet auprès du ministre. Comme c'est dans sa circonscription — et peut-être un jour dans la mienne, qui sait — puisqu'on est ici tous les deux, on pourrait se passer le témoin et peut-être pourrait-il nous dire où en est rendu le projet et qu'est-ce qu'il pense de ce projet.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Bon. Un, c'est un projet qui est très pertinent, parce que vous savez que le centre du cancer du sein de l'Hôpital Saint-Sacrement, c'est le plus grand centre de traitement du cancer au Canada, d'ailleurs qui font un travail excellent. Avant que je sois ministre, j'avais fait l'évaluation avec Agrément Canada à l'époque, et nous avons donné vraiment la plus haute cote à ce centre avec beaucoup d'innovation. Et puis on a reçu le projet, on a donné un avis de pertinence qui est positif. Actuellement, comme on l'a expliqué au niveau des grands projets, ça doit s'inscrire, là, dans nos PQI, nos plans quinquennaux au niveau des immobilisations, et puis ça devrait suivre son cours. Et vous comprendrez que, même si c'est dans mon comté ou, un jour, dans votre comté, bien il va être traité à sa juste valeur mais avec équité par rapport aussi à l'ensemble des projets du Québec. Mais c'est un projet que je suis convaincu qui va se faire un jour, mais ça ne sera pas pour cette année, là.

**Mme Maltais:** Non, je le comprends, mais je voulais quand même savoir. Donc, il y a un avis de pertinence positif?

**M. Bolduc:** Une pertinence.

**Mme Maltais:** D'accord. C'était... Vous voyez que je me préoccupe des intérêts du député de Jean-Talon.

**M. Bolduc:** Mais, comme je l'ai dit, ce qui est important surtout, c'est qu'il va être traité à sa juste valeur, et c'est une valeur très élevée.

**Mme Maltais:** C'est une valeur élevée, en effet. C'est un centre qui rend d'immenses services que ce centre Fabia-Deschênes, et on a vraiment intérêt à le voir croître pour le plus grand bien de la population.

**M. Bolduc:** En espérant que le prochain député va le défendre aussi bien que le député actuel.

**Mme Maltais:** J'en suis convaincue. J'en suis convaincue.

Un autre sujet qui va... que je veux aborder, c'est celui des compteurs intelligents. Je sais que le Dr Poirier n'est pas ici ce soir. Il y a des gens qui sont inquiets. Peu importe, là, comment on peut... qu'est-ce qu'on peut juger des théories sur les ondes magnétiques, il y a des gens qui sont inquiets. À cause de cette inquiétude, j'ai été interpellée et je suis allée voir sur... dans le quartier de Villeray, à Montréal, où Hydro-Québec a imposé la pose de compteurs intelligents. Je suis allée rencontrer des gens, et ils m'ont montré... j'ai vu... Je sais qu'il y a eu analyse de la possibilité de problèmes associés à ça avec le... C'est que le Dr Poirier a signé une lettre comme quoi il considérait qu'il n'y avait pas de problème.

Mais, dans ce débat-là, il y a quelque chose qui m'a étonnée et que les gens m'ont montré, c'est que, dans les indications mêmes du fabricant, les compteurs intelligents devaient être à une certaine distance les uns des autres, et cette indication n'est pas respectée, absolument pas respectée. Il y a... tu peux avoir trois compteurs... c'est-à-dire, ils doivent être au moins à 20 mètres les uns des autres. Moi, j'en ai vu trois dans une surface de quatre mètres. C'est comme ça régulièrement, c'est posé comme ça. Il y a aussi le réseau de distribution, les faisceaux d'accueil de ces ondes. Moi, j'en ai vu un qui était devant une maison, là, mais dans l'entrée. En plus d'en avoir trois dans le sous-sol, il y avait le faisceau, c'est-à-dire qu'eux autres reçoivent les ondes de tout le quartier. Bon.

Je ne suis pas juge, O.K.? Je ne suis pas... Je n'en ai aucune idée, mais ce que je me demandais, puis ça, j'aimerais... Si je ne peux pas avoir une réponse maintenant, je voudrais savoir si cette chose-là, le fait que, par exemple, il est possible qu'ils n'aient pas été posés selon les normes du fabricant, la présence de faisceaux de redistribution, donc de concentration des ondes d'un quartier à un endroit, a été examinée dans ce rapport du Dr Poirier? Je ne sais pas si ces éléments-là particulièrement ont été pris en compte. Moi, j'ai promis de poser la question. Alors, je voulais vraiment savoir ça. J'aimerais ça qu'on nous transmette cette information.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Un, c'est une question qui est très légitime. Je pense qu'il y a quand même une inquiétude de la part des gens, mais je pense que, un, je vais, moi, me fier aux avis de la Santé publique qui sont nos experts dans ce domaine-là, et on va vérifier s'il y a eu d'autres informations, comme vous le demandiez.

Mais, quant à moi, ma position, ça doit être d'écouter nos experts en santé publique. Et, si jamais il n'y a pas assez d'informations ou si les recommandations ne sont pas suivies, on va s'attendre que ceux qui posent les compteurs intelligents suivent les recommandations, premièrement. Deuxièmement, bien, on va vérifier au niveau de la Santé publique, puis, s'il y a de l'information supplémentaire, on va vous la faire parvenir.

Et, naturellement, c'est un dossier qui n'est pas terminé, hein? Je pense qu'encore là le verdict est... n'est pas rendu, mais, avec la Santé publique, on va suivre ça de très près.

**Le Président (M. Sklavounos):** Et, s'il y a des renseignements supplémentaires, vous vous engagez, M. le ministre, à les faire suivre à la commission?

**M. Bolduc:** Oui, oui. On va...

**Le Président (M. Sklavounos):** Surtout sur cette question-là qui... Villeray, le quartier Villeray étant dans le comté de Laurier-Dorion, Mme la députée, alors la question était importante, pertinente. Je vous remercie de la poser. Alors...

**Mme Maltais:** Merci, M. le Président. Vous voyez comment je me préoccupe des deux bouts de la table. Je suis dans un grand mouvement englobant de mes collègues, mais je veux vraiment... Je fais des farces, là, mais il y a deux points particuliers que j'ai ciblés, là, c'est le réseau de ces faisceaux de distribution et cette distance entre les compteurs, là. Est-ce qu'il y a eu, dans l'analyse qui a été faite par la Direction de la santé publique... ont-ils validé ces deux éléments? Moi, ça me... je serais contente de connaître ça.

**M. Bolduc:** Oui.

**Le Président (M. Sklavounos):** Je peux confirmer également. Je vais faire une... interjeter un petit commentaire que j'ai des citoyens du comté qui m'ont approché également, que j'ai des rencontres de prévues sur la question qui

est quand même préoccupante pour certains citoyens de Villera y, hein, M. le ministre. Alors, je seconde cette question, Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** ...parce que ce qu'il y a là-dedans, c'est que parfois le stress est tellement énorme chez les personnes à cause d'une préoccupation comme ça où ils ne sont pas sûrs d'être protégés et en santé que, finalement, le premier problème, c'est le stress. Et, si on peut au moins éliminer celui-là, on aura déjà fait un grand pas. Et, si on... s'ils savaient que les parlementaires se sont préoccupés d'eux et ont posé les bonnes questions, qu'ils ont les bonnes réponses, bien, peut-être qu'on avancera un bout dans ce dossier-là aussi. Si j'ai encore du temps...

**Le Président (M. Sklavounos):** Il reste encore quatre minutes, Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Quatre minutes? Mon Dieu! Parfait. À la suite de l'adoption des lois n<sup>os</sup> 33 et 34, il y a eu l'obligation pour les cliniques médicales spécialisées d'avoir un... d'obtenir un permis. On a déjà discuté de ça, parce qu'en février 2011 il y a Radio-Canada qui nous a dit qu'il y avait cinq cliniques qui avaient obtenu leur permis, même si elles ne répondaient pas aux normes. Alors, l'enjeu, c'est la confiance du public parce qu'il y a des gens qui vont dans ces cliniques-là. Elles ne répondaient pas aux normes, et, Dieu sait pourquoi, le ministre avait décidé de leur accorder un permis.

Ce que je voudrais savoir... Je ne veux pas revenir en arrière, mais ce que je voudrais savoir, c'est: Est-ce que ces cliniques, aujourd'hui, ont... répondent entièrement aux normes? Est-ce qu'elles ont un permis parce qu'elles répondent aux normes maintenant?

Ce que je veux savoir, donc: Quel suivi on a fait? On a accordé les permis. Est-ce que, maintenant, on a régularisé la situation sur ces... particulièrement ces cinq cliniques-là?

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** Premièrement, ils répondent aux normes de la loi, mais je sais également que le Collège des médecins a fait des inspections au niveau de ces cliniques. Et l'ensemble des cliniques... Là, on parle des groupes... des CMS. Les 51 CMS ont l'obligation de se conformer à... et d'avoir l'agrément avec Agrément Canada pour... puis Agrément Canada ou le Conseil québécois de l'agrément pour 2013. Donc, c'est la démarche qui est en cours au niveau de ces cliniques.

On voyait un article cette semaine dans le journal qu'il y avait une clinique qui avait eu son agrément, mais on sait que c'est un processus qui prend un certain temps. Mais je vous dirais que présentement on peut dire que ce qui avait été dit, c'est-à-dire des évaluations par le Collège des médecins, parce que j'en ai parlé avec Dr Bernard, c'étaient des mesures qui avaient été entreprises avec les cliniques. Et, également, elles sont toutes en démarche d'agrément.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Mais le Collège des médecins, dans son évaluation, a dit qu'il y avait des cliniques qui ne répondaient pas encore aux normes, des cliniques qui avaient des permis.

Ma question, c'est: Est-ce qu'il y a un suivi de fait, assez rapide, assez serré pour obliger ces cliniques à répondre aux normes? On leur a accordé un permis, là, je répète, accordé un permis sans qu'elles répondent aux normes. Est-ce qu'on pourrait, maintenant qu'elles ont le permis, voir à ce qu'elles répondent aux normes rapidement?

**M. Bolduc:** Mais il y a eu...

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

**M. Bolduc:** J'avais parlé avec le Collège des médecins, je leur avais demandé spécifiquement de faire ces vérifications-là, et c'est au niveau du Collège des médecins que la vérification pour... quand il s'agit des normes de pratique médicale qui devaient être évaluées. Mais, en plus de ça, on avait ajouté, si vous vous en souvenez, l'obligation d'avoir l'agrément qui, lui, est prévu pour 2013.

Mais, du côté des cinq cliniques qui avaient eu une demande au Collège des médecins... et, pour avoir eu une discussion verbale avec le Dr Bernard, lui m'avait dit que tout était entrepris. À savoir où ils en sont dans leur suivi, on pourrait peut-être refaire un coup de téléphone. On pourrait vérifier ça puis vous donner l'information.

**Mme Maltais:** Ce serait possible de déposer le suivi à la commission? Comme ça, tout le monde sera un peu au courant de ça.

**M. Bolduc:** Oui, c'est ça, mais on va prendre les informations au collège puis on va vous les faire connaître.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre s'engage donc à fournir ces renseignements au secrétariat de la commission. Merci, M. le ministre. Une couple de minutes, madame.

**Mme Maltais:** Une couple de minutes? On va l'utiliser, M. le Président.

**Le Président (M. Sklavounos):** Allez-y, allez-y.

**Mme Maltais:** L'Hôpital Sainte-Justine, le projet Sainte-Justine, il y avait un financement du gouvernement fédéral qui était attendu. On parlait de 120 millions de dollars à l'époque. Alors, est-ce que... On attend toujours un montant du gouvernement fédéral pour l'Hôpital Sainte-Justine. La cible, c'était 120 millions de dollars.

**Le Président (M. Sklavounos):** M. le ministre.

● (22 h 30) ●

**M. Bolduc:** Oui. Bien, ce qui avait été prévu, là, c'était qu'on allait faire une demande au fonds, à l'époque, du FCI, mais le fonds... McGill l'a eu pour le CUSM, mais, pour ce qu'il s'agit de Sainte-Justine, on n'a pas réussi à l'avoir et puis on ne compte pas là-dessus non plus pour faire le Centre de recherche, là. On s'est organisé autrement, c'est-à-dire qu'on a fourni l'argent à partir de nos fonds à nous autres.

**Mme Maltais:** Alors, M. le Président...

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Ce n'est pas ce projet-là, ce n'est pas le projet du Centre de recherche, ce n'est pas le FCI, c'était vraiment une demande de 120 millions de dollars pour l'Hôpital Sainte-Justine, et le Dr Couillard avait dit deux fois que les discussions étaient en cours, en 2007, en 2008. C'était dans le montage financier de Sainte-Justine, 120 millions de dollars.

**Le Président (M. Sklavounos):** Alors, M. le ministre.

**M. Bolduc:** On ne l'a pas eu puis on ne l'aura pas non plus.

**Le Président (M. Sklavounos):** Mme la députée de Taschereau.

**Mme Maltais:** Parfait. Ça va. Merci.

#### Adoption des crédits du programme 4

**Le Président (M. Sklavounos):** Ça va? Alors, là-dessus, le temps alloué à l'étude du volet Santé étant presque écoulé, nous allons maintenant procéder à la mise aux voix du programme n° 4, le programme n° 4 étant la Régie de l'assurance maladie du Québec. Est-ce que ce programme est adopté?

**Des voix:** Adopté.

**Mme Maltais:** Sur division.

**Le Président (M. Sklavounos):** Adopté sur division.

#### Documents déposés

En terminant, je dois déposer le cahier de la Régie de l'assurance maladie du Québec et les réponses du ministère de la Santé et des Services sociaux aux questions particulières, volet Santé, volumes I et II.

Finalement, remercier M. le ministre, M. le sous-ministre en titre, Mme la chef de cabinet et les autres personnes qui accompagnaient le ministre, de son cabinet, du ministère, les parlementaires des deux côtés, Mme la critique de l'opposition officielle en matière de santé, M. l'adjoint parlementaire, les autres députés et le personnel de l'Assemblée nationale et de la commission pour votre collaboration.

Et, sur ce, la commission ajourne ses travaux... Un dernier mot, M. le ministre?

**M. Bolduc:** On peut-u prendre juste une minute, peut-être, pour remercier les gens, dont entre autres les députés, l'opposition. Mais je voudrais particulièrement remercier, là, toute l'équipe du ministère parce que c'est un travail énorme que le travail de l'étude des crédits.

On l'a dit au début, c'est un exercice de reddition de comptes et c'est un exercice qui est très valable parce que, même pour nous autres, ça nous permet de voir tout ce qui a été fait et aussi de voir qu'est-ce qu'il y a à faire. Et merci, particulièrement, également, à l'équipe du cabinet que je sais qu'ils ont travaillé extrêmement fort. J'ai pu voir ça au cours des dernières semaines.

Et, par eux autres et en eux autres, bien, je veux remercier, naturellement, mon sous-ministre en titre, M. Jacques Cotton, qui dirige cette équipe de main de maître, et ma directrice de cabinet, Marie-Ève Bédard, là, qui travaille également de main de maître avec notre équipe. Mais eux autres ensemble, le cabinet et le ministère, travaillent vraiment bien.

Et, pour terminer, M. le Président, je veux vous remercier, vous et votre équipe, parce que ça a été deux longues journées, deux journées très profitables. Mais, comme je vous dis, c'est un bel exercice de reddition de comptes. J'ai un petit merci particulier à l'opposition, que ça s'est fait encore de façon très respectueuse, et je tiens à le dire. Merci beaucoup.

**Le Président (M. Sklavounos):** Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taschereau, un mot final.

**Mme Maltais:** M. le Président, vous me voyez dans l'obligation d'avoir le plaisir de me joindre à ces remerciements et, vraiment, c'est un plaisir. Je sais, je l'ai souligné d'entrée de jeu, M. le ministre — et surtout toute l'équipe ministérielle — c'est du boulot que des crédits. C'est pour ça que, je pense, c'est par respect pour l'équipe ministérielle que je fais toujours cette étude très sérieusement.

Évidemment, nous, on est deux, on essaie donc de vous livrer une bonne performance. On espère qu'on a été à la hauteur de notre réputation et de vos attentes. Et puis je remercie aussi les collègues, c'est toujours un plaisir. Je vais le dire, M. le Président, je vous le dis à vous, c'est toujours un plaisir de travailler avec la Commission santé et services sociaux. À chaque fois, c'est un beau travail de collaboration, et je sens que nous voulons véritablement travailler tous ensemble pour l'avancement du système de santé au Québec. C'est un plaisir de le faire.

**Le Président (M. Sklavounos):** Sur ces mots très positifs, la commission ajourne ses travaux au mercredi 25 avril, à 19 h 30, où elle étudiera les crédits du volet Aînés. Une bonne soirée à toutes et à tous.

*(Fin de la séance à 22 h 35)*