



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 25 juin 2014 — Vol. 44 N° 2

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services
sociaux (1) : volets Santé et Services sociaux

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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mercredi 25 juin 2014 — Vol. 44 N° 2

Table des matières

Santé	1
Remarques préliminaires	
M. Gaétan Barrette	1
Mme Diane Lamarre	4
Discussion générale	4
Services sociaux	33
Remarques préliminaires	33
Mme Lucie Charlebois	33
M. Jean-François Lisée	35
Discussion générale	36

Autres intervenants

M. Marc Tanguay, président
M. Jean Habel, président suppléant

M. Éric Caire
M. Pierre Giguère
M. Jean-François Roberge
M. Alexandre Iracà
Mme Marie Montpetit
M. Marc H. Plante
M. Amir Khadir
Mme Caroline Simard
M. Sébastien Schneeberger

* M. Richard Audet, ministère de la Santé et des Services sociaux

* M. Sylvain Gagnon, idem

* M. Michel Fontaine, idem

* M. Horacio Arruda, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 25 juin 2014 — Vol. 44 N° 2

Étude des crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux (1) : volets Santé et Services sociaux

(Neuf heures trente-trois minutes)

Le Président (M. Tanguay) : À l'ordre! Alors, je vous invite tous et toutes à prendre place. Merci beaucoup. Alors, ayant constaté le quorum, je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte. Je demande à toutes les personnes dans la salle de bien vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Santé

La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Santé des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2013-2014.

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

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. Mme Richard (Duplessis) est remplacée par M. Drainville (Marie-Victorin); M. Schneeberger (Drummond—Bois-Francis) est remplacé par Mme Roy (Arthabaska).

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le secrétaire. Puisque nous avons débuté nos travaux à 9 h 32 et qu'une période de 3 h 30 min doit être consacrée à l'étude de ce programme ce matin, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit à 13 h 2?

Des voix : Consentement.

Le Président (M. Tanguay) : Consentement? Consentement. Merci beaucoup. Nous débutons donc avec les remarques préliminaires. M. le ministre, vous disposez de 17 minutes.

Remarques préliminaires

M. Gaétan Barrette

M. Barrette : Alors, merci, M. le Président. Alors, je vois que M. le vice-président n'est pas présent. Alors, je prendrai quelques instants pour vous féliciter pour votre élection, M. le Président, et tous les autres collègues de tous les partis. Alors, aujourd'hui, c'est une réunion particulière, évidemment, certainement pour ma part puisque ce sera ma première étude des crédits, qui se passera sans doute très bien.

Alors, je suis accompagné aujourd'hui, M. le Président, de mon sous-ministre en titre, M. Michel Fontaine, ainsi que de son équipe, Mme Breton et Mme Pelletier, ainsi que de mon chef de cabinet, M. Desharnais, et de mon attachée de presse, Mme Beauvais.

Alors, en guise d'introduction aujourd'hui... Simplement m'assurer que tout est en place ici. Alors, en guise d'introduction, M. le Président, je rappellerai la situation dans laquelle on se trouve aujourd'hui pour cette étude des crédits, qui sera un exercice certainement complexe pour lequel j'essaierai d'avoir les réponses les plus précises à tous les membres de l'Assemblée qui auront à s'adresser à nous.

Alors, aujourd'hui, je rappellerai évidemment la situation budgétaire particulière du Québec, parce que c'est dans ce contexte, évidemment, que se fera l'étude des crédits.

Alors, premièrement, on comprendra ici la situation qui a été bien expliquée par mes collègues, le premier ministre d'abord, ainsi que par le président du Conseil du trésor, lors des études des crédits précédentes, et qui ont fait état de la situation difficile devant laquelle nous nous trouvons. En premier lieu, évidemment, on connaît aujourd'hui, et ceci a été évidemment vérifié de deux façons... on connaît la situation précaire de notre gouvernement quant aux finances publiques. On connaît évidemment la situation vers laquelle nous nous dirigeons de façon irrévocable, c'est-à-dire un déficit potentiel de 7 milliards dans deux ans et, évidemment, les déficits qui n'étaient non pas annoncés, mais qui ont été vérifiés pour l'année 2014-2015 et l'année 2015-2016, respectivement de 2,5 milliards et de 1 750 000 000.

Alors, on sait qu'au Québec la croissance des dépenses publiques dans la dernière période de 10 ans a été relativement élevée, peut-être pas énormément élevée par rapport au reste du monde, mais certainement très élevée par rapport à notre capacité collective de payer puisque la croissance des dépenses aurait été en moyenne, dans les 10 dernières années, de 5 %. Et, particulièrement en santé, elle aurait été même de 5,6 %, ce qui est évidemment substantiel. Alors, aujourd'hui, on se retrouve dans une situation où on a à faire face à cette problématique, d'une part, et, d'autre part, on a à faire face non seulement au retour à l'équilibre budgétaire, mais à la nécessité pour notre gouvernement et, je dirais, la société québécoise de faire en sorte que, si le système de santé, parce que je pense que c'est ce dont il est question, peut être pérenne dans sa nature, c'est-à-dire dans sa nature publique, et puisse continuer à offrir des services tels que requis à la population, bien, à un moment donné, il doit y avoir des décisions qui seront certainement difficiles à prendre,

mais des décisions devront être prises. Et c'est la raison pour laquelle notre gouvernement, pendant la période du retour à l'équilibre budgétaire, vise une croissance en santé de 3 %. Donc, la santé sera un secteur d'activité où il y aura croissance, par opposition à certains autres secteurs de notre gouvernement où il y aura certainement des situations encore plus difficiles à vivre. Mais notre gouvernement a fait le choix de maintenir les services. Et je pense que c'est la responsabilité du gouvernement, dans un sujet aussi délicat que celui de la santé, de pouvoir s'assurer qu'en bout de ligne la population reçoive les services requis pour des soins de santé requis. Ceci dit, cet exercice-là ne pourra pas se faire autrement qu'en mettant en application des principes fondamentaux, les principes fondamentaux qui sont ceux de notre gouvernement et que j'énumère et agrément de quelques commentaires.

D'abord, l'intégrité. L'intégrité, ça veut dire quoi pour la santé et pour notre gouvernement, pour l'ensemble de notre gouvernement? Ça signifie que, face à la population, comme nous nous sommes engagés dans la voie de l'équilibre budgétaire et de la responsabilisation de nos dépenses, la population s'attend non seulement à des gestes politiques qui soient clairs, nets et précis, mais certainement des gestes politiques et administratifs irréprochables. Et c'est la raison pour laquelle on verra, là, dans la prochaine étude des crédits et dans notre mandat quand on aura des décisions difficiles à être prises, les décisions seront prises d'une façon rigoureuse et aussi transparente, la transparence étant essentiellement la deuxième et certainement pas la dernière des valeurs et principes qui sous-tendent l'action de notre gouvernement.

C'est quoi, la transparence? Évidemment, j'y ai fait référence il y a quelques instants, les décisions qui sont prises, qui seront prises et qui seront difficiles, bien, seront faites avec clarté, c'est-à-dire qu'on informera la population et on débattrà. C'est le rôle de l'Assemblée nationale de faire ces débats-là, et on prendra les décisions ou on avancera des solutions avec le maximum de lucidité et en fonction des problèmes et des enjeux auxquels fait face non seulement le gouvernement, mais toute la population du Québec.

• (9 h 40) •

Une autre valeur est celle de l'équité. L'équité, là, ça signifie évidemment traiter les citoyens et les groupes de population de façon juste et équilibrée. En termes plus clairs, ça signifie qu'en santé ce n'est pas un endroit où on fait de la petite politique. Et il n'y aura pas, là, de décisions qui seront prises en fonction d'un comté ou pas d'un comté. Récemment, j'annonçais, par exemple, et j'y fais référence... la semaine dernière, j'annonçais qu'il allait y avoir un report, le report d'un projet, et non pas l'annulation, dans... du projet du CHU, à Sherbrooke, pour le bâtiment mère-enfant, par exemple. Ce n'est pas un projet qui est abandonné, c'est un projet qui est essentiellement reporté pour des raisons purement d'équité. Et, quand on dit équité, ça signifie qu'à un moment donné on doit faire en sorte qu'il y ait un ordonnancement basé sur la raison. Et, quand j'ai pris cette décision-là, M. le Président, c'est une décision qui était basée d'abord et avant tout sur l'équité et non sur la couleur du comté, surtout que, dans l'hôpital en question, la couleur du comté était exactement la nôtre. Alors, à un moment donné, il faut faire en sorte que des décisions soient prises, et, par exemple, dans ce cas-là, nous y sommes allés sur la base de la vétusté, parce qu'il y avait des projets qui devaient passer devant d'autres. Et ça, je pense que le gouvernement s'attend... pas le gouvernement, je m'excuse, la population s'attend à ce que nos décisions soient empreintes d'équité au maximum.

Le respect. Le respect, ça veut dire transiger avec les partenaires avec considération, mais sans complaisance. Je viens de donner un exemple qui allait exactement dans ce sens-là. Ce sera le cas, comme je l'ai dit il y a quelques instants, pour les débats à l'Assemblée nationale. Oui, l'Assemblée est un endroit de débats que l'on qualifie de contradictoires, contradictoires étant un terme pour dire «débats». Et qui dit débats signifie qu'on n'a pas nécessairement tous la même opinion, mais du débat doit normalement naître soit la vérité, soit un compromis raisonnable; c'est la maxime selon laquelle j'ai toujours exercé ma pratique, mes opinions et mes actions politiques, ce sera le cas encore aujourd'hui. Et, si, à l'Assemblée nationale, de meilleures idées surgissent que celles que nous proposerons, bien, elles sont bienvenues, et nous les prendrons en considération. D'ailleurs, je prends à ce titre le commentaire qui a été fait par notre collègue de Lévis, lors du discours du budget, qui avait salué en grande partie les mesures qui étaient proposées par mon collègue de Robert-Baldwin lors de la présentation de son budget.

La confiance. La confiance, ça signifie que... et ça, c'est important. Nous, on doit tous ensemble... et au Parti libéral, au gouvernement, on croit qu'on peut réussir. Et, en santé, on peut réussir à maintenir ce système public, on peut le garder à long terme et de façon pérenne, mais, malheureusement, ça demande quand même des ajustements. Et ces ajustements-là, évidemment, on y reviendra plus tard, on les verra lors de la révision de programmes qui sera faite dans la prochaine année sur le comité qui est présidé par Mme Robillard. Travail d'équipe, alors ça signifie évidemment travailler de concert, notamment au Parlement, j'y ai fait référence, là, il y a quelques instants. Et évidemment nous venons de vivre, dans les quatre dernières années, essentiellement un exercice qui s'est traduit par la plus grande transparence, qui est celui... la plus grande transparence, je m'excuse, et la plus grande collégialité, et je parle évidemment du projet de loi n° 52, qui s'est conclu, lors de cette session parlementaire ci, au bénéfice de toute la population du Québec.

Alors, revenons encore sur les grands paramètres de notre budget qui a été présenté récemment. Alors, en santé, on le sait, c'est 32 milliards, 32 346 000 000 \$, c'est une proportion, on le sait, substantielle du budget du Québec, et à ça doivent s'ajouter des dépenses financées par le FINSS, et, pour ceux qui ne sont pas familiers avec la chose, c'est le Fonds de financement des établissements de santé et des services sociaux, dans lequel s'ajoutent aux 32 milliards 1 545 000 000 \$, pour un total que vous connaissez.

Alors, globalement, je l'ai dit en guise d'introduction, nous prévoyons pour la prochaine année une croissance des dépenses de 3 %. Évidemment, c'est une croissance qui est inférieure à la croissance historique du budget de la santé du Québec, d'où la nécessité ultérieure de prendre des décisions difficiles, mais notre situation est évidemment plus favorable que dans certains autres ministères. Et, je le rappelle, je ne peux pas passer sous silence que, dans les 10 dernières années, la croissance moyenne des dépenses en santé... insoutenable, c'est insoutenable, et c'est une question purement mathématique. C'est insoutenable d'avoir une croissance en santé qui est de l'ordre perpétuel de 5,6 %. C'est ce qu'a

vécu le système de santé québécois pendant les 10 dernières années, et c'est là que se situe le plus grand défi de notre ministère, c'est-à-dire ramener, dans le cadre du retour à l'équilibre budgétaire, cette croissance à 3 % pour cette année, et évidemment très probablement la même chose pour l'année prochaine, pour ensuite viser une croissance annuelle de l'ordre de 4 %.

Je rappellerai à cet égard que le retour à l'équilibre zéro est une priorité pour notre gouvernement, mais je rappellerai aussi à la population que, récemment, des études ont été publiées, dont l'étude de l'Institut du Québec, pilotée par M. Bachand, qui nous disait que le système de santé peut être maintenu si sa croissance... les coûts de croissance sont maintenus dans l'ordre de 4 à 4,5, 4,25 %. Nous, on vise 4 %, mais il y a une étape, évidemment, qui est difficile, au travers de laquelle il faut passer dans un premier temps, qui est celle du retour à l'équilibre budgétaire qui passe par un contrôle de la croissance des coûts de 3 % pour la prochaine année, ce qui va nous amener évidemment à des choix qui vont être probablement difficiles, mais qui seront débattus ici, certainement par l'étude des crédits et ultérieurement à l'Assemblée nationale.

Mais, clairement, le statu quo est inacceptable pour plusieurs raisons qui sont évidentes : la croissance, mais aussi pour une cause, parce qu'une cause... les effets viennent toujours d'une cause, évidemment, en santé, alors la première étant celle du vieillissement de la population, et on sait que le pic démographique du vieillissement de la population se situe en 2031, et, si rien n'est fait, les dépenses en santé passeront, à cause, en partie, de cette situation-là, de 43 % de notre budget à 69 % de l'ensemble des dépenses de programmes du gouvernement. Et ça, c'est une chose, évidemment, qu'aucune juridiction canadienne ou internationale ne peut supporter.

Alors, devant ça déjà, on a mis en place des mesures pour faire face à cette situation, d'où la demande qui a été faite au réseau, dès notre arrivée, d'augmenter de 2 % la productivité pour ce qui est de l'administratif et de la cible, dans notre programme électoral, d'une réduction de la bureaucratie sur trois ans. Alors, on cible également une réduction des dépenses administratives immédiate de 3 % dans tout le réseau, et nous avons bonne confiance que ces objectifs-là seront atteints.

Evidemment, j'y ai fait référence il y a quelques instants, il y aura l'exercice de révision de programmes. Et on pourrait dire que la santé est un programme, mais... La santé est peut-être un programme, mais il est constitué d'une mosaïque, d'une multitude de programmes. Et, dans l'exercice de révision de programmes dans lequel on s'engage en date d'aujourd'hui, ces programmes-là, ces sous-programmes seront révisés, et une réflexion sera faite, et des conclusions seront tirées, d'où l'importance pour nous de participer activement à cet exercice. Notre objectif : préserver l'essentiel. Nous ne sommes pas dans une dynamique où nous allons couper pour couper. Nous allons voir ce qui est essentiel et revoir ce qui demande d'être révisé sur cette base et, certainement, nous allons revoir les façons de fonctionner et s'assurer que, par des gains de productivité et éventuellement de restructuration ou de rationalisation, nous puissions atteindre l'efficacité clinique appropriée pour maintenir en place les services à la population et respecter la croissance visée de notre budget pour faire en sorte qu'à la fin de l'exercice, en 2014-2015 et 2015-2016, on revienne à l'équilibre budgétaire pour ensuite avoir le bénéfice d'avoir une croissance qui soit contrôlée par la suite.

Donc, on comprendra que c'est un défi qui est absolument colossal, qui va demander de grands efforts de tout le monde. Et, comme je l'ai dit à plusieurs reprises dans un passé récent et en campagne électorale, tout le monde va être obligé de contribuer. Il n'y a pas de groupes, de sous-groupes, de secteurs qui n'auront pas une contribution à faire, c'est impossible. Au bout de la ligne, encore une fois, c'est la pérennité de notre système qui est en cause.

Alors, des services, comme ceci a été dit, des développements de services seront possibles à partir de 2016. Entre-temps, nous serons dans une période de rationalisation et de réévaluation nécessaire pour le retour à l'équilibre budgétaire. Alors, concrètement, nous sommes donc en synchronisme et nous adhérons complètement aux positions de notre premier ministre, de notre ministre des Finances et de notre président du Conseil du trésor.

Toujours sur le plan de la bonne gestion, nous sommes de fervents défenseurs du financement d'activités. Nous y reviendrons à plusieurs reprises. C'était dans notre campagne... dans notre programme électoral. Le financement d'activités est un levier essentiel au contrôle des coûts pour une raison très simple. Il est historique qu'au Québec, peu importe le gouvernement, il est historique que nous ayons eu des difficultés à évaluer les coûts. Alors, l'évaluation des coûts doit passer par une méthode qui soit améliorée, qui est celle du financement d'activités, et on y reviendra beaucoup...

• (9 h 50) •

Le Président (M. Tanguay) : ...

M. Barrette : Pardon?

Le Président (M. Tanguay) : En conclusion, s'il vous plaît.

M. Barrette : En conclusion. En conclusion, je terminerai en rafale sur quelques éléments. La première ligne, qui est une priorité pour notre gouvernement... et de cette priorité-là, nous allons prendre des actions pour les GMF. Notre programme électoral prévoit le développement des infirmières praticiennes spécialisées, et, pour l'ensemble des services spécialisés, on s'attend à une utilisation beaucoup plus optimale des plateaux techniques, qui est celle que nous faisons aujourd'hui. Et ça, ça va pour la chirurgie, le cancer et toute la programmation de périnatalité et particulièrement du contrôle de coûts en médicaments. On l'a dit en campagne électorale que des économies substantielles étaient à être faites sur la base de la négociation des ententes pour le coût des médicaments, et ce sera fait. Et, au bout de la ligne, évidemment, ce sera la survie de notre système qui sera en jeu et assurée.

Je termine sur un mot, M. le Président : N'oublions certainement pas la problématique de la qualité de vie de nos aînés auxquels nous aurons, évidemment, à nous adresser de la façon la plus constructive possible et toujours en

respectant nos objectifs budgétaires. Alors, je vous remercie, M. le Président, de m'avoir accordé ces quelques secondes supplémentaires.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. De toute façon, pour tous les collègues parlementaires, évidemment, le temps que nous prenons sera retiré et déduit du temps de la banquette ministérielle. Alors, merci, M. le ministre.

J'invite maintenant la porte-parole de l'opposition officielle et députée de Taillon à faire ses remarques préliminaires pour un maximum de 10 minutes.

Mme Diane Lamarre

Mme Lamarre : Alors, merci beaucoup, M. le Président. Je tiens également à remercier et à saluer tous les participants à cette session, M. le ministre, tous les gens qui vous accompagnent et qui ont contribué à fournir les six volumes de réponses à nos questions. Alors, on apprécie beaucoup le travail, les efforts qui ont été faits pour répondre à ces questions. Je remercie également les ministres et les députés... le ministre, mais également les députés de l'opposition qui nous accompagnent. Je tiens à souligner la présence de M. Bernard Drainville, député de Marie-Victorin, et mon attachée... ma recherchiste, Mme Laurie Comtois, qui m'accompagne pour cette présentation d'étude des crédits.

Je pense que, tout comme le ministre de la Santé, nous partageons un souci d'une saine utilisation des sommes des contribuables, de tous les Québécois. Un budget important, 32,3 milliards de dollars, 43 % du budget total. Il reste que, pour les Québécois et les Québécoises, la santé, c'est une priorité. Et, de la même façon que, quand on élève notre famille, on tient à lui assurer qu'elle puisse bien manger, on tient également à s'assurer qu'elle évolue en santé, et il ne nous semble pas incompatible de jumeler les deux objectifs, d'avoir des enjeux économiques et une économie bien monitorés, bien surveillés, avec un accès à un système de santé qui assure une accessibilité. On n'est même plus à parler de performance, on est rendus à parler d'accessibilité. Et c'est vraiment une priorité qui a été plusieurs fois annoncée, confirmée par différents sondages et par différentes actions que les Québécois et les Québécoises posent. Ils déboursent beaucoup pour cette santé qui leur tient à coeur et ils attendent aussi à avoir des résultats. On a actuellement deux millions sur huit millions de Québécois qui n'ont pas accès à un médecin de famille. On peut considérer que c'est un point de rupture. C'est un point de rupture parce qu'à un moment donné, lorsqu'on n'a pas accès au médecin de famille au bon moment, il y a des conditions plus graves qui se détériorent et qui amènent des situations de santé plus graves et également des coûts plus importants. Donc, il y a encore une façon de faire coïncider les deux objectifs.

L'institut national de la statistique déclarait que 30 % des gens qui se présentaient à l'urgence d'un hôpital le faisaient en sachant très bien, lorsqu'elles partaient, lorsque ces personnes-là partaient de la maison, que ce n'était pas nécessaire qu'elles aillent à l'urgence d'un hôpital, mais elles le faisaient parce qu'elles n'avaient pas d'autre porte d'entrée dans le système de santé. Or, quand on va à l'urgence d'un hôpital, ça coûte entre 250 \$ et 500 \$ pour utiliser les services d'une urgence à l'hôpital. Il y a donc là des gains importants, des économies importantes à faire en utilisant mieux notre système de santé, en utilisant mieux l'ensemble des systèmes et en remettant le patient au bon endroit au bon moment dans un système de santé. Je vous dirais, comme analogie, le citoyen ordinaire, il ne recourt pas continuellement à son concessionnaire pour faire laver sa voiture. À un moment donné, il la fait laver la première fois qu'il l'achète; les fois d'ensuite, il utilise le bon endroit pour laver sa voiture. Il commence par lui-même, donc on pense que la prévention et les saines habitudes de vie sont certainement un élément important, et, dans certains cas, il va utiliser des ressources qui sont adaptées aux besoins qu'il a. Donc, je pense qu'on doit aussi regarder notre système de santé avec une perspective comme celle-là.

En 18 mois, le parti... l'ancien gouvernement a réussi à donner 330 000... 330 000 Québécois ont réussi à obtenir un médecin de famille, ce qui ne s'était pas vu depuis au moins 2009. On a diminué le temps d'attente à l'urgence, on a donné 110 millions de dollars en soins à domicile et on a amélioré les cibles en GMF, même si on est tout à fait conscients qu'il y a encore beaucoup de travail à faire à ce niveau-là. L'informatisation du système de santé reste aussi une priorité et une préoccupation.

Alors, M. le Président, je suis très consciente que la population, elle a surtout envie d'entendre des réponses à des questions. Alors, je ne prendrai pas plus de mon temps et je préférerais conserver les précieuses minutes de cette période de questions pour adresser ultérieurement mes questions au ministre de la Santé. Je vous remercie.

Le Président (M. Tanguay) : Parfait. Merci beaucoup, Mme la députée de Taillon, ce sera fait. Alors, je cède maintenant la parole au député de La Peltrie et porte-parole du deuxième groupe d'opposition à faire ses remarques préliminaires pour un maximum de sept minutes. Vous allez m'indiquer...

M. Caire : Je vais conserver mon temps pour échanger avec le ministre, M. le Président.

Discussion générale

Le Président (M. Tanguay) : Excellent! Alors, ce sera fait. Merci beaucoup, M. le député de La Peltrie. Je suis maintenant prêt à reconnaître une première intervention de l'opposition officielle pour un premier bloc d'échange. Mme la députée de Taillon, la parole est à vous, en vous rappelant que vous disposez maintenant d'un temps de 20 minutes, et nous additionnerons votre temps de remarques préliminaires plus tard. Alors, pour 20 minutes, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci. Alors, à la lecture du budget, nous avons été un peu étonnés d'entendre si peu parler de la santé. Nous avons recherché les quelques indices que nous avons pour évaluer un petit peu les grands morceaux qui constituaient finalement les coûts importants au niveau de la santé. Il est certain que le montant qui nous a frappés au départ, c'est les 285 millions de dollars qui était inscrit au niveau des services médicaux. Et, dans le contexte du début des sessions parlementaires où il y a eu plusieurs échanges, on a quand même considéré que ce montant-là était entouré d'une certaine ambiguïté, qu'on aurait aimé avoir un peu plus de précision.

Donc, il semble que l'étalement de la hausse de salaire des médecins soit actuellement la pierre angulaire sur laquelle repose une bonne partie du cadre financier du gouvernement, et il y a eu plusieurs déclarations qui ont été faites, et il semble que tout le reste doit demeurer en suspens tant que cette entente sur l'étalement ne sera pas faite, ce qui nous apparaît très préoccupant, parce qu'on le sait la santé des gens, elle, lorsqu'elle se détériore, elle n'attend pas des mois et des mois, et donc l'accès au système de santé demeure une priorité et devrait être travaillé parallèlement à ces difficultés, là, qu'on perçoit au niveau d'un règlement avec les fédérations médicales.

Alors, juste pour faire un bref rappel, le 14 mai, le ministre a indiqué que cette question devait être réglée, doit être réglée d'ici le dépôt du premier budget du gouvernement libéral prévu en juin. Le 26 mai, on rapportait qu'il y avait une augmentation de la pression sur les fédérations des médecins. Un peu plus tard, le ministre des Finances affirmait que c'était une question de quelques jours, et il fallait que ça se fasse vite. Ensuite, on disait que, s'il n'y avait pas une entente conclue, on évoquait la possibilité d'une loi spéciale, et là, le 12 juin, on apprend qu'il est impossible qu'il n'y ait pas d'entente d'ici l'automne, comme s'il fallait se réjouir, là, d'un délai supplémentaire de trois mois et si, la période de l'été, les gens ne continueraient pas à être en difficultés importantes au niveau de leur accès.

Alors, écoutez, les 285 millions de dollars, on aimerait savoir... et ma question au ministre, c'est : Qu'est-ce qu'il comporte, ce 285 millions de dollars là, et comment... Est-ce qu'il est fixe? Est-ce que c'est un montant qui est fixe? Est-ce qu'il peut être plus important ou s'il peut être moins important?

• (10 heures) •

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

M. Barrette : Alors, merci, M. le Président. Alors, je rejoins, évidemment, la députée de Taillon quant à son inconfort face à la compréhension des chiffres qui ont été présentés dans le budget, qui sont, par ailleurs, très précis. Malheureusement, je... pas malheureusement, mais je vous dirais que je comprends la position de la députée de Taillon face à son insatisfaction, mais je lui dirai que la source de son insatisfaction est évidemment son propre parti, parce qu'évidemment la signification du montant qui a été inscrit au budget vient d'abord et avant tout, et exclusivement — j'insiste, Mme la députée, j'insiste — ce chiffre-là vient des décisions qui ont été prises par le Parti québécois lorsqu'il était au pouvoir. Et la signification de l'utilisation de ces sommes d'argent est parfaitement comprise par le Parti québécois parce qu'ils sont responsables de ladite chose.

Maintenant, je m'inscrirai en faux, M. le Président, lorsque la députée de Taillon fait référence, comme elle l'a fait il y a quelques instants, sur la non-terminaison ou la prolongation de la négociation au-delà de la date de dépôt du budget en suggérant que, pendant l'été, la population doit recevoir des soins. Il va de soi, M. le Président, et on le constate sur le terrain... Je n'ai pas vu, moi, — et d'ailleurs nos collègues journalistes seraient les premiers à le rapporter — de situation où la prestation de soins de la part des médecins, qu'ils soient médecins de famille ou médecins spécialistes, soit remise en cause. Je n'ai pas entendu, constaté ou même eu vent de moyens de pression.

Alors, lorsqu'on fait la référence à l'accès aux soins pendant l'été qui pourrait être compromis par une prolongation de la négociation, bien, évidemment, je suis un peu surpris parce que ce n'est pas ça, et je m'inscris en faux là-dedans. Et je tiens ici, puisque nous sommes diffusés, à rassurer la population : nous avons des négociations qui poursuivent leur cours. D'ailleurs, aujourd'hui, j'ai une communication de prévue avec une des deux fédérations médicales, et il n'y a pas de tension, et il n'y a pas d'écueil à cette étape-ci. Alors, je tiens à rassurer la population sur ce fait.

Je rappellerai aussi à la population et aux deux oppositions que la situation dans laquelle la santé se retrouve est un peu particulière. Nous sommes dans un exercice budgétaire qui vise le retour à l'équilibre et, en même temps, M. le Président, nous sommes à négocier une entente qui déborde largement, largement la période concernée pour le retour à l'équilibre budgétaire. Je rappellerai à la députée de Taillon que nous en sommes à faire un exercice d'étalement de la rémunération des médecins, qui se fera sur une période d'années x. Le début de la négociation, on le rappellera, ça a irrité beaucoup les fédérations médicales. Je n'ai pas senti d'irritation du côté de la CAQ, mais j'ai senti une irritation en Chambre du côté du Parti québécois puisque la députée de Taillon elle-même avait qualifié cet étalement d'énorme, d'in vraisemblable. Je pense citer adéquatement les mots de la députée de Taillon.

Alors, je rappelle, donc, notre point de départ était 15 ans, nous sommes en négociation, nous sommes rendus à 10 ans. Mais vous conviendrez, M. le Président, que l'étalement déborde largement la période du retour à l'équilibre budgétaire, débordant largement le retour à l'équilibre budgétaire. Ça devient comme un incontournable que cette négociation-là ne soit pas terminée à cette étape-ci, mais, en même temps, n'a pas nécessairement d'impact sur le budget présent. Pourquoi? Parce que le budget, lui, prévoit un montant pour 2014-2015, qui, lui, sera négocié dans la... sera inclus dans l'entente négociée ultérieurement et éventuellement avec les fédérations médicales.

Pour ce qui est des augmentations de 285 millions, elles répondent précisément à la question de la députée de Taillon, et il était important de faire ce préambule, M. le Président, pour mettre les choses en contexte. Ce 285 millions...

Le Président (M. Tanguay) : M. le ministre, en concluant. On va essayer de garder une proportionnalité entre le temps de questions.

M. Barrette : Très bien.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, en concluant. Merci beaucoup.

M. Barrette : Merci, M. le Président. En concluant, ce 285 millions représente l'application, sur une année complète, des ententes et des mesures signées par le Parti québécois, qui ont été faites de façon volontairement retardée pour évidemment, politiquement, en arriver à la situation actuelle.

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

Mme Lamarre : Alors, M. le Président, j'ai l'impression qu'on... je n'ai pas, peut-être, bien exprimé ma question ou le ministre ne l'a pas bien comprise. Mais, vous savez, ce que la population ressent actuellement, elle se préoccupe peu des délais de négociation directe. Ce qu'elle veut, c'est des services et des soins, elle veut un meilleur accès. Et c'est lorsque le gouvernement évoque que cette négociation-là devient le motif pour retarder la mise en vigueur de d'autres analyses et l'implantation de d'autres mesures importantes en santé, c'est là que les gens peuvent manifester une incompréhension.

Donc, ma question est : Le 285 millions de dollars, est-ce qu'il pourrait être plus important que ça? Et, sinon, si on est sûrs que c'est ce montant-là qui, de toute façon, sera le montant final, quelle que soit l'issue de la négociation, sur un étalement, est-ce qu'on peut commencer à penser à d'autres mesures que la simple négociation pour améliorer l'efficacité du système de santé et faire en sorte qu'on ait un système qui soit plus performant et qui... même, dans certains cas, on ne parle même pas de performance, on parle d'accessibilité à des services essentiels.

Et, juste pour reprendre la partie de l'été, il reste qu'on a 2 millions de Québécois sur 8 millions qui n'ont pas accès à un médecin de famille. Et moi, j'avais compris que notre ministre actuel avait la ferme intention d'améliorer rapidement cette situation-là. Alors, peu importe ce qui se passe avec les médecins, puisqu'on n'est pas en gain d'efficacité dans la négociation avec les médecins, on est simplement dans le statu quo au niveau des services, alors ce qu'on espère, c'est... Qu'est-ce qui va se passer pour que le système de santé puisse s'améliorer rapidement? Quels sont les indices que le ministre nous donne là-dessus?

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

• (10 h 10) •

M. Barrette : Alors, M. le Président, il y a plusieurs éléments, dans la question de la députée de Taillon, qui s'entrechoquent et qui viennent entretenir une confusion, là.

Premièrement, le montant de 285 millions n'est pas un montant qui vise à restreindre les services, d'aucune manière. Le montant de 285 millions, essentiellement, est un montant qui était déjà prévu dans les livres du Parti québécois parce qu'ils ont signé des ententes... des mesures, pardon, qui ont été mises en application dans une fraction de l'année 2013, et l'application de ces ententes-là dans une année complète, en 2014-2015, fait en sorte qu'il y a une dépense qui est de cet ordre-là. Alors, ce montant-là était déjà prévu dans les livres du Parti québécois.

Maintenant, la députée de Taillon nous demande si ce montant-là est un montant maximal. Évidemment, ce montant-là est un montant qui était déjà prévu, qui est prévu au budget, et viendront s'ajouter potentiellement de très, très, très faibles montants, parce que, comme nous en sommes dans une mesure, un exercice d'étalement de la rémunération des médecins, qu'ils soient spécialistes et médecins de famille, évidemment que les sommes qui seront allouées en 2014-2015 et en 2015-2016 ne seront certainement pas d'une grande ampleur.

Ceci dit, la députée de Taillon, toujours en multipliant les items dans sa question — ce que je comprends, c'est tout à fait légitime — bien, on aborde ici l'efficacité de notre système et on fait référence aux groupes de médecins de famille. Or, j'ai dit, en guise d'introduction, qu'il allait être nécessaire pour nous — comme pour n'importe quel gouvernement, mais certainement pour le nôtre — de faire en sorte que, oui, nous révisions la façon de fonctionner de notre réseau, peu importent ses aspects. Il est clair que l'efficacité est le point central de la prochaine politique ou des prochaines décisions qui seront à être prises, précisément parce que, sur une question purement budgétaire, on n'a pas le choix de le faire si on veut atteindre l'équilibre zéro et contrôler la croissance des coûts à 4 % ou moins éventuellement parce que c'est l'objectif qui est visé.

Alors, aujourd'hui, le fait d'avoir ce montant-là inscrit au budget ne signifie en aucun cas une restriction des services. Je ne comprends pas comment on puisse faire l'adéquation entre ce montant-là dans le budget et la limitation des services, alors que l'essence de l'intervention du gouvernement sera celle de faire en sorte qu'on sera plus efficaces. Elle faisait référence aux médecins de famille... Je vois que peut-être que mon temps est trop long, j'y reviendrai peut-être à la prochaine question. Ça va sûrement revenir.

Le Président (M. Tanguay) : Ça va bien, M. le ministre. Je pense qu'on a une bonne proportion. Alors, Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, ce que je comprends de la réponse du ministre, c'est que le 285 millions de dollars serait l'équivalent d'un arrérage. Donc, ce n'est pas un montant lié à l'étalement. Alors, je vais demander au ministre quel est le montant du 973 millions haussé au niveau de notre budget en santé qui est lié à l'étalement.

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

M. Barrette : M. le Président, le 285 millions, je l'ai dit en introduction de la première réponse que j'ai faite à la députée de Taillon, ce n'est pas un arrérage. Je l'ai vu avec la députée de Richelieu, lorsqu'en Chambre elle posait

répétitivement la même question, il y a manifestement une incompréhension profonde de ce que sont les ententes signées avec les fédérations médicales. Le 285 millions, je le répète, n'est pas un arrérage. Le 285 millions représente la somme induite par la signature d'ententes particulières entre les deux fédérations médicales et le Parti québécois lorsqu'il était au pouvoir, et plus spécifiquement en fin 2012 jusqu'à la fin 2013, parce que, depuis 2013, il n'y a pas eu de document mis en application entre les fédérations et le gouvernement.

La mécanique des ententes est telle, M. le Président, que budgétairement, lorsqu'on met en place des ententes, elles devraient être mises en place et en application le 1er avril. Malheureusement, le Parti québécois a eu la manie, et ça a été vertement critiqué par les fédérations médicales, de mettre en place des ententes et de les appliquer plus tard dans l'année, ce qui faisait en sorte qu'au budget, lorsque la conciliation devait être faite, on n'avait pas la dépense prévue.

La dépense prévue sur une année complète va s'actualiser en 2014-2015 puisqu'elles ont été déployées en 2012 et en 2013, et surtout celles de 2013. Ce faisant, le 285 millions représente l'augmentation nécessaire au budget non pas pour payer des arrérages, mais pour simplement actualiser des ententes signées, de bonne foi, j'imagine, par le Parti québécois en 2013.

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

Mme Lamarre : Oui. Le premier ministre a dit que, dans le contexte des sommes versées aux fédérations, pour l'instant, tout était gelé. Et le président du Conseil du trésor a dit que des sommes ont été versées aux médecins depuis le 1er avril. Donc, quelles sont ces sommes qui ont été versées aux médecins depuis le 1er avril?

M. Barrette : M. le Président, encore une fois, je le répète, les sommes qui ont été versées depuis le 1er avril sont les sommes qui ont été prévues aux ententes signées par le Parti québécois. Il n'y a pas de sommes additionnelles qui ont été versées aux médecins spécialistes ou de famille sur la base des ententes depuis le 1er avril. Je le répète, ce ne sont que l'application des ententes qui ont été signées par le Parti québécois, qui étaient en vigueur au 1er avril, au 1er mars, au 1er février, au 1er janvier, parce que les nouvelles sommes induites par la signature des ententes du Parti québécois ont commencé, essentiellement, à la fin de l'automne 2013, ce qui signifie qu'en 2014, 100 % des sommes additionnelles qui ont été livrées aux deux fédérations médicales sont le résultat d'ententes signées par le Parti québécois en 2012 et en 2013. Je sais, M. le Président, c'est compliqué, c'est difficile à expliquer, parfois c'est difficile à comprendre, mais c'est la réalité.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon, en vous indiquant qu'il vous reste un peu plus de quatre minutes. Alors, à vous la parole.

Mme Lamarre : Ce sera très court, je vais reprendre ma question, l'avant-dernière question. Donc, combien de la hausse du 973 millions, de la hausse en santé, est budgété pour les services médicaux?

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

M. Barrette : M. le Président, ce ne sont pas, encore une fois, des hausses. Je le répète, et c'est nécessaire de le répéter, lorsqu'on parle de hausse, on parle d'augmentations qui sont le résultat d'une négociation. C'est ça, une hausse. Lorsque les gens qui nous regardent aujourd'hui à la télévision négocient une hausse de leur rémunération, c'est une hausse, mettons, d'un taux horaire, d'un salaire forfaitaire, d'un contrat, mais c'est le résultat d'une négociation. Au moment où on se parle, il n'y a pas de hausse au sens propre du terme. Il y a une masse, une dépense globale qui a augmenté par rapport à l'année 2013-2014 pour une raison simple : parce que les ententes qui ont été signées tardivement par le Parti québécois, sur une base budgétaire annuelle de 2013-2014, se reflètent aujourd'hui par une hausse du budget 2014-2015 parce qu'en 2013-2014 l'application de ces ententes-là ne s'est pas faite sur l'année fiscale complète requise.

Encore une fois, je sais que ce n'est pas évident et je comprends la question de la députée de Taillon, mais c'est la réalité, et je ne peux dire rien de plus pour ce qui est des hausses. Les hausses sont en train d'être négociées sur la base de l'étalement, et aujourd'hui, comme vous le savez, la négociation n'est pas terminée.

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

Mme Lamarre : Alors, ce que je comprends, c'est que le ministre ne veut pas m'indiquer quelle est la portion de la masse du 973 millions qui est prévu dans le budget actuellement pour les services médicaux. Je n'aurai pas d'autres questions, monsieur.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la députée de Taillon. Alors, je suis maintenant prêt à reconnaître les députés de la banquette ministérielle pour un bloc d'échange avec le ministre pour une période maximale de 19 minutes. Alors, qui va commencer? Alors, je cède maintenant la parole au député de Saint-Maurice.

M. Giguère : Oui. Merci, M. le Président. Sous un gouvernement libéral, nous avons créé la Commission spéciale sur la question mourir dans la dignité. Elle était composée de neuf députés issus de différents partis présents en cette Assemblée. Il y a eu consultation provinciale. Plus de 300 mémoires furent déposés à la commission.

Pour continuer dans cette lancée historique, la commission a tenu des auditions publiques dans neuf villes... dans huit villes, excusez. Le rapport de la commission fut déposé le 22 mars 2012 et il contenait 24 recommandations. Le

15 janvier 2013, nous recevions le rapport afin de mettre en oeuvre les recommandations de la commission spéciale de l'Assemblée nationale sur la question de mourir dans la dignité. Les juristes ont examiné différents aspects reliés à cette question fort importante, soit les questions constitutionnelles, l'application des règles en droit criminel, l'évolution du droit civil et, finalement, l'impact des chartes des droits et libertés.

Du 17 septembre au 10 octobre 2013, il y a eu des consultations particulières par la Commission de la santé et des services sociaux. 52 personnes et organismes ont été consultés. Le 22 octobre 2013, c'est le dépôt du rapport de la consultation. Nous nous retrouvons à l'étude détaillée du projet de loi à compter du 21 novembre 2013, et il s'est poursuivi sur plusieurs semaines, jusqu'au 16 février dernier. Pendant cette analyse, 57 amendements ont été adoptés par les législateurs. Le 18 février 2014, nous entreprenons la prise en considération du rapport de la commission.

• (10 h 20) •

Comme nous tous, le travail a été arrêté, malheureusement, le 19 février, et le projet de loi meurt au feuillet en raison d'une décision précipitée du précédent gouvernement, qui a préféré aller en élection plutôt que d'adopter ce projet de loi qui en était à sa conclusion. Notre chef, responsable, a mentionné qu'il était rassuré par les amendements apportés au projet de loi n° 52. Il a ajouté qu'il a obtenu les précisions qu'il souhaitait. Donc, M. le Président, à la sortie de la première rencontre du Conseil des ministres, le chef du gouvernement a mentionné qu'il désirait réinscrire au feuillet le projet de loi au stade où il était afin que le projet soit adopté avant l'ajournement des travaux de l'été.

L'engagement de notre formation politique pris en campagne électorale fut honoré et respecté. Après quelques heures de débat, le Parlement a adopté le projet de loi n° 52. Nous en sommes d'autant plus fiers car notre chef a permis aux membres de notre formation politique de voter selon leur conscience sur un sujet aussi délicat; un fait rare, M. le Président, et une grande ouverture d'esprit de sa part, et une façon nouvelle de gouverner la province. Nous constatons la transparence, le respect et la confiance de notre chef envers sa députation.

J'aurais une question, M. le Président, à poser à ce moment-ci au ministre responsable de la Santé et Services sociaux afin qu'il nous donne plus de détails concernant les droits des personnes en fin de vie et des différentes avenues qui s'offrent aux Québécois.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député de Saint-Maurice. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, M. le député de Saint-Maurice, je vous remercie d'adresser ce sujet-là dans cette période d'étude des crédits parce qu'évidemment, comme je l'ai dit en Chambre lorsque le projet de loi a été adopté, il s'agit certainement d'un projet de loi historique, qui est le fruit, et on le sait, du résultat du travail collégial tout à fait remarquable qui a été fait à l'Assemblée nationale pendant plus de quatre ans et demi, et ce, de façon non partisane. Et je pense que tout le monde dans la société québécoise le reconnaît, nous l'avons reconnu, et c'est aussi sur cette base-là que l'adoption de ce projet de loi là aura été historique.

Vous l'avez mentionné, M. le député, il est très clair que ce projet de loi, étant le résultat de ce type de travail là, ne pouvait faire en sorte que susciter une certaine émotion dans la population. Et d'ailleurs, à cet égard, M. le Président, quand on regarde les journaux ces jours-ci, on voit que, même si le projet a été adopté, il y a encore de multiples opinions qui sont exprimées dans les journaux, à la radio, surtout dans les journaux, en français, en anglais, face à ce projet de loi qui suscite encore beaucoup d'intérêt et un certain nombre de questionnements dans la population, et je dirai que c'est tout à fait normal.

M. le député de Saint-Maurice l'a dit, le premier ministre a eu la rigueur et le courage de ramener le projet de loi en l'état où il était lorsque la Chambre a été dissoute, en février dernier, et une dernière discussion a eu lieu, et un vote tout à fait libre a été fait par les deux partis, et je salue ici les membres de notre parti qui se sont présentés pour voter en personne et exprimer soit leur approbation, mais surtout, dans certains cas, leur désapprobation. Et, je l'ai dit au moment de l'adoption de la loi, c'est le genre de loi qui ne peut pas être unanime, et j'ai dit à l'époque, et je le maintiens aujourd'hui, ce n'est pas le genre de loi pour lequel on doit s'attendre à une unanimité. Et je pense qu'à ce moment-ci et lors du vote la démocratie s'est bien exprimée et a fait son travail.

Ceci dit, je reviens sur le projet de loi. Ce qui s'offre aux Québécois, bien, c'est inscrit clairement dans les premiers paragraphes du projet de loi. Le projet de loi dit une chose, et c'est important, parce que, quand on demande quelles sont les avenues qui s'offrent aux Québécois, bien, si elles s'offrent aux Québécois, bien, il faut aussi décider à l'avance si les Québécois sont les seuls et uniques à avoir à faire ce choix-là et s'ils ont le pouvoir de faire ce choix-là. Et, quand on lit les deux premiers paragraphes du projet de loi, bien, on constate ça. On constate que c'est un projet de loi qui vise à donner le pouvoir au citoyen quant aux décisions qui doivent être prises lorsque le citoyen se retrouve dans la malheureuse situation qui est inévitable pour nous tous et nous toutes, qui est celle de la fin de vie.

Le projet de loi fonde sa réflexion sur la dignité, la dignité qui passe par le choix, et ce choix-là et cette dignité-là sont clairement inscrits dans le projet de loi dans ses premières phrases. Et ça, ça doit être noté, ça n'a pas été dit suffisamment à mon goût, c'est un projet de loi qui n'est pas un débat de système de valeurs de l'un par rapport à l'autre, ce n'est pas un projet de loi qui vise à faire la morale à un ou à l'autre, ce n'est pas un projet de loi qui dit à l'un ou à l'autre groupe de partisans ou non des éléments qui sont dans le projet de loi qu'ils ont raison ou ils ont tort. C'est un projet de loi qui vient faire en sorte qu'aujourd'hui, en 2014, dans l'état de la pensée collective des Québécois et des Québécoises... nous en sommes rendus où.

Dans un projet de loi doivent être inscrits des éléments qui sont clairs, et ces éléments-là sont de trois ordres. En premier lieu, et c'est important, le projet de loi, quand on nous demande — et la question est tout à fait à propos — quelles sont les avenues qui s'offrent aux Québécois, bien, en premier lieu, le projet de loi dit une chose : ce sont les soins palliatifs, et le projet de loi fait des soins palliatifs un droit. Le projet de loi fait en sorte que les soins palliatifs doivent être rendus disponibles à la population en temps opportun, évidemment.

Et qui dit soins palliatifs, évidemment, dit soins et dit donc qualité des soins. C'est quelque chose d'unique. Je ne connais pas, M. le Président, de juridiction au Canada ou en Amérique du Nord qui statue dans une loi qu'un soin palliatif est un droit. Ce projet de loi fait ça, et ça, c'est remarquable et c'est une grande avancée pour la société québécoise en ce qui me concerne. Étant moi-même médecin, je peux vous dire que le fait maintenant de savoir que les soins palliatifs sont un droit, je comprends que la population va l'exiger avec raison et que la population va exiger des soins de bonne qualité avec raison. Ce projet de loi fait ça. Non seulement il dit que c'est un droit, mais le projet de loi dit clairement que le réseau de santé, notre réseau de santé, notre réseau public a l'obligation d'offrir, selon cette loi-là — ça, maintenant, ce n'est plus un projet, évidemment, c'est une loi — l'éventail des choix qui sont prévus dans la loi aux personnes qui se situent en fin de vie. Et, dans ces choix-là, il y a... ou dans ces possibilités-là, il y a les soins palliatifs. Alors, c'est non seulement un droit, mais la loi dit clairement que les soins palliatifs doivent être offerts partout, même à la maison. C'est ça qu'il dit, le projet de loi... la loi en premier.

Maintenant, la loi dit deux autres éléments, et ça, pour certains, c'est une nouveauté. C'est une nouveauté qui, pour certains, va plus loin qu'ils ne le voudraient. C'est une nouveauté qui, pour certains, ne va peut-être pas assez loin qu'ils ne le voudraient. Mais c'est une nouveauté qui est en synchronisme avec la pensée collective des Québécois et Québécoises, comme je l'ai dit tout à l'heure. Et ces deux éléments-là sont des éléments d'ordre médical en ce sens que le patient, lui, qui arrive en fin de vie et qui a le choix de refuser tout traitement ou d'avoir accès à un continuum de soins, qui comprend les soins palliatifs, peut, à tout moment, décider d'avoir accès à deux actions médicales spécifiques qui sont particulières, et la première est la sédation palliative continue.

Alors, la sédation palliative continue, M. le Président, c'est un geste médical que l'on pourrait qualifier de technique, mais qu'on devrait qualifier d'abord de pharmacologique, mais qui est administré par un médecin et qui vise, dans des circonstances particulières — on y reviendra — à offrir à un patient en fin de vie qui est dans une situation de souffrance la possibilité de se voir administrer une panoplie — parce qu'il y a plusieurs options possibles — de médicaments, de procédures qui permettent à ce patient-là d'être sédationné. Sédationné, en termes courants, ça veut dire qu'on est anesthésié, endormi. Et ce geste-là, il est continu et il dure, durerait, si le patient le choisit, le temps que la maladie termine son cours.

• (10 h 30) •

Alors, la sédation palliative est un geste d'apaisement. Ce n'est pas un geste qui entraîne la mort, ce n'est pas un geste qui vise à faire quoi que ce soit d'autre que de soulager le patient par la voie de la sédation palliative, évidemment, parce que le patient est dans une situation de douleurs physiques ou psychiques qui sont non soulageables par les méthodes dites traditionnelles. Quand je dis «traditionnelles», ici, là, je parle de la médecine que l'on connaît, mais qui ne va pas jusqu'à la sédation palliative continue. Alors, la sédation palliative continue, par définition, va soulager parce que la personne va être sédationnée, donc va être inconsciente, mais ne souffrira plus, et la maladie suivra son cours. Et évidemment ce n'est administrable que chez des patients qui sont en fin de vie, donc dans le cas d'une maladie qui, irrévocablement ou irrémédiablement, amène à la mort.

La troisième option est évidemment l'aide médicale à mourir, qui a été largement débattue et qui l'est encore dans les journaux ces jours-ci, on le voit. L'aide médicale à mourir, par opposition à la sédation palliative continue, n'est pas un geste qui vise simplement à soulager le patient aussi longtemps que la maladie va suivre son cours jusqu'à une éventuelle mort, M. le Président, mais l'aide médicale à mourir, évidemment, par définition, termine la vie du patient. Le patient, s'il choisit cette option-là, se verra administrer une médication — après avoir été, évidemment, sédationné pour éviter toute souffrance additionnelle — qui entraînera la mort.

L'aide médicale à mourir n'est pas un suicide assisté. C'est une chose qui est très, très, très débattue dans la société, ce n'est pas un suicide assisté. Pour un peu illustrer la différence, une personne qui choisirait, si c'était légal et ça ne l'est pas, l'option d'un suicide assisté, qui est offert dans certains pays, est une personne qui, dans la quasi-totalité des cas, n'est pas dans une situation de fin de vie. C'est un suicide, la personne pourrait vivre. Alors, dans l'aide médicale à mourir, il y a des conditions qui sont très spécifiques, qui font en sorte que le patient doit être en fin de vie, et, oui, ce geste-là entraîne le décès du patient, selon son propre choix.

La loi prévoit aussi quelque chose d'absolument essentiel qui est celle des directives médicales anticipées. Et j'y fais référence, M. le Président, parce que c'est un pan de la loi qui est essentiel parce que ça donne le pouvoir au patient de déterminer à l'avance, de façon répétée, de façon enregistrée d'une manière quelconque, de façon enregistrée de déterminer quels seront ou quels seraient le niveau et le type de soins qu'il ou elle aura dans cette circonstance-là, à l'exception d'une chose : la loi ne prévoit pas comme... en fait, l'empêche, comme aide d'avoir... comme option, l'aide médicale à mourir, dans cette circonstance-là, à l'avance. On ne peut pas décider, sur la base d'une directive médicale anticipée, de choisir l'aide médicale à mourir 15 ans à l'avance. Je vous donne un exemple, là, je vais prendre le mien : à mon âge, je pourrais écrire tous les documents que je veux qui me disent, si je suis face à telle à situation clinique en fin de vie, à 87 ans et demi, je veux l'aide médicale à mourir, ce n'est pas permis. Alors, l'aide médicale à mourir est un geste particulier qui ne peut s'exercer que dans des circonstances particulières.

Alors, que fait donc la loi? Je résume. La loi dit : Le citoyen, dans une circonstance spécifique qui est celle de la fin de vie, a la possibilité de faire son propre choix, la dignité passant par le choix de l'individu, sans influence externe. Le projet de loi est clair là-dessus. Parmi ces choix, il y a évidemment, comme toujours, le refus de traitement. Mais, dans les traitements, il y a trois options : la première, qui est un droit comme les deux autres, qui est le soin palliatif; la deuxième, que j'ai bien expliquée, je pense, la sédation palliative terminale; et la troisième, l'aide médicale à mourir.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, M. le député de Saint-Maurice, il vous reste un peu plus de deux minutes.

M. Roberge : Oui. Je vais continuer sur la loi n° 52, si vous voulez bien, M. le Président. M. le ministre, nous avons également pu prendre connaissance d'articles de journaux et d'une campagne publicitaire qui faisaient référence à la Belgique et à la Suisse. Pouvez-vous nous donner des explications et surtout nous rassurer quant à ces avenues?

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Merci, M. le député. Alors, évidemment, lorsque... On peut dire une chose : Il est vrai qu'à la case départ, lorsque la loi n'était qu'un projet, le projet de loi n° 52 à l'époque, il y a eu une commission qui a été créée, qui était la commission mourir dans la dignité, et cette commission-là, comme M. le député l'a dit de façon détaillée, a siégé, a entendu et a fait plusieurs analyses. Et, parmi ces analyses-là, il y a eu des comparaisons avec ce qui se faisait à l'extérieur du Québec. Alors, ont été étudiés ce qui se faisait et se fait aujourd'hui encore en Belgique et en Suisse, par exemple, ont été étudiés aussi ce qui se faisait et se fait encore aujourd'hui dans certains États américains comme l'Oregon. Et, sur la base des expériences de ces pays-là, le projet de loi a été pondé. Et une chose a été décidée d'une façon claire, nette et précise : contrairement à ce qui se fait dans certains pays, le Québec, par rapport à certains de ces pays-là ou certains de ces endroits-là, ne permet pas, je l'ai dit il y a quelques minutes, le suicide assisté, et ça, c'est extrêmement important. Le suicide assisté est interdit dans cette loi-ci, d'une part, et je ne vois pas comment il le sera dans les prochaines années au Québec, compte tenu de ce que je perçois être la pensée collective des Québécois et Québécoises. Bien sûr, la Belgique a été peut-être l'endroit duquel on s'est le plus inspirés parce que la Belgique a un modèle social qui nous ressemble et un état de situation de la pensée collective des Belges qui est assez proche de celle des Québécois. Je ne veux pas élaborer là-dessus...

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

M. Barrette : En conclusion. Alors, nous, essentiellement, on a retenu la base, et la base, ce sont les critères qui permettent d'avoir accès, évidemment, à tous ces éléments-là. Puis je porterai votre attention sur les critères qui permettent d'avoir accès à l'aide médicale à mourir : la personne doit être majeure et apte à consentir aux soins; la personne doit être assurée, au sens de l'assurance maladie; être en fin de vie — ça, c'est important, la fin de vie, ça se détermine; être atteint d'une maladie grave et incurable; avoir une situation médicale qui se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités; éprouver des souffrances physiques et psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans les conditions que la personne juge tolérables; la personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir; et la personne peut en tout temps et par tout moyen retirer sa demande d'aide médicale à mourir. Alors, c'est important, M. le Président, un élément supplémentaire, le Québec, je l'ai dit dans mon premier critère, ne peut pas, comme en Belgique, ouvrir ce geste-là à des personnes mineures.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Alors, il vous sera loisible peut-être de poursuivre, si vous le désirez, lors du prochain bloc. Et le temps, je tiens à rassurer les parlementaires, qui est pris en extra, évidemment, est déduit du temps... la banquette ministérielle.

Maintenant, je suis prêt à reconnaître, pour un bloc de 23 minutes, le porte-parole du deuxième groupe d'opposition, M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. Peut-être une petite question de clarification au ministre avant de commencer. Tout à l'heure, il a parlé de cibles à 4 % pour le contrôle de la croissance des dépenses, 4 % ou moins. Moi, j'avais compris que le ministre des Finances avait fixé cette cible-là à 3 %. Donc, peut-il nous indiquer précisément quelle est sa cible de contrôle des dépenses pour l'année 2014-2015?

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

M. Barrette : M. le Président, le député de La Peltrie a raison. Lorsque j'ai fait référence, peut-être que je me suis exprimé pas suffisamment clair, parce que, quand j'ai parlé de ça, je parlais d'aujourd'hui et du futur. Vous avez tout à fait raison, M. le député, la cible de la croissance, en 2014-2015, est de 3 %. Et, quand je faisais référence au 4 %, je faisais référence au fait qu'après le retour à l'équilibre budgétaire notre engagement électoral — c'était notre engagement électoral et ça le demeure — était de nous permettre de revenir à une croissance de 4 % après le retour à l'équilibre budgétaire.

Et vous vous rappellerez, M. le député, que je faisais référence aussi, à ce moment-là, à l'étude qui a été publiée par M. Bachand, de l'Institut du Québec, qui, lui, d'après son analyse, concluait que notre système de santé pourrait être pérenne si la croissance des coûts était maintenue dans une fourchette de 4 % à 4,25 % ou 4,5 %, dépendamment des scénarios qu'il mettait en cause.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. le député de La Peltrie.

• (10 h 40) •

M. Caire : ...M. le Président. Donc, 3 %, M. le Président, ceci étant dit, ça, c'est la cible, qui a été fixée par le ministre, des dépenses. Le ministre de la Santé, à ce jour, a refusé de se fixer lui-même des objectifs. Je lui ai donné trois différents secteurs, là, pour lesquels je m'attendais minimalement à des objectifs de sa part, notamment sur la question de la bureaucratie, M. le Président. Et j'aimerais, bien, en fait, peut-être rappeler au ministre la Loi sur

l'administration publique. L'article 46 fait obligation à son ministère de déposer un plan de gestion pour lequel il doit se fixer des objectifs. Donc, depuis que je lui ai posé cette question-là, est-ce qu'il a revu sa réponse? Et est-ce qu'il peut nous faire part de ses objectifs, des trois principaux objectifs, donc, qu'il va fixer à son ministère et qu'il va établir dans son plan de gestion annuel?

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

M. Barrette : Oui, M. le Président. Alors, la question est évidemment tout à fait pertinente. Et la question, pour moi, ici... ou l'objectif, pour moi, n'est pas de ne pas répondre à la question, mais bien de renchérir sur un certain nombre d'éléments.

Premièrement, nous avons, dans notre programme électoral, des objectifs qui sont clairs en termes d'économies réalisables. Je rappelle au député — je pense qu'il le sait sans doute parce que je l'ai déjà dit — que, dans notre programme, nous avons l'objectif de réduire de 10 % la bureaucratie pendant notre mandat, et plus si possible, et, je vous dirais, M. le député, le plus rapidement possible. Alors, ce 10 % là représente une économie substantielle. Il pourrait être encore plus substantiel, éventuellement.

Dans notre programme, également, nous avons... et nous l'avons fait maintenant, ça, c'est déjà un engagement qui a été pris par... et une décision qui a été prise par notre ministère, j'ai demandé au réseau, pour ce qui est du volet administratif, de s'adresser à la productivité et de s'assurer de baisser les coûts de fonctionnement du volet administratif de l'ordre, pour la productivité, de 2 % ou de 3 % pour ce volet-là.

Comme ça a été clairement indiqué dans notre programme, sur la base des économies recherchées, il y a tout le volet médicament. On sait que, dans le médicament, il est possible et probable — et il faudra faire cet effort-là, d'autres provinces l'ont fait — d'aller chercher des sommes, des économies substantielles additionnelles dans les prochaines années, notamment en négociant de façon plus serrée nos achats de groupe, et c'est une chose qui sera faite. Et là aussi il y a des montants substantiels qui doivent être recherchés.

Maintenant, il y a un volet qui est un volet qui est très important en termes de sous et pour lequel je ne peux pas aujourd'hui donner de détails, pour une raison simple : le réseau, aujourd'hui, un, demande de poursuivre ces efforts d'optimisation et de rationalisation sur la base de la gestion, et on vise, dans ce secteur d'activité là, à aller chercher des sommes substantielles, et ceci, évidemment, vous le comprendrez, exige une collaboration du réseau. Aujourd'hui, nous en sommes à l'étape un de la consigne qui a été donnée au réseau, avec des objectifs qui sont clairs, mais avec une façon de faire qui demeure à être discutée sur la base de la collaboration avec le réseau.

Il y a deux semaines, on m'a critiqué assez vertement dans les médias pour ne pas avoir participé à une journée de réflexion organisée par l'AQESSS et la CSN. Cette demande-là est arrivée un peu tard pour mon entrée en poste, d'une part, j'avais d'autres obligations, mais vous voyez que le réseau a compris le message. Le réseau a compris qu'il devait y avoir des efforts d'optimisation et le réseau non seulement l'a compris, mais a déjà ouvert à l'interne la discussion. Et je m'attends à ce que, lorsque nous-mêmes arriverons avec nos propositions particulières, le réseau, lui aussi, ait ses suggestions, et ça sera la résultante de tout ça qui fera en sorte qu'on pourra aller chercher un certain nombre...

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

M. Barrette : ...d'économies sur la base de l'optimisation du réseau.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Oui. Juste dire au ministre : Je me discipline à avoir des questions courtes, j'aimerais peut-être avoir des réponses un peu plus concises et surtout un peu plus précises. Et je serai donc plus précis. Et j'en ai déjà... j'ai déjà interrogé le ministre là-dessus : Dans le rapport du comité consultatif qui a été présidé par Raymond Bachand en 2009, duquel étaient membres Luc Godbout, Claude Montmarquette, Robert Gagné, notamment, Pierre Fortin, à la page 17... Je vais peut-être faire un petit bout de lecture, M. le Président. «Le secteur de la santé», c'est le sous-titre du paragraphe : «Le comité a d'abord porté son attention sur le secteur de la santé, dont l'importance et la croissance des dépenses qui y sont consacrées constituent l'une des problématiques majeures des finances publiques. Le premier exemple retenu par le comité concerne les structures de gestion de notre système de santé.» C'est le premier exemple qu'ils ont pris, M. le Président.

«Les structures de gestion de notre système de santé se caractérisent par la très forte centralisation du processus de décision, ce qui rejaillit à tous les niveaux sur le processus de gestion.

«Le système de santé québécois juxtapose une structure centrale importante et une structure régionale elle-même fort développée. Cette double structure a un coût direct non négligeable. Elle a surtout un impact sur le fonctionnement du système, qu'elle alourdit de façon significative. De façon générale, les pays de l'OCDE ont opté pour un ministère fort et des structures régionales légères, ou à l'inverse pour un ministère léger [avec] une structure régionale plus élaborée. Le Québec fait les deux.» Page 12.

Page 33, M. le Président : «Cette double structure — parce qu'on revient sur l'existence des agences — un coût direct non négligeable, estimé en 2009 à près de 600 millions de dollars par année. Elle a surtout un impact sur le fonctionnement du système, qu'elle alourdit de façon considérable...»

M. le Président, est-ce que le chiffre de 600 millions est un chiffre correct?

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

M. Barrette : Le 600 millions?

M. Caire : Oui, le 600 millions dont est mention dans le rapport du comité consultatif. Est-ce que le ministre reconnaît la validité de ce chiffre-là?

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

M. Barrette : Alors, c'est un chiffre qui provient d'une étude. Je pourrais dire, sans l'affirmer de façon définitive, qu'il est peut-être possible d'aller chercher des sommes substantielles à cette hauteur-là. En 2014-2015... Parce que, là, vous m'aviez dit que vous alliez me poser, M. le député, une question précise, mais qui, finalement, a été... le préambule a été long, là, alors je vais tenter de répondre à cette question-là et à la question précédente. En 2014-2015, on vise, dans des mesures d'optimisation et de révision de l'administration de notre réseau, des économies, pour 2014-2015, de 225 millions de dollars.

À un moment donné, je pense vous avoir déjà entendu, dans une autre vie, faire référence — et même, à certains égards, aujourd'hui — à la problématique de la lourdeur de notre encadrement. On peut dire ça? Alors, nous sommes d'accord avec cet élément-là, et nous visons à faire en sorte de réduire le taux d'encadrement, et, plus spécifiquement, nous visons à diminuer le nombre de cadres de 1 300 cadres, au Québec, sur une période de trois ans, en commençant par cette année, par exemple.

Alors, évidemment, on a parlé... et le président du Conseil du trésor, mon collègue, en a parlé à plusieurs reprises, le gel des effectifs est un gel qui va s'appliquer aussi en santé. Et, comme il le dit, ce n'est pas un gel qui vise... qui signifie l'arrêt de l'embauche, mais qui vise à faire en sorte que les mises à la retraite ou les prises de retraite, plutôt, génèrent un déplacement d'emplois vers les services à proprement parler. C'est une mesure qui, au bout de la ligne, va être difficile et qui va faire en sorte que, sur le plan et de l'encadrement et de l'organisation des soins, on pourra optimiser les choses.

Je vous donne quelques autres exemples d'optimisation. Le temps supplémentaire, c'est décrié. À un moment donné, le temps supplémentaire, il faudra qu'il soit réduit. Les départs à la retraite, j'en ai parlé. L'application, à la retraite... un remplacement pour deux départs dans le cadre du gel des effectifs. Les frais de fonctionnement, j'en ai parlé tout à l'heure, frais de fonctionnement sur la base administrative, bien, il y a des économies à faire là, et c'est très clair.

Dans les dernières années, et j'en suis une des personnes qui en sont à l'origine, il y a des économies substantielles qui ont été faites au Québec sur la base d'achats en commun. C'est une chose que bien des gens ont poussée, c'est une chose que l'on poussera encore. OPTILAB, par exemple, a des économies substantielles à aller chercher, les blocs opératoires, et j'en passe. Alors, il est impossible de donner trois mesures qui vont donner les économies recherchées, mais c'est une série de mesures qui atteignent toutes les facettes de notre réseau qui doivent être envisagées. Et la commande, à un moment donné, doit venir d'en haut, et la commande, elle a déjà été donnée.

Le Président (M. Tanguay) : En conclusion. Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

• (10 h 50) •

M. Caire : M. le Président, mon préambule était la lecture du rapport du gouvernement libéral du comité présidé par Raymond Bachand. La question, elle est fort simple : Est-ce que le 600 millions qui est mentionné très clairement dans le fascicule deux, à la page 33 de ce rapport-là... Est-ce que ce 600 millions là est un chiffre que le ministre reconnaît comme étant crédible?

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

M. Barrette : Alors, je répondrai une chose simple : Le rapport de M. Bachand, c'est un rapport que j'ai lu en diagonale pour certains éléments. Il ne fait pas partie de notre programme électoral ni du dépôt dans le budget, là. Mais, pour y faire référence d'une façon plus spécifique, il y a des économies qui sont substantielles qui peuvent être... aller être cherchées pendant les deux prochaines années, notamment en restructuration. Et je vois le député de La Peltrie qui va, encore une fois, sortir des citations que j'ai déjà faites. Et, pour répondre spécifiquement à la question, il est plausible, sur le plan de la réorganisation, sur le plan administratif du réseau, d'aller chercher des économies qui pourraient être dans cette fourchette-là. Est-ce que c'est suffisamment précis, M. le député?

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Oui, non, je retiens une chose. Le ministre dit : Je l'ai lu en diagonale. Est-ce qu'il l'avait lu en diagonale quand, dans la revue *Le Spécialiste*, il a cité mot pour mot le rapport où il disait qu'il y avait 600 millions d'économies à faire en abolissant les agences?

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

M. Barrette : Alors, je répète la réponse et sans aucune hésitation : Sur le plan de la réorganisation administrative de notre réseau de la santé au sens large et complet du terme, il est possible d'aller chercher des économies probablement dans cette fourchette-là. Maintenant, pour ce qui est des agences proprement dites, je tiens à rappeler au député de La Peltrie la réponse que je lui avais faite en Chambre, qui était très simple : Les agences, à proprement parler, dans les budgets du Québec, ont un coût de l'ordre de 93 millions de dollars. Maintenant, les agences, c'est une chose; l'organisation

administrative du réseau, c'en est une autre. Et, quand M. Bachand... Ce que je comprends de la citation que le député de La Peltrie nous a faite, il parle, lui, de la gestion du réseau et pas spécifiquement, uniquement des agences, à moins que j'aie mal compris la citation.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : J'y vais par étapes, M. le Président. Et là, pour le moment, ce qui me préoccupe, c'est les agences. Robert Gagné, c'est un nom qui dit quelque chose au ministre, coprésidait ce comité-là, Claude Montmarquette en était membre. Est-ce que je me trompe ou ces deux personnes-là sont membres du comité de révision permanente des programmes qui a été mis en place par le gouvernement libéral?

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

M. Barrette : M. le Président, est-ce que je dois répondre aux évidences?

Le Président (M. Tanguay) : C'est la réponse...

M. Barrette : C'est une chose qui est connue, elle est de notoriété publique, là.

M. Caire : Il m'apparaît que oui, parce que, je veux dire...

M. Barrette : Bien oui, c'est...

M. Caire : ...il a été un temps où ils disaient que c'était 600 millions d'économies.

Le Président (M. Tanguay) : Là, attendez. On ne fera pas de débat entre nous.

M. Caire : Non, non, mais c'est parce que, là, si on veut embarquer là-dedans...

Le Président (M. Tanguay) : Alors, M. le ministre, voulez-vous compléter votre réponse?

M. Barrette : La réponse est oui.

Le Président (M. Tanguay) : O.K. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Bon, on progresse. Donc, ces deux personnes-là, que vous avez mandatées pour réviser les programmes du gouvernement, entre autres — ils ne sont pas les seuls, mais entre autres — ont signé un rapport dans lequel ils nous disent que la double structure nous coûte 600 millions. Et là je n'entends pas le ministre... Actuellement, le ministre semble incapable de confirmer que c'est bel et bien... ce chiffre-là, il est crédible. Alors, moi, je veux juste... des économies substantielles, puis là il me ramène au budget des agences. Je le sais, le budget des agences. Mais il y a un chiffre qui est sur la table, qui est de 600 millions. Il est-u bon, oui on non?

Le Président (M. Tanguay) : O.K. Alors, merci, M. le député de La Peltrie. La parole au ministre.

M. Barrette : Bien, alors, comme dirait mon collègue de La Peltrie, nous progressons. Parce que ce à quoi font référence les personnes citées, ils font référence à la gestion de notre réseau, ils ne font pas référence spécifiquement aux agences.

Une voix : ...

M. Barrette : Bien non.

Le Président (M. Tanguay) : Pardon. Veuillez vous adresser à la présidence, chers collègues.

M. Barrette : M. le Président, alors, c'est... De toute façon, évidemment, c'est un peu tourner en rond, parce que ce que vise le député de La Peltrie est de savoir — et j'y ai répondu — si, dans le cadre de la gestion de notre réseau, qui est qualifiée comme étant très lourde par différents observateurs, lesquels sont aussi maintenant membres de la commission sur la révision de programmes — que je n'ai pas nommée, pour corriger le député de La Peltrie, qui a été nommée par le président du Conseil du trésor, mais à laquelle j'adhère — j'ai dit de façon claire, nette et précise que cette fourchette-là était une fourchette atteignable en termes d'économies. Que puis-je dire de plus? Oui, je peux dire quelque chose de plus : Oui, c'est dans notre intention d'aller chercher ce genre d'économies là dans les mesures que l'on mettra en place, mesures qui seront décidées dans les prochaines semaines et mois et qui, oui, passeront aussi par le filtre de la commission de révision de programmes.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie, en vous rappelant qu'il vous reste un peu moins de six minutes.

M. Caire : Oui, M. le Président, merci. Alors, M. le Président, juste pour répondre... Quand le ministre dit : Ça ne touchait pas explicitement aux agences, je vais relire ce que j'ai déjà lu : « Cette double structure a un coût direct non négligeable, estimé en 2009 à près de 600 millions de dollars par année. » On parle bel et bien des agences, très clairement, premièrement.

Deuxièmement, il y a déjà un comité qui a été mandaté par le gouvernement pour... ça s'appelle *Mieux dépenser, mieux financer nos services publics — Pistes de solution*. Ça fait que ce que je comprends, c'est qu'on va prendre le rapport d'un comité consultatif, on va mandater les membres qui étaient déjà sur le comité consultatif pour être sur le comité de révision des programmes, on va demander au comité de révision des programmes de revoir le travail qui a été fait par le comité consultatif. C'est ça, le plan de gestion du ministre?

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de La Peltrie. M. le ministre.

M. Barrette : Alors, M. le Président, manifestement, ici, on a un problème sémantique, et je vais le répéter. Le député de La Peltrie parle de double structure et focuse toute son intervention sur les agences. Je comprends la fixation, c'est normal, c'est la politique. Mais il parle d'une citation qui fait référence... Il l'a dit au moins deux fois dans ses interventions, et sinon trois. À chaque fois, il cite une partie du document qui parle d'une double structure et, dans sa citation, la citation indique que la double structure est le central et le régional. La double structure fait référence à « deux », « double »; « seule », ça ne se peut pas. Alors, « double », ça ne peut pas être juste les agences, « double », ça doit impliquer que c'est : agences plus quelque chose, et le quelque chose étant un dédoublement d'une fonction de gestion.

Alors, j'ai dit très clairement, et je vais le redire, que, oui, il est probablement possible, et certainement que ça sera un objectif visé par notre gouvernement, de faire en sorte qu'on va aller chercher les économies les plus substantielles en s'adressant à la gestion de notre réseau qui, oui, est composé d'une double structure et, à la limite, d'une triple structure — à la limite, quand on inclut les administrations hospitalières locales. Il y a là un travail à faire pour lequel des économies... Je le répète pour la troisième fois, sinon la quatrième, que la fourchette indiquée par les analyses des experts est potentiellement réalisable.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Oui, bien, M. le Président, le ministre dit que mon obsession des agences est une obsession de nature politique. Je veux juste lui rappeler qu'au moment où il était président de la Fédération des médecins spécialistes le plaidoyer pour l'abolition des agences, là, ce n'était pas... J'imagine que ce n'était pas politique quand il faisait ça comme président du syndicat des médecins spécialistes. J'imagine que sa connaissance intime du réseau lui dictait d'aller dans ce sens-là. Alors, moi, ce que je ne comprends pas, c'est que, quand il a été président de la FMSQ, il militait pour l'abolition des agences, lorsqu'il a été candidat pour ma formation politique, il militait pour l'abolition des agences et maintenant qu'il est ministre libéral, les agences, c'est la meilleure invention depuis le pain tranché. J'essaie juste de comprendre où est l'évolution, là. Est-ce que son sous-ministre en titre lui a fait un long plaidoyer pour garder les agences bien vivantes? Parce que ce que je vois en plus, dans le budget, c'est une diminution de 5 millions du budget des agences. On n'est même pas sur la cible de réduction dont il m'a parlée, alors que des économies substantielles, il l'a dit lui-même... Il ne veut pas le chiffrer. Le comité le dit, c'est 600 millions; lui, il parle de « substantielles ». Ça fait que j'essaie de voir où sont les actions musclées promises, parce qu'il y a des objectifs intéressants, mais, au niveau du plan de match pour atteindre ces objectifs-là, c'est le flou total.

Alors, moi, je veux comprendre de la part du ministre, là, c'est quoi, cette conversion-là subite. Il y avait des économies, il le disait lui-même, très importantes à faire au niveau des agences, c'est une structure qui n'était pas utile au réseau de la santé. Il y a plusieurs citations de lui, dans ce magazine-là, qu'il a dit, puis aujourd'hui, là, il essaie de nous embrouiller l'esprit en nous parlant : Oui, mais c'est des doubles structures, il y en a un peu là, un peu là, un peu là.

Alors, moi, qu'il m'explique, là, c'est quoi, sa conversion subite aux agences de santé, M. le Président, parce que j'ai de la difficulté à suivre.

• (11 heures) •

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

M. Barrette : M. le Président, alors, c'est la joute parlementaire qui est la plus intéressante. Alors, premièrement, je rappellerai au député de La Peltrie, M. le Président, que je n'ai pas parlé d'obsession, j'ai parlé de fixation, ce qui n'est pas la même chose. Deuxièmement, je n'ai pas nié le fait, et d'aucune manière, qu'il n'y avait pas à s'adresser à la structure des agences puisque j'ai dit, de façon claire, nette et précise, que tout ce qui concerne la gestion dans le réseau allait y être adressé. Alors, le député de La Peltrie revient constamment sur les agences, alors que les agences sont incluses dans ce qui est qualifié de doubles structures pour lesquelles je dis que notre gouvernement va avoir une action de rationalisation de façon, je dirais même, à la limite, agressive pour aller chercher le maximum d'économies possibles. Cependant, le député de La Peltrie voudrait que j'étale, aujourd'hui, une série de mesures spécifiques qui ne peuvent être faites parce que nous devons d'abord passer devant la commission de révision de programmes, et il le sait, c'est notre programme, c'est une autre façon de faire...

Le Président (M. Tanguay) : ...

M. Barrette : ...à la sortie de laquelle ces propositions-là seront divulguées.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Ça fait donc le bloc de 23 minutes, et nous devons respecter le temps.

Alors, maintenant, je suis prêt à reconnaître le député de Saint-Maurice pour le gouvernement, la banquette ministérielle, pour un bloc de 18 min 40 s.

M. Giguère : Merci, M. le Président. Moi, j'aimerais ça, M. le Président, revenir sur ma deuxième question, tantôt, que j'ai posée à M. le ministre, c'est la différence qu'il y a en Belgique, en Suisse et ici, au Québec, avec notre projet de loi. Parce que, comme qu'il a abordé aussi tantôt, on voit beaucoup d'articles dans les journaux, c'est très délicat, ce sujet-là, même si la loi est passée. On en entend parler, mes collègues et moi, on en entend parler régulièrement. Encore dernièrement, là, lundi, à la fête nationale, lundi soir, j'ai été abordé. Donc, c'est un sujet qui est quand même délicat. Et puis, des fois, ça part un petit peu à gauche, à droite. On entend dire des oui-dire, puis les personnes ont besoin d'être rassurées. C'est pour ça, tantôt, je vous ai demandé, M. le ministre, de nous rassurer, la différence qu'il y a entre notre projet de loi n° 52 et qu'est-ce qui se fait en Suisse et en Belgique. C'est sûr que, là-bas, on parle beaucoup de suicide assisté, donc qui fait un petit peu peur dans la population. Est-ce que vous pouvez nous rassurer un petit peu plus sur ça?

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de Saint-Maurice. M. le ministre.

M. Barrette : Encore une fois, M. le député, le suicide assisté n'est pas un geste qui est permis d'aucune manière, ni de près ni de loin, dans la loi actuelle. Et, encore une fois, il faut faire la distinction entre le suicide assisté et l'aide médicale à mourir. Le suicide assisté se fait dans des circonstances qui, par définition, n'ont pas de rapport ou de lien avec les conditions qui mèneraient à l'aide médicale à mourir puisque le suicide assisté se fait dans une condition qui peut être cliniquement difficile pour le patient ou le citoyen qui envisagerait une telle possibilité, mais le patient ou le citoyen, dans cette circonstance-là, n'est jamais, dans le cas du suicide assisté, dans une situation de fin de vie.

Je prendrai comme exemple un exemple qui est souvent, souvent, souvent cité à ce titre-là. Aujourd'hui, malheureusement, on est en été, il y aura des accidents de la route, il y aura des gens qui seront paralysés, malheureusement. Ça fait partie des événements malheureux, regrettables auxquels on fait face à tous les étés. Il y a des gens, là, lorsqu'ils auront le diagnostic d'une paralysie... vont être profondément déprimés, et c'est tout à fait compréhensible, là, la vie change. Ce n'est pas rien, là. Quand on a ce diagnostic-là le lendemain d'un jour où on était tout à fait normal, c'est tout un traumatisme et physique et émotif. Et je peux vous dire, par expérience, qu'il y a bien des gens qui, surtout les jeunes, quand ils sont dans cette situation-là, ont des pensées assez sombres. Bien, ça, là, si une personne avait accès à une loi qui permettrait le suicide assisté, bien, c'est ça, un suicide assisté. La personne n'est pas en fin de vie, la personne est dans une condition difficile physiquement, émotivement, devant laquelle il n'y a pas de sortie ou il n'y a pas de soulagement qui lui apparaissent possible. Il y a une période d'acceptation qui est parfois longue, qui, parfois, se passe bien, puis, parfois, il y a des récides de dépression, par exemple, et ainsi de suite. Ce genre d'événement là, qui mènerait à la décision de vouloir mourir, bien, ça, c'est un suicide assisté. Et ça, là, c'est impossible dans l'état actuel de la législation qui a été passée, ce n'est pas possible. Et, même si quelqu'un le voulait, là, il n'y a pas de moyen de pression, de passe-passe, de ce que vous voulez, là. Ça, au Canada, c'est un crime. Il n'y a pas un médecin, là, qui va faire ça, et ça ne s'adresse pas à ça.

Par opposition à la personne qui est en fin de vie, je le répète, la loi fait en sorte qu'on offre au patient un élément parmi d'autres, parmi trois autres... quatre si on prend le refus de traitement, qui permettent au patient de prendre sa décision à ce moment-là dans sa vie, qui est irrémédiablement irréversible. Et là, dans cette circonstance-là, encore une fois, l'aide médicale à mourir est une option que la société et le débat qui s'est fait semblent vouloir permettre.

Si vous me permettez, M. le député de Saint-Maurice, je vais faire un aparté légal. Je ne suis pas avocat, mais, quand on regarde le droit, le droit, il est fait pour protéger les individus puis surtout les plus... bien, pas surtout, mais tous les individus et particulièrement les individus en situation vulnérable à tout moment de leur vie. Mais, quand on arrive au dernier jour de la vie, qui doit avoir préséance, par exemple — c'est un débat philosophique intéressant — qui doit avoir préséance sur tout? Est-ce que c'est un cadre légal qui doit avoir préséance sur tout ou est-ce que l'individu, à un moment donné, ne peut pas, lui, décider? Et c'est ça qui est un peu aussi le fondement de toute la réflexion qui a été faite. Qu'il y ait une loi qui empêche le suicide assisté en toutes circonstances quand on n'est pas en fin de vie, ça, là, je suis bien content, moi, d'avoir une loi comme ça, parce que le suicide assisté, là, ça ouvrirait la porte à bien des abus potentiels. Quand on arrive à la situation de fin de vie, où la vie se termine, la personne le sait, il n'y a pas d'influence externe, la personne souffre, la personne décide d'avoir par la loi une option qui est celle-là, de laquelle elle peut se retirer, ça m'apparaît un bon choix de société. Maintenant, pour tout le reste, pour que la population soit rassurée, c'est impossible.

Et je vais aller peut-être un peu plus loin dans le sens que vous me posiez la question, qui est tout à fait importante. La loi prévoit, et c'est important, qu'on ne puisse pas, qu'on ne puisse pas avoir une influence externe pour pousser la personne à prendre cette décision-là. La loi force le médecin à prendre des démarches appropriées nécessaires pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'influence externe.

Alors, quand on regarde toutes les balises, les garde-fous qui existent dans la loi pour éviter les dérapages, bien je pense qu'il y a lieu de penser que ce projet de loi là réussira justement à éviter ces dérapages-là au bénéfice de tout le monde et rassurera la population.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de Saint-Maurice, aviez-vous terminé?

M. Giguère : Non, j'aurais une petite... Bien, j'ai une petite question.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, je vous en prie.

M. Giguère : J'ai remarqué, au dernier article du projet de loi, que l'entrée en vigueur est prévue dans 18 mois. Pouvez-vous nous renseigner... renseigner la commission à ce sujet?

• (11 h 10) •

M. Barrette : Oui. Alors, le 18 mois, ça, il faut le voir comme étant un geste de prudence. Tout le monde, à l'Assemblée nationale, était d'accord avec cet élément-là non seulement parce que ça va prendre... pour les éléments que ça sous-tend comme mise en place, mais aussi à cause du temps, le délai qu'on prenne pour être sûrs que tout soit mis en place.

Quand je disais, à la première question que vous m'avez posée, qu'il devait y avoir des critères auxquels... le patient devait rencontrer pour pouvoir avoir accès aux trois éléments, bien, il y a trois éléments d'abord et avant tout. Quand je disais que la loi faisait des soins palliatifs un droit, bien, c'est un droit. Quand on disait qu'il y a des garde-fous il y a quelques instants, bien, ces garde-fous-là doivent être suivis et vérifiés, précisément pour éviter les dérapages.

Le 18 mois sert à faire en sorte que le gouvernement — et ça aurait été la même chose, peu importe le gouvernement au pouvoir — puisse faire en sorte d'avoir le temps de mettre en place l'offre de services d'abord en soins palliatifs qui doit être offerte aux citoyens du Québec, parce que c'est un droit et c'est quelque chose qu'on vient enchâsser dans la loi et qui est une nécessité. Donc, on doit s'assurer que, dans les 18 prochains mois, ces soins-là soient rendus accessibles partout au Québec. Comme je l'ai dit, toutes les institutions du Québec devront mettre en place un cadre local qui va permettre d'avoir cette possibilité-là.

Mais, quand on tombe du côté des deux autres mesures que sont la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir, bien là il y a toute une mécanique administrative. Et là l'idée n'est pas de créer des emplois administratifs, là, mais l'idée est de faire en sorte que les choses soient encadrées d'une façon adéquate pour éviter, évidemment, les dérapages. Il est prévu qu'il y ait des formulaires, des demandes, une double opinion, et ainsi de suite, que certains éléments soient colligés au dossier, par exemple. Mais, par-dessus tout ça, le gouvernement doit s'assurer, compte tenu du virage que la société vient de prendre en matière de soins de vie, de faire un suivi de ce pour quoi il a légiféré. Et c'est la raison pour laquelle il y aura la mise en place d'une commission qui aura à faire périodiquement l'évaluation de l'évolution de l'application de cette loi-là, notamment en ce qui a trait pas simplement aux soins palliatifs, évidemment, mais aussi aux deux autres éléments et d'en faire ultimement rapport au ministre qui devient, lui, le dernier responsable de la chose. Et la chose sera évidemment rendue publique.

Alors, le 18 mois sert à faire en sorte qu'à la case départ de l'application réelle de la loi au quotidien tout soit en place pour éviter tout dérapage possible.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Je veux maintenant faire reconnaître le député de Papineau.

M. Iracà : Oui. Alors, merci, M. le Président. J'aurais une question peut-être un petit peu plus pointue, une question plus... davantage d'administration, mais je pense qu'elle est d'intérêt public, en lien avec un contrat octroyé sans appel d'offres à la compagnie d'informatique IBM, qui a fait l'objet de manchettes dernièrement. Donc, ce serait intéressant qu'on puisse avoir une réponse en lien avec ça dans l'intérêt public.

Et, je vous dirais, il y a plusieurs contrats qui sont octroyés dans l'appareil gouvernemental. Dans mon ancienne vie, j'étais gestionnaire au gouvernement du Québec et j'ai dû octroyer certains contrats, à l'occasion, sans appel d'offres, mais en respectant certaines modalités, certaines balises en lien avec le montant aussi du contrat qui est octroyé, tout ça dans le but... Le seul et unique but, c'est qu'on offre un service de qualité aux citoyens. Il faut parfois faire des choix en lien avec des appels d'offres, mais en respectant les normes et modalités qui sont en lien avec ça.

Alors, en lien avec le contrat que j'ai mentionné au début, je demanderais au ministre de nous expliquer pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux a choisi d'octroyer sans appel d'offres un contrat de trois ans et 20 millions de dollars et pourquoi la décision a été prise avant l'analyse menée pour savoir si un appel d'offres s'impose. Quelle est la justification du contrat? Pourquoi trois ans? En quoi s'engage aussi la compagnie IBM? Et pourquoi de tels services sont essentiels pour le ministère de la Santé et des Services sociaux?

Alors, c'est une question peut-être un peu pointue, mais, je pense, d'intérêt public. Et donc ma question est dans ce sens-là, l'explication en lien avec le contrat qui a été octroyé sans appel d'offres.

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

M. Barrette : M. le Président... Merci, M. le député, de me poser cette question-là. Évidemment, j'ai pris connaissance de cette décision-là en arrivant en poste, et, simplement pour rappeler les faits, c'est une décision qui a été prise par le Parti québécois pendant la campagne électorale, et, comme vous le dites, c'est effectivement un contrat substantiel de l'ordre de 20 millions de dollars. Et, si vous me permettez de faire une correction, c'est un contrat qui s'étend sur une période de 10 ans, et non de trois ans, et qui touche effectivement notre système de communication en termes de courriers dans tout le réseau de la santé.

Comme vous, j'ai été très, très, très surpris de cette situation-là parce que ce que je comprends, là, c'est qu'il y avait une démarche normale qui avait été entamée, et cette démarche normale là, d'appel d'offres, s'est terminée par un contrat de gré à gré à hauteur de 20 millions de dollars, convenu par mon prédécesseur, donc par le Parti québécois, pendant la campagne électorale, ce qui m'a beaucoup étonné, d'ailleurs, parce que, pendant la campagne électorale, on se rappellera que, sur certains projets de loi, dont la loi n° 41, on nous disait qu'on ne pouvait pas négocier parce que c'était

la campagne électorale, mais, par un hasard déconcertant, il y a eu un contrat de gré à gré de signé par le gouvernement précédent dans la période en question.

Évidemment, je n'étais pas là, c'était un dossier qui a été piloté par l'équipe précédente, et, si vous me le permettez, M. le Président, je... M. le Président, si vous me le permettez, je passerais la parole à M. Audet, qui est à la tête de la Direction générale des technologies d'information au ministère, qui pourrait vous répondre plus en détail sur la démarche qui a été faite à ce moment-là et vous donner des informations plus précises vu que je n'étais pas là à ce moment-là.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, avant de lui céder la parole, nous devons avoir le consentement pour lui permettre d'intervenir. Oui? Consentement? Nous avons le consentement. Alors, je vous demanderais, s'il vous plaît, de vous nommer et de préciser votre fonction, et la parole est à vous.

M. Audet (Richard) : Oui, bonjour. Richard Audet, sous-ministre associé, responsable de la Direction générale des technologies de l'information au ministère de la Santé.

Donc, en réponse à la question, j'aurais besoin de donner deux éléments de contexte historique sur le dossier. D'abord, le dossier Lotus Notes, c'est le courrier électronique, bien sûr, mais c'est aussi beaucoup d'autres applications qui sont utilisées dans l'ensemble du réseau de la santé depuis des années. Si on remonte l'historique de Lotus Notes, c'est depuis 1997 que le ministère de la Santé et son réseau se sont dotés d'un système de courrier électronique, mais aussi ce qu'on appelle le collecticiel Lotus Notes qui sert à bâtir des applications de toutes sortes dans l'ensemble du réseau. Pour vous donner un chiffre, actuellement, le recensement qu'on avait lorsqu'on a fait l'étude, à l'automne dernier, on avait 3 300 applications qui étaient recensées dans l'ensemble du réseau. Bien sûr, on pourrait refaire la lecture aujourd'hui, il y aurait des variations parce qu'il y en a qui sont délestées, il y en a qui pourraient être ajoutées. Règle générale, il n'y aurait pas dû y en avoir d'ajoutées, parce qu'on avait donné quand même une instruction, il y a quelques années, de ne plus bâtir avec ce logiciel-là parce que le ministère comptait faire une migration.

Sur les 3 300, il faut ramener ça quand même à sa réalité : les trois quarts de ce qu'il y a là-dedans, ce sont des choses qui sont très informationnelles, donc qui sont d'ordre administratif. Ils ne sont pas reliés au clinicoadministratif. Et le clinicoadministratif, c'est à peu près 25 % de ces applications-là, donc, si on arrondit, peut-être aux environs de 700 applications qui ont des valeurs clinicoadministratives. Je me permettrais de donner quelques exemples. Quand on parle de clinicoadministratif, on parle, par exemple, de PÉRISCOPE, c'est un système d'information qui permet la gestion des activités reliées aux blocs opératoires; Réinvent, c'est un logiciel conçu pour assurer le contrôle de l'inventaire biomédical; DSIE, qui est utilisé par plusieurs établissements, c'est des demandes de services interétablissements, donc c'est relié, finalement, à la livraison des services; médecine hyperbare... Évidemment, il y a des taux d'utilisation qui sont différents. On ne parle pas de milliers d'utilisateurs pour chacune de ces applications-là, mais ce sont, dans beaucoup de cas, des petites applications ou encore des microapplications qui servent à l'ensemble du réseau.

Donc, ça, c'est l'élément de contexte historique. Pendant des années, c'est le ministère qui a administré ce contrat-là, et, par la suite, il y a eu des ententes qui ont été... ce mandat-là a été délégué à l'ancienne société SOGIC, et la société SOGIC a signé des ententes à partir de 2007, d'abord, une entente pour trois ans et deux ententes sous-jacentes de deux ans. Voilà pour les éléments de contexte historique dans ce dossier.

J'aimerais ramener aussi, dans le contexte historique, ce qui est important dans le contexte, c'est qu'il était de l'intention du ministère de renouveler son courrier électronique par appel d'offres. Donc, à l'été 2012, il y a un appel d'offres qui avait été préparé dans les mois précédents pour permettre au ministère de se doter d'un service de courrier électronique, on appelait ça le Service national de courrier électronique, et qui donnerait à la clé, finalement, un service clés en main à l'ensemble du ministère et de son réseau pour opérer les services de courrier électronique. Malheureusement, moi, je suis arrivé au mois de juin, nous étions à la conclusion de l'évaluation de cet appel d'offres là, et les résultats étaient qu'aucun des fournisseurs n'était retenu pour être capable d'opérer le Service national de courrier électronique selon les exigences du devis du ministère.

À l'été 2013, donc, nous avons à réfléchir sur la suite des événements et analyser le scénario qui pourrait être mis en oeuvre pour assurer les services de courrier électronique. Donc, à l'automne, nous avons fait les analyses nécessaires et nous avons documenté les raisons pour lesquelles on devrait ...

• (11 h 20) •

Le Président (M. Tanguay) : ...M. Audet, s'il vous plaît.

M. Audet (Richard) : ...oui, O.K., je vais accélérer — pour lesquelles nous devons documenter le dossier. La solution qui s'imposait pour nous, compte tenu du délai qui nous était imparti, c'était de renouveler l'entente avec IBM. Comme le mentionnait le ministre, on parle d'une entente de 20 millions, potentiellement sur cinq ans, je dis bien «potentiellement». Dans cette entente-là, il y a trois ans qui sont fermes...

Le Président (M. Tanguay) : M. Audet, malheureusement, c'est tout le temps que nous avons. Nous pourrions, le cas échéant, revenir dans le prochain bloc avec un complément de réponse.

Je suis maintenant prêt à reconnaître, de l'opposition officielle, pour un bloc de 22 minutes, la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci beaucoup, M. le Président. M. le ministre, en campagne électorale, au niveau de la santé, vous vous êtes engagé à installer 50 cliniques, 50 cliniques que vous avez qualifiées de «super». Donc, je voulais un peu voir avec vous comment vous voyez que ça pourrait s'installer, qu'est-ce que ça... comment ça fonctionnerait et à partir de quand les Québécois pourraient compter sur ces cliniques.

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Alors, effectivement, vous avez raison, Mme la députée, il s'agit d'un engagement électoral. Et l'engagement électoral, évidemment, comme tout engagement électoral, c'est un engagement qui doit se réaliser dans le mandat. Nous avons fait la proposition de mettre en place une cinquantaine de supercliniques dans notre réseau, et cette cinquantaine-là pourrait être plus, ce n'est pas un objectif final, mais notre objectif, notre engagement électoral est de 50. À la fin, ça peut être 60, on verra selon le rythme de déploiement qui sera en place.

Alors, pour bien comprendre ce à quoi on fait référence lorsqu'on parle de supercliniques, on parle de cliniques qui visent à délester essentiellement les urgences de par la clientèle qui s'y retrouve de façon périodique ou ponctuelle et qui devrait se retrouver ailleurs que dans une urgence. Alors, on sait, et je pense qu'il n'y a personne, dans la pratique, qui peut vraiment contester ce fait-là : il y a beaucoup de gens qui vont à l'urgence parce qu'ils n'ont pas d'autres points de chute. Et il y a beaucoup de gens qui vont là aussi parce qu'ils savent qu'ils auront un service que je qualifierai de complet, et je reviens dans un instant sur ce que je veux dire par ça. Mais, quand on regarde les statistiques et quand on analyse la clientèle qui se présente dans les urgences, bien, on sait tous, sur le terrain, en médecine, en nursing, en pharmacie, même, Mme la députée, qu'il y a un certain nombre de patients qui sont à l'urgence qui devraient être à l'extérieur, et ça, c'est jusqu'à une hauteur de 70 %.

Qu'offre l'urgence que des cliniques n'offrent pas? Bon, d'abord, une disponibilité 24 heures par jour, ce qui n'est pas l'objectif des supercliniques parce que les urgences, ce n'est pas composé simplement de visites de gens qui viennent à 2 heures du matin, là, c'est composé de gens qui viennent là aussi le jour. Mais on offre aussi, à l'urgence, un spectre de services qui est plus large que dans un cabinet de médecine familiale. Et, sur cet élément-là précis, je fais référence, évidemment, à deux éléments qui sont primordiaux dans bien des cas, pas tous les cas, mais dans bien des cas, le premier étant l'accès au laboratoire — tous les patients ambulatoires qui se présentent à l'urgence n'ont pas nécessairement besoin de laboratoire, mais, souvent, c'est le cas — et évidemment de l'imagerie médicale. Et je fais le même commentaire : tous les patients n'ont pas besoin d'avoir accès à l'imagerie médicale à l'urgence, mais c'est souvent le cas. Et, dans les deux exemples que je viens de donner, les patients qui se présentent ont parfois besoin, en plus, de consultation à des spécialistes de spécialités de base. Et...

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

M. Barrette : Ah! vous voulez que j'arrête?

Le Président (M. Tanguay) : Non. Pour garder le principe de proportionnalité...

M. Barrette : Oui, je comprends, mais c'est parce que la question, M. le Président, exige une longue réponse.

Le Président (M. Tanguay) : Tu peux conclure... Je vous donne l'occasion de conclure.

M. Barrette : O.K. Si vous voulez que je continue après la prochaine question...

Mme Lamarre : ...parler après.

M. Barrette : O.K. Alors, on y reviendra.

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

Mme Lamarre : Bien, en fait, à partir de quand est-ce qu'on peut penser avoir une première mégaclinique privée? Donc, c'est une question très précise avec un moment très précis. Une réponse très précise, s'il vous plaît.

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

M. Barrette : Alors, M. le Président, encore une fois, je vais terminer ma réponse parce que c'est important. Alors donc, ces cliniques-là, ces supercliniques-là visent à être un peu le miroir de l'urgence, en ce sens que, pour une problématique qui ne nécessite pas un rendez-vous dans trois mois, là — et je prends cet exemple-là pour caricaturer la situation simplement — un citoyen devrait pouvoir avoir accès à la même gamme de services à l'extérieur de l'hôpital, ce qui désengorgerait largement les urgences, d'une part, et soulagerait le patient qui régulièrement, quand il va à l'extérieur, part avec une prescription pour avoir une prise de sang ou avoir un examen d'imagerie médicale. Donc, ça demande à ce que des individus, que ce soient des médecins de famille, des spécialistes ou autres, se regroupent pour mettre en place cette structure-là et cette offre de services là qui inclut, donc, plus d'offres de service physiquement que ne le ferait ou ne le fait actuellement un GMF ou une clinique-réseau.

Donc, on peut s'attendre à voir se mettre en place au moins une ou quelques-unes de ces cliniques-là non pas dans l'année 2014-2015, mais dans l'année 2015-2016, mais potentiellement dans 2014-2015, pour des raisons purement techniques. Alors, il y a une organisation physique qui doit se mettre en place. Je connais actuellement des endroits qui pourraient avoir les capacités physiques pour démarrer ça. C'est possible. Si on peut le faire rapidement, on le fera, mais je pense qu'on doit se donner quelques mois, pas des années, avant de faire en sorte que ça se déploie.

Alors, c'est la raison pour laquelle, d'entrée de jeu, la première chose que j'ai dite, c'est que c'est un engagement d'un mandat non pas pour ramener plus loin... reporter plus loin des engagements, mais bien souligner le fait qu'il y a des contingences physiques et organisationnelles qui font que ça ne peut pas se faire le mois prochain.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, M. le Président, effectivement, j'entends le ministre qui a déjà ciblé certains endroits. Il en a même fait une citation, il a promis des annonces dans certaines régions en disant qu'il ouvrira une superclinique dans le secteur Grand-Mère et une autre à Brossard, un projet pilote dans son comté, car l'emplacement lui permettrait d'avoir l'oeil sur le projet pour mieux évaluer les résultats. Je vous avoue qu'au niveau du positionnement de ces cliniques-là il y a plusieurs interrogations parce qu'au niveau des groupes de médecine de famille il y avait plusieurs autres provinces, plusieurs autres endroits dans le monde qui ont démontré la valeur ajoutée d'un meilleur accès à la première ligne, et c'est l'objectif des groupes de médecin de famille. Donc, plusieurs... et j'ai entendu aussi le premier ministre et le ministre de la Santé parler de s'appuyer sur des données probantes. Or, dans la création des groupes de médecins de famille, on a d'autres modèles et on a d'autres... des données probantes qui démontrent la valeur ajoutée de ces structures-là.

Dans le cas de cliniques spécialisées, mégacliniques privées, ça, je n'en ai pas vu, je n'en ai pas entendu, en tout cas, actuellement. J'ai aussi entendu le ministre, un peu plus tôt, parler d'une rationalisation, d'une diminution des structures, et ce que je comprends, c'est qu'on s'engage à créer de nouvelles structures construites, donc du béton, plutôt que des services. Et ce qui semble vraiment faire défaut dans notre système de santé, c'est de la disponibilité de professionnels de santé. C'est ça qui nous manque. Alors, je vois mal comment ça pourrait répondre à ce besoin-là. Une des préoccupations, c'est certainement que de déménager les spécialistes, qui sont déjà, dans certains hôpitaux, peu nombreux, vers des cliniques privées, ça vide le système. En tout cas, il y a un risque, certainement, de vider le système public de ces spécialistes, et donc d'allonger et de retarder le processus de traitement des patients.

Une des questions que je me pose... parce qu'on a vérifié, et même les gens de l'AQESSS indiquent que, dans le fond, ce seraient des sortes d'hôpitaux décentralisés privés. Alors, ce que j'ai vérifié auprès des organisations, des établissements de santé... Les établissements de santé se disent tout à fait ouverts à rendre leurs infrastructures, leurs appareils d'échographie, de tomographie... donc, ce à quoi le ministre fait appel en termes d'accès au laboratoire et à l'imagerie médicale. Pourquoi on n'utiliserait pas davantage ces services-là qui sont déjà payés par les Québécois et disponibles dans nos établissements de santé les soirs et les fins de semaine? Et, si on a besoin, justement, de rehausser les équipements, parce qu'on sait qu'il y a une modernité dans ces équipements-là, pourquoi ne pas en faire profiter nos établissements de santé où à la fois les patients qui sont hospitalisés et ceux qui ont besoin de services ambulatoires pourraient en profiter?

Donc, c'est un peu un regard particulier qu'on peut poser par rapport à la pertinence de ces cliniques-là. Et donc je me dis qu'on pourrait faire d'une pierre deux coups en diminuant les structures ou, en tout cas, les rationalisant, et tout en rehaussant, donc, l'accessibilité. Et on serait sûrs également de préserver les services essentiels requis en établissement de santé, parce que les Québécois sont conscients que, dans certains cas, ils ont beaucoup de difficultés à rencontrer leurs spécialistes en établissement de santé et beaucoup plus de facilité à recevoir des soins en clinique privée.

Alors, quel serait donc... Pour essayer, puisqu'on est dans les budgets, de comprendre un peu les bénéfiques, et les coûts, et l'efficience, quel serait le coût par une mégaclinique privée?

• (11 h 30) •

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

M. Barrette : M. le Président, c'est assez difficile de résumer une question ou de répondre à une seule question, quel serait le coût, par exemple, alors qu'on a abordé un, deux, trois, quatre, cinq, six, sept, huit, neuf items. Et, compte tenu du préambule qui comprend neuf items, M. le Président, je vais répondre d'une façon ordonnée pour résumer un peu la pensée de la question qui m'est posée, là.

Alors, elle me demande c'est quoi, le coût d'une clinique-réseau. M. le Président, le coût d'une clinique-réseau, là, c'est le coût des services rendus, puis on verra le nombre de services qui sera rendu. Et je ne suis pas... Évidemment, je n'ai pas de... je ne suis pas JoJo Savard, là. Moi, je ne peux pas prédire le coût des services qui vont être rendus dans chacune des supercliniques du réseau québécois, d'une part.

Maintenant, je vais remettre les choses en ordre, M. le Président. Alors, premièrement, l'objectif ici est de faire en sorte que la clientèle, la clientèle, je répète, la clientèle n'ait plus à aller à l'urgence pour recevoir des soins qui pourraient être reçus à l'extérieur de l'hôpital, et c'est ce que les gens demandent. Alors, elle a fait référence à ça, Mme la députée de Taillon, M. le Président. Premier élément.

Deuxième élément, elle dit qu'il y a des modèles qui fonctionnent actuellement qui ne fonctionnent pas à pleine capacité. Parfait, mais c'est exactement ce que nous disons depuis le début et que, même, j'ai dit dans une autre vie avant. Le gouvernement précédent a eu 18 mois, M. le Président, 18 mois, 18 mois pour faire respecter le cadre de gestion, les ententes des groupes de médecins de famille qui prévoient des volumes — ça, des volumes, là, c'est un mot bureaucratique pour dire «des citoyens qui attendent de voir le médecin» — et des heures d'ouverture — les heures d'ouverture, c'est un mot bureaucratique pour dire que le patient, actuellement, ne peut pas y aller en revenant du travail ni avant le travail. Alors, ils ont eu 18 mois pour faire respecter ça et ils ne l'ont pas fait. Alors, les groupes de médecine familiale, c'est ça.

Les cliniques-réseaux, c'est un peu un super-GMF. Alors, pour illustrer ce qui est le propos des supercliniques, pensons simplement GMF plus, un GMF où les rendez-vous ne sont pas un an à l'avance mais un GMF, M. le Président,

où les rendez-vous sont, mettons, à la semaine, maximum deux semaines. Pourquoi? Pour donner et garantir à la population des grilles horaires qui font... qui existent, parce qu'actuellement elles n'existent pas, elles existent juste à l'urgence. Alors là, elles seront là, et les médecins pourront aussi avoir une pratique normale de GMF.

Mais il y aura des supercliniques qui sont des GMF un peu plus élaborés mais dont l'activité sera centrée sur les besoins des patients, et ces endroits-là, M. le Président, contrairement à ce qu'a dit la députée de Taillon, M. le Président, ne sont pas des cliniques privées au sens sémantique du terme, ce sont des cliniques conventionnées. «Privé» est un mot, en politique, utilisé comme un épouvantail pour diminuer l'importance ou culpabiliser des gestes qui ne sont pas donnés à l'hôpital. Or, de quoi avons-nous besoin, M. le Président? On a besoin d'endroits où le citoyen qui nous écoute actuellement va pouvoir avoir accès à des soins chez eux, pas 40 kilomètres plus loin parce que l'hôpital est à 40 kilomètres, près de chez eux, payés par la RAMQ. Ce n'est pas du privé, ça, M. le Président, c'est du public conventionné servi à l'extérieur de l'hôpital, et ça, c'est important. Peut-on politiquement, collectivement, à partir d'aujourd'hui, centrer nos interventions sur l'intérêt du patient et arrêter de sortir des épouvantails qui inquiètent la population comme le privé?

Le déploiement de ces cliniques-là, M. le Président, se fera de façon populationnelle. Pas de population, pas de clinique-réseau. On l'a dit dans la campagne électorale, et je le redis aujourd'hui : Pour avoir une clinique-réseau, il faut quand même une masse critique. La masse critique, c'est de 50 000 à 70 000 personnes. Et je corrigerai la députée de Taillon, M. le Président, je n'ai pas annoncé une clinique-réseau à Grand-Mère et à Brossard. J'ai dit — à moins que j'aie été mal cité — que Grand-Mère, par exemple, et Brossard, par exemple, mais aussi ville d'Anjou, mais aussi Sherbrooke, mais aussi Québec, mais aussi Lévis, mais aussi Chicoutimi ont des bassins de population qui justifient la mise en place d'une clinique-réseau. Et c'est facile... Pas une clinique-réseau, pardon, une superclinique. C'est facile, M. le Président, on n'a qu'à regarder le palmarès des urgences. Si une urgence déborde, c'est parce qu'elle ne fournit pas. Si elle ne fournit pas, c'est parce qu'il n'y a pas assez de ressources autour. S'il n'y a pas assez de ressources autour, bien c'est pour la population autour. Moi, je n'ai jamais entendu dire qu'il y avait un problème d'urgence démesurée à Chandler, M. le Président, mais j'ai entendu dire régulièrement qu'il y en avait à Charles-Le Moine. Puis, entre Charles-Le Moine, par exemple, là, puis Jardins-Roussillon, là, il y a combien de centaines de milliers de personnes qui pourraient aller dans une clinique-réseau? Alors, qu'ils soient dans... un député bleu, rouge ou multicolore, ça importe peu, mon rôle est de servir la population. Et la façon de le faire, sur le sujet des supercliniques, est d'en mettre aux endroits appropriés populationnellement.

Alors, quand on me dit qu'on va déplacer des ressources comme des médecins spécialistes dans des cabinets, bien c'est déjà ça que tous les gouvernements ont fait, M. le Président. Qu'on ait à regarder l'ophtalmologie, la pédiatrie, la rhumatologie, et ainsi de suite, on les a sortis des hôpitaux. Pourquoi ne collaboreraient-ils pas aux supercliniques? Et peut-être que la députée de Taillon pourrait aller rencontrer ces organisations-là pour leur demander si c'est une bonne ou une mauvaise idée.

On nous a parlé aussi de rationaliser la structure en utilisant mieux les ressources. Bien, merci. Alors, je comprends que le PQ, maintenant... la députée de Taillon est en fusion intellectuelle avec le député de La Peltre, puisque tout le monde, maintenant, considère que rationaliser, c'est parfait. Et c'est ce qu'on a annoncé. Je suis heureux, les débats parlementaires vont être plus courts, parce que c'est ce qu'on va faire, oui, on va rationaliser.

Et elle nous a demandé... elle m'a demandé : Qu'est-ce qu'on va faire pour maximiser l'utilisation des ressources? Bien, est-ce que j'ai dit que, dans une superclinique, il devait y avoir un laboratoire? J'ai dit qu'il devait y avoir accès à des services de laboratoire. Je l'invite à regarder le projet OPTILAB, qui vise à restructurer toute l'organisation des laboratoires pour justement, justement, M. le Président, faire en sorte que, des supercliniques, par exemple, on déplace les prélèvements et qu'à la place d'amener un laboratoire on utilise justement de façon rationnelle, avec une plus grande efficience nos laboratoires.

Mais, pour l'imagerie médicale, que voulez-vous, M. le Président, pour imager un patient, il faut avoir le patient en avant de soi, et moi, je ne peux pas imager un patient, étant donné que c'est ma spécialité, à distance, je n'ai pas ce pouvoir-là. Par contre, on pourrait très bien mettre une technicienne autonome, qui est très autonome par définition, qui a l'expérience, et, avec la technologie, avoir un radiologue à distance qui supervise l'examen. Ça, M. le Président, c'est l'Alberta, c'est la Colombie-Britannique, c'est la Saskatchewan, c'est le Manitoba, c'est l'Ontario, c'est l'Est du Canada, tout le monde fait ça comme ça. Alors, ça se fait, mais je constate aujourd'hui qu'il y a évidemment une incompréhension, encore une fois, de la chose au Parti québécois.

Et, pour ce que ça coûte, bien, je vais vous le dire, M. le Président. Ce que ça coûte, si on se base sur les GMF actuels, c'est un investissement en personnel, parce que je n'ai pas parlé des infirmières, et il faudra aussi des infirmières. Actuellement, dans un GMF, on investit une somme, dépendamment de la grosseur, qui se situe dans une fourchette de 400 000 \$ à 550 000 \$, plus, évidemment, les honoraires des médecins.

• (11 h 40) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Mme la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Alors, je vous remercie, M. le Président. Puisque le ministre se permet de commenter mes questions, je vous dirai que j'ai entendu quand même un certain nombre de contradictions dans sa dernière intervention par rapport, entre autres, aux accès aux laboratoires. Moi, ce que je veux souligner, c'est ce que la population a besoin... Ce n'est pas les lieux qui lui manquent, c'est l'accès. Donc, les villes qui ont été citées par le ministre représentent des grandes villes, puisqu'on parle de villes où on a besoin de 50 000 à 70 000 personnes, et on veut ajouter une nouvelle structure de 50 cliniques alors qu'on a 125 établissements de santé qui sont déjà équipés avec ces infrastructures-là, et qui sont bien répartis sur tout le territoire québécois, et qui donnent déjà des services. Donc, si on a besoin d'une clinique à Québec, une mégaclinique, eh bien, on a juste à ouvrir et à rendre disponible... Et d'ailleurs il me semble avoir déjà entendu le ministre, dans une autre vie, évoquer le fait que les appareils d'échographie pouvaient être utilisés le soir et les

fins de semaine, pouvaient être mis à contribution davantage et pour éviter, dans le fond, que nos citoyens paient deux fois pour des appareils alors que ce dont ils ont besoin, c'est du temps de médecins, du temps d'infirmières, du temps de professionnels de la santé pour leur donner des services.

Alors, moi, je comprends qu'il y a énormément de questions encore à poser au sujet de ces cliniques, par rapport à la conception, au positionnement, à leur localisation, à leur capacité de mieux répondre aux difficultés d'accès, puisqu'on a deux éléments, dans le fond. On a un élément qui rejoint... Si on a besoin d'un plateau technique, si on a besoin d'appareils à échographie, on a déjà des hôpitaux et on a déjà toutes les infrastructures pour lesquelles les Québécois ont déjà payé. Et, si, par ailleurs, on a besoin d'un accès rapide pour une condition plus simple, on a déjà des GMF, et le ministre lui-même appelle ces cliniques-là des GMF plus.

Alors, ce que je me pose comme question, c'est : Pourquoi on n'ajouterait pas des spécialistes aux GMF qui existent déjà, sans avoir à ajouter des structures supplémentaires, du béton et des cliniques médicales qui répondront on ne sait pas trop, très, très bien à quels besoins mais avec des coûts définitivement plus élevés?

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

M. Barrette : M. le Président, Mme la députée de Taillon a commencé son intervention en parlant de contradictions. Je suis assez amusé du commentaire, surtout venant d'un parti qui a été le champion des fermetures d'hôpitaux dans le passé et qui a fait en sorte que le réseau a souffert pendant près de 20 ans, et on commence juste à s'en sortir. Alors, c'est correct, là, je comprends qu'on peut, pendant une période, couper dans les structures, puis après ça trouver qu'on en a assez, puis critiquer ceux qui veulent optimiser le réseau. Je comprends ça, c'est la vie d'aujourd'hui.

Maintenant, pour ce qui est des éléments auxquels la députée de Taillon a fait référence, rien n'empêche... l'un n'empêche pas l'autre, rien n'empêche d'utiliser à meilleur escient les GMF. Alors, comme je l'ai dit tantôt dans ma première réponse, les GMF, ils sont là. Vous aviez l'occasion, dans les 18 derniers mois, de faire en sorte qu'ils rencontrent leurs obligations contractuelles et vous ne l'avez pas fait, vous ne l'avez pas fait. Alors, 18 mois, nous, je peux vous le dire, là, je peux en faire un engagement à la caméra, là, moi, ça ne me prendra pas 18 mois pour mettre en place des mesures qui vont faire en sorte que les GMF respectent leurs engagements. Je vous le dis, là. Puis, s'il y a des journalistes qui nous écoutent, citez-moi. Ça ne me prendra pas 18 mois. Alors, les GMF vont revoir... pas revoir, mais vont respecter leurs ententes contractuelles, premièrement.

Deuxièmement, les GMF méritent... Et ça, c'est en discussion actuellement, et ça non plus, ça n'a pas été réglé par le Parti québécois lorsqu'il était au pouvoir. Il y a une révision du mode de fonctionnement des GMF qui doit être... qui est engagée, qui n'est pas conclue et que nous allons conclure, évidemment, par le filtre, là aussi... par la révision des programmes. Les GMF doivent donner les services.

L'échographie, M. le Président, l'échographie, alors mettons pour une fois, une fois pour toutes, les points sur les i. L'échographie est l'examen d'imagerie et, je dirais, l'examen paraclinique le plus nécessaire et le plus courant pour une pratique de la médecine, que ce soit de première ligne ou de médecine spécialisée. L'un ou l'autre, là, l'examen de laboratoire, entre guillemets, là — parce que techniquement c'est un laboratoire — le plus demandé à part les prises de sang, là, c'est l'échographie.

Or, qu'est-ce qui a été fait récemment? Il y a quand même eu des efforts qui ont été faits. Il y a eu des travaux d'optimisation faits dans le réseau...

Le Président (M. Tanguay) : En concluant. Pour 20 secondes, M. le ministre.

M. Barrette : ... — très bien — des travaux d'optimisation qui ont donné des résultats. Mais, même si on donne des résultats, nous n'avons pas réglé le problème de l'accès. L'accès, là, en échographie, ce n'est pas une liste d'attente dont on est contents parce qu'elle est de quatre mois. L'accès en échographie, c'est comme une prise de sang, il faut que ce soit presque immédiat, et, pour ça, bien il y a encore...

Le Président (M. Tanguay) : Merci, merci, M. le ministre, ce qui complète donc ce bloc de l'opposition officielle. Je suis maintenant prêt à reconnaître le député de Papineau, pour les députés de la banquette ministérielle, pour un bloc de 20 minutes. M. le député de Papineau.

M. Iracà : Oui. Alors, merci, M. le Président. Toujours en lien avec ma dernière question que j'ai posée sur le contrat avec IBM, parce que l'on parle d'argent des citoyens, parce qu'on parle d'un contrat quand même de 20 millions, parce qu'on parle également d'un contrat qui a été donné sans appel d'offres, je comprends, à la lumière des propos du sous-ministre, tenus par le sous-ministre tantôt, qu'il s'agissait d'une situation particulière, mais, compte tenu du temps qui nous était imparti, il n'a pas pu terminer sa réponse, alors il a dû être interrompu dans ses explications. Je pense, toujours pour l'intérêt public et pour bien comprendre la situation particulière que le sous-ministre nous expliquait, et aussi en lien avec la notion de transparence que le ministre a fait référence en début de commission avec raison, je demanderais au sous-ministre, s'il vous plaît, M. le Président, qu'il puisse compléter sa réponse parce que c'est une question d'intérêt public importante, pour qu'on puisse connaître et comprendre les tenants et aboutissants de cette situation particulière à laquelle il faisait référence.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Merci, M. le député de Papineau. Alors, la présidence comprend que nous sommes toujours sur le même consentement pour permettre à M. Audet de compléter sa réponse. Alors, M. Audet, la parole est à vous.

M. Audet (Richard) : Merci, M. le Président. Donc, nous étions rendus à l'été 2013, à l'époque à laquelle nous avons constaté que l'appel d'offres n'avait pas fonctionné. Le ministère s'est retourné pour regarder un plan B. Ce plan B là, il nous est apparu, suite à l'analyse que nous avons faite, que nous devons conclure une entente avec IBM. Nous avons regardé différents scénarios : Est-ce que cette entente pourrait être d'une année, deux années ou trois années? Le réalisme nous a rappelés à l'ordre. Ce que ça nous disait, finalement, c'est que, pour lancer un nouvel appel d'offres et faire la migration éventuellement par un nouveau fournisseur, c'était quelque chose comme trois ans. Donc, nous avons entrepris des discussions avec le fournisseur du logiciel IBM, et ces discussions-là ont débuté fin décembre pour se rendre jusqu'au mois de mars. On se rappellera que l'entente actuelle se terminait le 31 mars 2014. C'est ce qui fait que nous sommes arrivés le 31 mars 2014 avec la conclusion de l'entente.

Les propositions qu'on a reçues d'IBM à cette époque-là faisaient que, si le ministère signalait pour une année, on arrivait avec des coûts faramineux qui étaient de 6,7 millions pour la première année. Si on regardait une signature pour trois ans, compte tenu que c'était notre besoin, nous sommes arrivés à une entente de 13,1 millions ferme, et, avec l'exercice des années d'option, ça nous ramène au 20 millions dont il est discuté ici. Effectivement, le ministère pourrait exercer ces options-là, s'il le décidait. Ce n'est pas de notre intention d'exercer ces options-là.

Ce qui va se passer maintenant, la nouvelle étape après avoir conclu avec IBM — je vous expliquais tantôt la nécessité de soutenir ces applications-là pendant la transition — ça va être un nouvel appel d'offres qui va être fait avec l'ensemble du gouvernement, que nous voulons conclure d'ici la fin de 2015. Donc, il y aura une période de préparation d'au moins six mois. On parle d'une période d'appel d'offres et d'analyse des appels d'offres qui pourrait se passer entre quelque chose... entre six et 12 mois supplémentaires, donc ça nous ramène à la fin de 2015. Par la suite, terminer la migration d'un certain nombre d'applications pour être prêts à faire face avec le nouveau fournisseur.

On a entendu parler dans les médias du fait que le gouvernement... c'est-à-dire le ministère de la Santé et son réseau auraient pu utiliser les licences de Microsoft. Ce qui est exact, c'est que les licences de Microsoft, pour la partie qui repose sur le poste de travail, nous les avons dans l'entente actuelle. Ce qui est incomplet dans l'information qui est sortie dans les médias, c'est que, lorsque le gouvernement ou le réseau de la santé donnerait l'instruction de passer à l'utilisation de ces licences-là, il faut utiliser des licences serveur dans toutes nos organisations.

• (11 h 50) •

Également, ce qui n'est pas dit non plus là-dedans, c'est qu'on devrait passer à la migration de nos applications si on abandonne totalement Lotus Notes. J'ai rappelé tantôt qu'il y avait 3 300 applications; mettons qu'il y en a un 700, 800 qui sont d'utilité médicoclinique. On estime que migrer ce portefeuille-là, qui a une valeur pour nous autres, aux livres, d'à peu près 30 millions, ce serait un investissement substantiel. Et ça, c'est l'évaluation la plus conservatrice que nous avons. Nous avons des évaluations qui sont de beaucoup supplémentaires à tout ça.

L'autre aspect que je voulais donner, c'étaient les conséquences de ne pas renouveler avec IBM. Si nous n'avions pas de renouvellement avec IBM, nous tombions dans une période... ce que j'appelle le trou noir, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas de support 24/7 pour le courrier électronique et toutes les applications qui sont là, ce qui veut dire qu'en dehors des heures de service, donc du lundi au vendredi et de huit heures à 17 heures, il n'y a pas de service de la part d'IBM. Évidemment, si vous les appelez, s'ils sont disponibles, ils vont venir, mais vous ne serez pas leur client privilégié. Dans les 10 derniers mois précédant la signature de l'entente, il y a eu 125 interventions de la part d'IBM. Je tiens à rappeler que, pendant la catastrophe de L'Isle-Verte, nos systèmes de courrier électronique ont tombé, et on a eu des difficultés de transfert d'information importantes. Les gens d'IBM se sont rendus disponibles et ils ont résolu le problème dans les heures qui ont suivi. Donc, c'est important. Ces contrats de services là, ça sert à ça, ça sert aussi à payer les droits de propriété intellectuelle. Et nous comprenons que, quand nous allons passer à la prochaine étape, ça aussi, ça ira en appel d'offres, mais il y a déjà eu un appel d'offres qui a été fait, et nous allons faire un second appel d'offres avec le reste du gouvernement dans les prochains mois.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Audet. Je suis maintenant prêt à reconnaître Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Merci, M. le Président. M. le ministre, je souhaiterais aborder un sujet qui fait l'actualité depuis plusieurs, plusieurs mois et qui a fait couler beaucoup d'encre et notamment encore ce matin dans un article du *Devoir* : le dossier de la procréation médicale assistée. Ce matin encore, cet article soulignait les inquiétudes de plusieurs parents à savoir justement si le programme allait être maintenu, si sa gratuité, dans le fond, allait être maintenue.

Le précédent ministre de la Santé avait requis une étude au Commissaire à la santé et au bien-être dont le mandat est, je le cite, là : «Évaluer la pertinence d'offrir certaines activités de procréation assistée.» Dans une lettre à l'époque, le ministre Hébert réclamait... Je vais le citer, là : «Des éclaircissements sont nécessaires au sujet de ce qui doit constituer un service assuré dans le cadre de la procréation médicale assistée.» J'ai eu le privilège de lire ce rapport ainsi que ses nombreuses recommandations, et on pouvait entre autres y lire, bon, à la recommandation 1, la nécessité d'imposer des limites d'accès applicables à tous sur la base des paramètres suivants : l'admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec pour les deux partenaires, la stérilisation volontaire préalable, la préservation de la fertilité pour des raisons sociales, les résultats de l'évaluation psychosociale, le cas échéant, l'âge de la mère, maximal et minimal, ainsi que le nombre d'enfants prélabiles et le nombre d'enfants issus de la fécondation in vitro. La recommandation 2 indique : «...un accès plus équitable aux services de procréation [médicale] assistée dans les [...] régions», ainsi qu'on demande de «créer de toute urgence une banque de données centralisée qui permettrait de faire un [meilleur] suivi». Ainsi, la recommandation 6, également, mentionne d'inscrire un règlement sur les activités de procréation médicale assistée au niveau de la recherche, qui serait encadrée par un comité d'éthique de la recherche indépendant.

Je passe sous silence aussi d'autres recommandations qui méritent d'être analysées pour en venir, en fait, à ma question. Constatant que le précédent ministre de la Santé envisageait déjà un resserrement du programme, je souhaiterais, dans le fond, connaître les intentions du ministre de la Santé à la lumière du rapport du Commissaire à la santé et au bien-être et, dans un deuxième temps, également avoir des précisions... comme, ce programme-là, on avait supposé aussi qu'il apporterait certaines améliorations au niveau de différents indicateurs en santé, donc d'obtenir des précisions quant à la proportion de prématurés depuis la mise en place de ce programme, le taux de césariennes, la durée moyenne de séjour à l'hôpital, le nombre de nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs néonataux, le coût annuel des hospitalisations en soins intensifs ainsi que le coût moyen annuel des hospitalisations en soins intensifs néonataux.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la députée de Crémazie. Et je suis persuadé que vous laisserez le temps au ministre de répondre en toute proportion aux nombreuses questions que vous lui avez posées.

Mme Montpetit : Tout le temps nécessaire qui doit y être consacré.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Alors, M. le ministre, il y a deux, trois questions.

M. Barrette : Oui, M. le Président. Mme la députée... M. le Président, c'est une question très pertinente sur un sujet, comme Mme la députée l'a dit, qui est très... qui est encore d'actualité et qui le sera certainement encore cet été. Et je vais essayer... La réponse va être relativement longue, parce qu'on touche à différents éléments qui sont des éléments qui sont tous pertinents. Alors, je reviens un peu sur l'histoire de ce programme-là et ce pourquoi le ministre précédent comme toute la communauté, je dirais, médicale et la société, à un moment donné, ont senti la nécessité de s'interroger sur le fonctionnement du programme et, pour certains, sur l'existence même du programme.

Alors, on connaît les circonstances dans lesquelles le programme est né et on sait assez bien du moins ce qui a été dit dans les médias dans la durée de vie de ce programme depuis 2009. Alors, effectivement, le ministre précédent, sur la recommandation d'à peu près tout le monde, là, les organisations médicales, le public... Il y avait un état quand même de l'opinion publique qui faisait en sorte qu'il y avait lieu de demander une évaluation neutre et la plus objective possible du programme, de son fonctionnement, de son utilité et de ses coûts, et ainsi de suite. Alors, c'est dans cet esprit-là que le mandat a été donné au Commissaire à la santé et au bien-être de faire l'analyse qui a été faite, une analyse qui a été exhaustive.

Alors, c'est un long rapport, c'est un rapport de plus de 250 pages qui touche effectivement tous les éléments du programme. Et, d'entrée de jeu, le commissaire — et ça, c'est important pour ce qui est du futur — s'est adressé à la pertinence du programme, il s'est adressé à la nature même du programme, à son existence même, et il a posé la question en différents termes. La première question qu'il a posée : Est-ce que le programme doit exister? Et à qui doit-il s'adresser? Et le commissaire a répondu partiellement à la chose en disant essentiellement ceci, il a dit : Dans le monde de l'infertilité, il y a de l'infertilité dite médicale — c'est le terme qui est utilisé dans le rapport — et il a lui-même déterminé une nouvelle terminologie qu'on entend effectivement dans le milieu régulièrement, qu'il a qualifiée d'infertilité sociale. Et ça, en posant le problème de cette manière-là, ça élargit le débat de façon substantielle, parce qu'à la question : Est-ce que la science, aujourd'hui, est capable de s'adresser à une problématique médicale d'infertilité?, ladite infertilité médicale, la réponse est oui, mais la même science peut permettre de pallier à des situations cliniques ou sociales qui entraînent une infertilité. Alors, évidemment, on pensera, par exemple, aux couples de même sexe, qui, par définition, n'ont pas nécessairement de problème de fertilité pour le cas de la femme, ne peuvent pas procréer pour le cas des hommes, mais, par différents biais, la science peut offrir à ces couples-là la possibilité d'avoir un enfant dans des circonstances particulières. Alors, le commissaire lui-même a parlé de deux types d'infertilité auxquels le programme aujourd'hui s'adresse mais sans dire que c'était nécessairement justifié autrement que de dire, parce que c'est à peu près comme ça qu'il le dit... Même, c'est précisément comme ça qu'il le dit, le rapport, le commissaire dit : Bien, on le fait, ce serait difficile de revenir en arrière. Alors, vous voyez que, quand la discussion commence par la raison qui est : Il y a un problème médical, il y a un problème qui peut pallier à... il y a un problème social — entre guillemets, un problème, là, je caricature évidemment, là — il y a un élément social, et la science permet de s'adresser à l'élément social, on ne peut pas reculer, et ça rend une discussion très, très, très complexe.

Le commissaire, là-dessus, n'a pas fait de recommandation autre que de dire, sans disserter philosophiquement sur la chose : Bien, on est là, et, tant qu'à l'avoir, essentiellement, balisons-le. Bon, bien, pour nous, au gouvernement, parce qu'on me demande quelles sont mes intentions, moi, je vais faire ma réflexion à partir du point de départ, le point de départ étant à qui ça s'adresse et le point de départ étant évidemment : Dans le cadre budgétaire actuel, est-ce que ce programme-là doit rester tel quel? Alors, c'est sûr que, quand on dit qu'on va réviser des programmes, c'est un programme, ce programme-là doit être révisé.

• (12 heures) •

Le commissaire, lui, abonde dans ce sens-là en disant essentiellement ceci : Le programme, peu importe qu'on soit d'accord avec les deux aspects, qu'il y ait un élément social et qu'il y ait une composante purement médicale, bien, il y a une problématique de coût. Et ça, il s'y adresse de plein fouet. Et il le dit à plusieurs reprises dans ses recommandations, et, Mme la députée, vous y avez fait référence, il y a des éléments qui font en sorte... Et le commissaire, à chacune des recommandations, bien, il aborde la problématique du coût et il le fait avec justesse. Il dit : Voici, là, le programme a pris trop d'ampleur, je ne dirais pas «dérapé», mais, quand on lit le texte du rapport, il y a beaucoup d'exemples qui ne sont pas nominaux, mais d'exemples qui sont suffisamment clairs pour penser que, là, peut-être que ça va trop loin dans telle, telle, telle manière d'offrir le programme. Alors, le commissaire s'adresse à la problématique du coût dans un contexte

que lui considère qu'on ne peut pas revenir en arrière et, quand il s'adresse à la problématique du coût, il met en exergue des éléments, des conditions d'entrée et d'exercice du programme qui sont assez clairs.

Et Mme la députée y a fait référence il y a quelques instants, je ne les représenterai pas... je ne les reprendrai pas un par un, mais, quand on les prend, les recommandations, une par une, et qu'on prend les éléments un par un, on constate que ce sont tous des éléments pour lesquels il pourrait y avoir une, entre guillemets, exagération et pour lesquels il doit y avoir une balise. Et, quand on regarde ces balises-là, ce n'est pas simplement des balises en question du coût du programme, mais ce sont aussi des balises en fonction des effets du programme sur notre système de santé.

Je donne deux ou trois exemples. Mme la députée faisait référence à l'âge d'entrée... à l'âge de sortie... à l'âge maximal d'entrée dans le programme. Alors, le commissaire, par exemple, fait référence qu'une personne ne devrait pas avoir accès à ce programme-là avant 30 ans. Pourquoi? Parce que c'est très rare, l'infertilité médicale avant 30 ans. Il faut avoir eu une vie sexuelle qui soit suffisamment prolongée, là, longue, pour tirer la conclusion qu'il y a un problème d'infertilité, à moins d'avoir un examen qui montre une obstruction des trompes de Fallope.

On fixe un âge maximal, et ça, ce n'est pas anodin. L'âge maximal, on ne le recommande pas de façon formelle, on cite la littérature, on parle de 42 ans. 42 ans, ce n'est pas un chiffre qui est envoyé dans les airs comme ça. C'est parce que, dans la science de la procréation médicalement assistée, on sait que les chances de succès diminuent de façon substantielle, énorme, à partir de 42 ans. Pourquoi pas 43, pourquoi pas 44, pourquoi pas 39? 42 ans est un consensus de la communauté médicale pour dire : À 42 ans, là, on ne donne pas accès au programme. Pourtant, au moment où on se parle, ce n'est pas balisé. Cette balise-là n'existe pas. Et non seulement la balise n'existe pas, mais elle a des conséquences, parce que les chances de succès de la procédure à 43, à 45, à 49 sont plus faibles, mais les risques pour la mère sont plus grands. On n'en parle jamais, le commissaire a eu le bon sens d'en parler. On ne parle jamais de la mère, là, quand on parle de risques pour la mère, quand on parle du programme. On parle de la joie d'être parent, je le comprends, mais on ne parle pas d'une chose qui est tout aussi importante pour un système de santé, qui est de ne pas faire prendre de risque indu à la mère. L'enfant, plus l'âge est élevé, plus il y a un risque de prématurité, plus il y a un risque de complications, et ainsi de suite.

Alors, ce sont des éléments que le Commissaire à la santé et au bien-être a mis sur papier. C'en est deux, il y en a d'autres qui ont été évoqués par le commissaire à la santé, et c'est le genre de chose auxquelles on doit s'adresser. Alors, quand on regarde... ou quand on me pose comme question très légitime, et c'est une question qui est incontournable : Bien, qu'est-ce qu'on va faire avec le programme? Bien, la première chose qu'on va faire, c'est qu'on va réfléchir et d'abord prendre acte du rapport du commissaire. Le commissaire, après avoir établi l'état des lieux pour ce à quoi s'adresse actuellement la science de la procréation médicalement assistée, s'adresse à une série d'éléments, comme ceux auxquels je viens de faire référence, qui sont eux-mêmes, chacun de ces éléments-là, des balises. Devons-nous, par exemple, toujours payer trois cycles? Devons-nous, par exemple, offrir le service à quelqu'un qui a déjà eu un enfant? Toutes des questions qui ne sont pas banales, mais qui n'ont jamais fait partie de la réflexion, au moment où ça a parti, pour toutes sortes de raisons. Mais aujourd'hui on est rendus à l'heure où on n'a pas le choix de s'adresser à la chose, et la réflexion doit se faire.

Une chose que je peux dire aujourd'hui de façon formelle, c'est que, nonobstant l'avenir du programme, les éléments qui sont mis en exergue par le Commissaire à la santé et au bien-être sont tous les éléments des... et les éléments qui vont faire partie d'une réflexion qui va nous amener à baliser non pas le programme en soi, mais l'activité de procréation médicalement assistée. Pourquoi? Parce qu'il y a le risque de la mère, parce qu'il y a le risque de l'enfant, parce qu'il y a le coût, et ça, à un moment donné, on ne peut faire abstraction de ce fait-là et le regarder. Et je sens que je vais continuer à mon prochain bloc.

Le Président (M. Tanguay) : Ça conclut pile. 20 minutes. Merci, M. le ministre. Alors, je suis maintenant prêt à reconnaître un représentant du deuxième groupe d'opposition et, en ce sens, je crois, le député de La Peltrie pour un bloc de 24 minutes.

M. Caire : Merci, M. le Président. Dans notre précédent échange, le ministre a fait référence à la performance du réseau. J'aimerais donc revenir sur la question des objectifs parce que je pense qu'il est important... si on veut être capables d'évaluer la performance d'un réseau, c'est fondamental d'avoir des objectifs. Je vous donne un exemple très précis, M. le Président. Récemment, on apprenait que les délais d'attente dans les urgences pour les attentes sur civière étaient passés de 17 h 30 min à 16 h 42 min. Le ministre a dit, et je suis entièrement d'accord avec lui : C'est nettement insuffisant. C'est nettement insuffisant, considérant que l'objectif précédent du ministère de la Santé était de réduire cette attente-là à 12 heures. Donc, quand on a un objectif, ça nous permet de mettre les choses en perspective.

Ceci étant dit, j'aimerais savoir de la part du ministre quels sont ses objectifs de réduction d'attente dans les urgences, quels sont ses objectifs de réduction d'attente pour les listes d'attente en chirurgie et quels sont ses objectifs pour la prise en charge par les patients québécois pour un médecin de famille.

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

M. Barrette : O.K. Alors, je réitère, M. le Président... Alors, M. le député de La Peltrie, je suis tout à fait d'accord avec vous, je ne change pas de position. Je suis d'accord avec vous que l'on devrait faire mieux. Je vais même aller un peu plus loin en disant que le travail qui a été fait aujourd'hui dans les urgences par le réseau de santé du Québec est un travail qui est très significatif et remarquable à bien des égards.

Quand on regarde les statistiques, on voit qu'il y a des hôpitaux qui ont vraiment, vraiment, vraiment fait des efforts qui ont donné des résultats substantiels. On voit aussi qu'il y a des hôpitaux où il y a encore du travail à faire. Mais, sans minimiser le travail qui a été fait, et c'est... loin de moi l'idée de minimiser le travail qui a été fait, il devait être

fait. Comme toujours dans ce genre de situation là, on arrive à un moment où on a fait une grande partie du travail, mais que là où on voudrait aller, bien, ça soit peut-être le plus difficile à être fait. Ça, ça demande d'autres approches, et je pense que, pour ce qui est des urgences, c'est là où on est rendus.

Les objectifs, pour ce qui est de la clientèle ambulatoire — et, comme vous le savez, on en a parlé récemment dans les médias, et ça venait de mon ministère — les objectifs pour l'attente, lorsqu'on est ambulatoire, est de quatre heures et cet objectif-là demeure. Est-il possible d'avoir un objectif que d'aucuns qualifieraient de plus raisonnable, par exemple de deux heures? Moi, j'ai des amis, là, qui habitent aux États-Unis, là, J'ai un de mes amis qui habite au Texas puis il s'amuse, sur le iPhone, de m'envoyer régulièrement, en passant devant l'urgence de leurs petits hôpitaux, là, les délais. Ils l'affichent, eux autres. C'est 10 minutes, deux minutes, cinq minutes. On n'est pas là, là, puis je ne pense pas qu'on va être là dans un premier mandat.

• (12 h 10) •

Mais est-il possible d'améliorer ce délai-là pour le patient ambulatoire? La réponse, c'est oui, mais pas à l'urgence. Contrairement à ce que la députée de Taillon nous évoquait tantôt, ce n'est pas vrai, là, que l'hôpital va être la solution, qu'en optimisant nos ressources hospitalières à l'extrême on va réussir, dans la capacité actuelle de notre réseau hospitalier, à donner un délai d'attente de deux heures dans nos urgences. C'est démesuré, ça. Ça n'arrivera pas dans un premier mandat. Est-il possible, pour le citoyen qui nous écoute actuellement et qui va nous lire demain dans les journaux, d'aspirer à un délai qui soit plus raisonnable dans le réseau de la santé? La réponse est oui, et c'est là-dessus qu'on va travailler. Et, quand le délai d'attente dans le réseau va être inférieur, parce que l'accès est rendu disponible dans nos GMF, dans nos supercliniques, quoi qu'en dise la députée de Taillon, dont je comprends la critique, bien, à l'urgence, le patient ambulatoire, qui, de se son propre chef, pensait avoir besoin d'aller à l'urgence, va peut-être se rendre compte qu'il n'attendra pas aussi longtemps.

Sur civière, M. le Président, 12 heures. Délai de chirurgie, on vise à ce que, dans un an, il n'y ait plus personne qui soit en attente de plus de 18 mois, là, parce qu'il y en a encore. Médecine de famille, nous en sommes actuellement — ou, si vous voulez, j'y reviendrai dans un autre bloc — à revoir le cadre de gestion des GMF. Et, ça aussi, ça fait partie du... ça doit passer par le filtre des révisions de programmes, mais, dans la révision que l'on fait, on vise à faire en sorte que les citoyens du Québec, non seulement aient accès à un médecin de famille... c'est-à-dire aient un médecin de famille, mais y aient accès. Mais là, M. le Président, il va falloir me permettre de faire nos analyses, nos réflexions via notre comité de révision de programmes pour ensuite divulguer nos intentions... les intentions, on les sait, mais divulguer les mesures qui vont être mises en place en 2014.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. Donc, je comprends qu'ambulatoire, quatre heures; civière, 12 heures; dans un an, les chirurgies de plus de six mois, on veut les éliminer. Je vais demander un échéancier, maintenant, au ministre. Je le remercie parce que, là, au moins, on a un objectif. On a quelque chose sur quoi travailler, on a un objectif.

Mais délai d'attente, 12 heures sur civière, quatre heures en ambulatoire, c'est quoi, l'échéancier? Dans quel délai peut-on penser que ces cibles-là vont être atteintes? Et, M. le Président, je veux juste ne pas mélanger deux choses. Je comprends que le ministre veut parler des moyens pour obtenir les résultats escomptés, mais commençons par avoir les cibles, les objectifs du ministre, puis, après ça, on discutera des moyens, lui et moi. Donc, le quatre heures et le 12 heures, c'est dans quel échéancier?

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

M. Barrette : Le quatre heures, c'est déjà là actuellement. 12 heures, comme je vous ai dit, ça dépend d'un certain nombre d'éléments. Alors, je vais vous donner l'échéancier le plus raisonnable et le plus atteignable aujourd'hui, qui est le premier mandat.

Alors, moi, je l'ai dit, là, je le répète, là, je ne peux... il n'est pas possible de tout résoudre dans la première année parce que la résolution de ces problèmes-là nécessite la mise en place d'un certain nombre de mesures. Et je comprends que M. le député de La Peltrie voudrait que je fasse une divulgation de tout ce que l'on va faire dans les quatre prochaines années, mais il y a des choses que je ne peux pas divulguer, parce que, d'abord et avant tout, elles n'ont pas été terminées ou légiférées, négociées et ainsi de suite.

Si vous me le permettez, M. le Président, M. le député de La Peltrie, je veux simplement attirer votre attention sur un élément. Actuellement, la proportion des patients qui sont opérés à l'intérieur de six mois est de 93 %. Quand je vous dis que, dans la prochaine année, on veut régler un des problèmes, c'est le problème des plus de 18 mois, pas des plus de six mois. Alors, à 93 %, ce n'est pas un score parfait. C'est un score qui est quand même acceptable, mais vous pourriez me dire avec justesse qu'on pourrait probablement faire mieux. Je vous dirais oui, mais encore faut-il mettre en place des mesures avant.

Un dernier commentaire, M. le Président. Les délais de six mois, ça ne sera jamais 100 % pour une raison simple : c'est que les délais, c'est le constaté, et il y a des gens qui refusent d'être opéré dans les six mois proposés. Alors, je vous donne un exemple. Une personne qui, au mois de juillet, se fait offrir le mois de décembre et qui, en décembre, est en Floride, bon, bien, dans les statistiques, là, cette personne-là ne sera pas opérée dans les six mois parce que cette personne-là a choisi de dépasser son délai. Le citoyen se voit, dans notre système, offrir la possibilité d'être dans les six mois. Certains citoyens, pour des raisons tout à fait légitimes, décident d'y passer outre. Mais ce qui est important pour nous comme réseau, évidemment, c'est d'offrir cette possibilité-là au patient et c'est ce que l'on fait.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Oui. M. le Président, mon objectif ici n'est pas de discuter ou de débattre des objectifs du ministre. Je les prends comme il me les donne, parce qu'effectivement, sur certains aspects, on pourrait avoir des arguments, là, sur la façon de comptabiliser les chiffres, mais ce n'est pas ça, mon objectif. Je prends les objectifs qu'il me donne puis je vais vivre avec ça.

Ce qui m'amène justement, M. le Président, sur les moyens d'atteindre ces objectifs-là, et un des moyens qui a été largement discuté et pour lequel le Parti libéral s'est converti récemment, et ça, je le salue, c'est le financement à l'activité. Le financement à l'activité, M. le Président, comme vous le savez, nécessite certaines conditions préalables, qui sont, entre autres, des systèmes d'information fiables et efficaces. Malheureusement, le DSQ — et là on va parler d'un dossier entièrement libéral, parce que le DSQ, c'est un dossier libéral, là, j'imagine qu'on ne va pas pelletter ça dans la cour du dernier gouvernement — est tout sauf fiable et efficace. Ce que je vois, là, dans le cahier des crédits qu'on a reçu, c'est un déploiement qui est encore très hypothétique et très hasardeux.

Alors, j'aimerais savoir avec le ministre d'abord, d'une part, est-ce qu'il entend compléter le déploiement du DSQ avant de procéder à la transformation du financement du réseau? Et est-ce que sa cible de 2017 pour le financement à l'activité tient toujours la route?

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

M. Barrette : Oui, merci, M. le Président. Pour ce qui est du déploiement du DSQ, ce qui a été annoncé demeure l'objectif. Pour ce qui est du financement à l'activité, oui, la cible de 2017 est maintenue.

J'ajouterai le commentaire supplémentaire suivant. Je suis d'accord avec le député de La Peltrie, c'est vrai que notre système d'information dans le système de santé québécois n'est pas idéal. C'est le moins qu'on puisse dire.

Une voix : ...

M. Barrette : Non, non. Mais c'est... On va dans le même sens. Alors, ce n'est pas idéal.

Maintenant, il faut faire la distinction. Quand on aborde le sujet de financement à l'activité, il faut faire la distinction entre le dossier médical électronique, le Dossier santé Québec, là, comme vous le voulez... Il n'arrête pas de changer de nom, alors on va sûrement en trouver un autre, là. Alors, il faut faire une distinction entre notre collecte de données sur la base de la gestion versus le DSQ. Le DSQ, ou le DME, ou appelez-le comme... ou le DCI, là, peu importe comment on l'appelle, quand on parle de financement à l'activité, le squelette dont il faut disposer dans le futur, par rapport à aujourd'hui, est évidemment une banque d'information qui soit plus précise que ce que l'on a aujourd'hui.

Et, dans le budget, comme vous le voyez, là, à la page A.76, vous voyez, là, des montants qui sont prévus pour modifier ou améliorer — on va dire améliorer, tiens — notre système de comptabilité pour faire en sorte que, dans le Québec, on ait une méthodologie qui soit uniforme. Parce que la gestion à l'activité, c'est bien beau, mais, si on n'est pas capable de se comparer d'une place à l'autre, c'est assez dur. Et actuellement je dirais que c'est un peu ça, la situation, non seulement qu'on ait un système de comptabilité uniforme, mais plus précis. Parce qu'actuellement, et ça, je l'ai dit dans une vie antérieure — c'est dommage que vous ne me citiez pas là-dessus, mais... parce que j'ai beaucoup de citations que je peux utiliser, de moi-même, là — j'ai dit à plusieurs reprises qu'il n'était pas possible au gouvernement du Québec d'établir de façon précise le coût d'un épisode de soins, et c'est le cas encore aujourd'hui.

Alors, avant d'aller plus loin dans le financement à l'activité, pour lequel on peut mettre en place un cadre, dire : Voici comment on va mesurer puis voici ce qu'on a à mesurer, bien il faut quand même mettre avant en place des moyens de mesure qui, actuellement, font en partie défaut. Maintenant, quand on parle du DSQ, puis du DME, puis tout ça, là, bien, ça, c'est plus un volet qui était important dans le financement à l'activité parce qu'il nous permettait d'avoir le contrôle de qualité. Et là, comme vous le savez avec moi puisque vous avez un passé informatique élaboré, notre DME, ce n'est pas sa force, là, de pouvoir faire des analyses profondes de la qualité des soins.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. M. le député de La Peltrie.

• (12 h 20) •

M. Caire : Oui, M. le Président. Effectivement, je vois, dans les cahiers de crédits, qu'on prévoit en décembre 2014, au niveau de ce qui est du volet pharmaceutique, là, un déploiement de l'ensemble du système. Il y a une autre... ce qui est déjà, on s'entend, là, extrêmement ambitieux, là. Puis, encore là, je ne veux pas discuter des objectifs. Je vous avoue que moi, je suis extrêmement sceptique, là. On va faire, dans la prochaine année, ce qu'on n'a pas réussi à faire dans les sept dernières années. Mais, bon, je ne veux pas débattre des objectifs.

Ceci étant dit, il y a un autre problème, puis le ministre l'a adressé en partie dans sa réponse, au niveau des systèmes comptables puis au niveau des systèmes d'information en général, une espèce de plaie dans le réseau de la santé, où chaque établissement a développé son système d'information maison. Il n'y a aucune interopérabilité entre les systèmes. Et là le ministre, dans le fond, ce qu'il nous dit, c'est quoi? Il va imposer un système? Il va imposer un déploiement? Comment il va faire? Parce que les établissements n'ont pas attendu la permission du ministère, puis c'est vrai dans la comptabilité, c'est vrai dans la gestion du cancer, c'est vrai dans la gestion du médicament, c'est vrai dans un paquet de départements où il y a eu des systèmes maison — puis je pense que le sous-ministre en titre est bien placé pour le savoir — qui se sont développés à l'interne, qui ne peuvent pas travailler ensemble, qui ne peuvent pas travailler avec le DSQ. Donc là, il y a... excusez l'expression, là, mais c'est un peu le bordel au niveau informatique et c'est une condition sine qua non à la transformation, au financement à l'activité.

Donc, est-ce que le ministre va imposer un déploiement? Est-ce qu'il va imposer un système? Comment il va faire pour faire le ménage dans ce grave problème qu'on a dans nos établissements?

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

M. Barrette : Merci, M. le Président. Il est possible que j'aie mal compris la portée de la question. J'invite le député de La Peltrie de m'arrêter si j'ai mal compris la portée de la question.

Alors, ce que l'on vise, évidemment, dans la restructuration, la performance, la réorganisation, le financement à l'activité, tout ça est lié d'une certaine manière. Il y a un dénominateur commun, évidemment, qui est, on va l'appeler comme ça, là, la comptabilité. Bon. La comptabilité, là, je vous l'ai dit tantôt, ça, à partir de maintenant et sur les trois prochaines années, on dévolue des sommes d'argent pour faire en sorte qu'on soit uniforme.

Maintenant, quand vous faites référence à la problématique des DME, par exemple, là, qui ne sont pas interopérables les uns avec les autres, et que vous faites le lien avec ça sur, par exemple, le financement à l'activité et la bonne gestion, je ne suis pas sûr, là, que le lien peut se faire, à moins que j'aie mal compris la portée de votre question, parce que...

Une voix : ...

M. Barrette : Non, non, mais je vais juste vous donner mon bout de réponse puis, si vous le voulez, je vais la redonner, là, puis je vais vous donner le bout que je pense avoir compris ou saisi, puis je répondrai avec plaisir.

Alors, les dossiers médicaux cliniques, la note du médecin, c'est vrai que toutes les compagnies ne sont pas interopérables et c'est vrai que le gouvernement ne peut pas vraiment aller interroger tout le monde. C'est vrai qu'on va peut-être pouvoir interroger certains hôpitaux, mais pas tout le monde. C'est vrai qu'il y a une difficulté là. Et, si la question est : Est-ce qu'aujourd'hui je vais imposer un dossier uniforme?, je ne suis pas en mesure de le faire parce qu'il faudrait d'abord que je décide le dossier uniforme, et on n'est pas rendus là.

Les dossiers médicaux électroniques ont été déployés sur la base de normes édictées par le ministère pour faire en sorte que... Et c'est là qu'est mon point où je veux en venir, puis peut-être que ça va répondre à votre question ou non, puis là je reprendrai. Et ça, ce dossier-là, lui, il va parler à un dépôt central de données. C'est là qu'est l'interopérabilité. Ce qui fait que a n'est pas nécessairement interopérable avec b, mais a et b sont interopérables avec c, qui est le dépôt central de toute la donnée. Et c étant, à ce moment-là, lié aux patients, à l'épisode de soins, par la comptabilité, on va pouvoir croiser des données.

Il y a une donnée qu'on ne pourra pas croiser, et ça, vous avez raison, je ne peux pas la résoudre aujourd'hui, la donnée que je ne peux pas croiser, c'est la donnée clinique. Est-ce que la tension artérielle de monsieur X, après six mois de traitements, est passée de 240 sur 120 à 90 sur 60? Cette donnée-là, là, qui est un indicateur de bonnes pratiques, de ceci et de cela, je ne l'ai pas. Je ne l'aurai pas, là, dans un premier temps. Aujourd'hui, je ne l'ai pas. Par contre, tout le reste : Est-ce que le patient va avoir pris ses médicaments? Est-ce que le patient aura une prescription? Est-ce que le patient a eu un examen d'échographie pour voir la grosseur de ses reins?, et ainsi de suite, là, toutes des choses qu'on regarde en clinique, ça, on va l'avoir, et ça, ça va être dans le dépôt central. Et ça, la date de déploiement final de ça est 2016. La pharmacie, par exemple, là, on est, en date du 6 juin, à 71 % du médicament de déployé; on est à 48 % pour les laboratoires et à 59 % pour l'imagerie. Puis là je vous encourage parce que l'imagerie, là, au Québec, c'est juste une question de dépôt. C'est juste pas complètement déployé en termes de connexion, là, parce que 100 % du Québec est numérique. Actuellement, on peut alimenter un dépôt, là, si le dépôt était prêt — il va l'être en 2016 — à 100 %, c'est déjà fait. C'est presque ça aussi en pharmacie, et ainsi de suite.

Alors, à votre question, si je l'ai bien comprise, il y a des choses qu'on ne peut pas faire, mais, dans l'esprit que vous, et moi, et le Parti québécois exprimons aujourd'hui en termes d'efficacité, de finalité de bien gérer le système, on va avoir, dans les deux prochaines années, plus d'outils, avec ce que l'on fait, qu'on avait avant.

Je prends l'exemple de la comptabilité, que je suis sûr que vous est très cher parce que vous avez été, vous, en affaires, dans le passé, puis vous savez qu'à un moment donné il y a un «bottom line», là. Bien, dans le système, il va y en avoir un, dans le futur, un «bottom line». Actuellement, là, il est un peu flou. Il va l'être moins au fur et à mesure qu'on va mettre en place ces systèmes-là. C'est dans ce contexte-là qu'on va arriver à développer une plus grande efficacité et une meilleure organisation des soins.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Pour un peu moins de cinq minutes, M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Oui, merci. Merci, M. le Président. En fait, le ministre répond partiellement à ma question, puis, pour le reste, en fait, je comprends puis je ne suis pas sûr que lui-même a la réponse, à savoir qu'un croisement entre les données financières puis les données cliniques va être fondamental pour avoir un déploiement efficace et optimal. Donc, il y a une partie des données cliniques puis il y a des croisements cliniques qu'il ne peut pas faire actuellement et pour lesquels je comprends qu'il n'a pas encore de solution à nous proposer.

Et, au niveau des informations financières — puis là je reprends les mots du comité Thomson, là — où l'incompatibilité entre les établissements est assez majeure et totale... Puis c'est dans ce sens-là où allait ma question parce que, bon, on se souviendra tous du désastre de GIREs, qui a été l'implantation de systèmes comptables uniformes dans tous les ministères. Ça a donné un des plus grands fiascos informatiques au Québec, on s'entend, les systèmes Oracle.

Maintenant, M. le Président, ma question, c'est... si le ministre veut et doit avoir ces informations financières là, il y a nécessairement un déploiement qui va se faire, où il va y avoir compatibilité entre les systèmes pour aller

chercher une donnée qui est fiable, parce que, s'il veut être capable de croiser ses données financières puis ses données cliniques, ça lui prend des systèmes qui sont fiables. Actuellement, il ne les a pas.

Il y a une cible ambitieuse de mettre en place le financement à l'activité pour 2017, il me dit... et, malgré le fait que le comité Thomson lui dit quatre ans, donc 2018. Mais c'est correct, encore là, je ne suis pas là pour débattre de ses objectifs. Mais, sans la prémisse de base, qui sont des systèmes d'information fiables, ça va être, au bas mot, extrêmement compliqué. Donc, comment va-t-il procéder pour mettre en place des systèmes d'information qui sont nécessaires à cette transformation-là? Et est-ce qu'il a les moyens et les ressources suffisantes pour y arriver? C'est majeur, là, la... La question, elle est majeure.

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

M. Barrette : M. le Président, je dirais que je pensais avoir répondu à la question qui m'a été posée, puis, encore là, il y a peut-être un problème de compréhension, là.

Alors, pour ce qui est de la comptabilité, le ministère de la Santé a déjà entrepris des démarches, et, dans le budget, il y a des sommes qui sont dévolues pour, on va le dire comme ça, là, ce n'est peut-être pas le bon terme, mais remanier, refondre, actualiser, refaire — on choisira le bon terme, là — notre système d'information en termes comptables de façon à ce qu'on ait un système d'information à la fois plus uniforme et à la fois plus précis pour tous les établissements.

Et ça, ce n'est pas le ministère de la Santé seul qui le fait, on le fait de façon conjointe avec le ministère des Finances, parce qu'à un moment donné les finances doivent pouvoir, eux aussi, avoir une lecture adéquate de ce qui se passe en santé. Alors, ça, on est en collaboration l'un avec l'autre dans cette optique-là.

On se donne deux à trois ans pour déployer ça de façon... et vous allez être d'accord avec moi, sûrement, M. le Président, vous aussi, là, je m'excuse de ne pas m'adresser à vous, là. Vous allez sûrement être d'accord, et le député de La Peltrie aussi, pour dire que c'est un sine qua non à une saine gestion du réseau. Alors, quand le député de La Peltrie dit que je n'ai pas de solution, au contraire, je l'avais dit, je le redis, je dis : Un, c'est une condition sine qua non, et, deux, il y a des budgets qui sont dévolus à ça dans le budget, et, trois, l'exercice va se faire de concert avec les finances.

Maintenant, pour ce qui est de la gestion par activités, la connexion entre la donnée financière et la donnée clinique va exister par le dépôt qui va être là en 2016. Maintenant, et là je souscris au commentaire du député de La Peltrie, est-ce que la profondeur de la donnée clinique, en termes de suivi — et là je vais faire une parenthèse — est suffisamment profonde? Pas à mon goût aujourd'hui. Est-ce qu'elle est suffisante pour faire de la gestion à l'activité? La réponse est oui. Parce que, quand on fait de la gestion à l'activité, la première chose qu'on doit savoir — c'est hiérarchique, là — c'est le coût de l'activité elle-même. Ça, on va pouvoir le faire. Maintenant, il y a une couche supplémentaire, dans un monde idéal, et c'est ce que le rapport dit, bien là, on doit intégrer là-dedans la qualité de l'acte, la satisfaction du citoyen, et ainsi de suite.

Que le député de La Peltrie nous reproche de ne pas être parfaits dans notre début de financement à l'activité, j'accepte la critique. Par contre, il va certainement être d'accord avec moi pour conclure qu'il faut bien commencer en quelque part avant d'aller plus loin. Le plus loin demande...

• (12 h 30) •

Le Président (M. Tanguay) : En conclusion.

M. Barrette : ...une profondeur plus grande dans l'analyse des données cliniques qui va être faisable pour une partie...

Le Président (M. Tanguay) : Merci.

M. Barrette : Non, je...

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le ministre. Vous aurez peut-être l'occasion... dans la réponse que vous offrirez maintenant à la députée de Crémazie, qui débute le dernier bloc pour la banquette ministérielle, un bloc de 20 minutes. Alors, la parole est à la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : En fait, je vous propose qu'on continue sur le dossier de la procréation médicale assistée. Est-ce que vous aviez besoin... Il restait des éléments de précision, dans le fond, à apporter sur différentes données. Est-ce que vous aviez besoin que je réitère les précisions? Non? Ça va? D'accord.

M. Barrette : Mais je vais quand même finir ma réponse pour ce qui est du balisage. Alors donc, là où j'en étais, j'en étais à conclure que, dans la réflexion qu'on allait faire, on allait obligatoirement — obligatoirement — inclure les recommandations du Commissaire à la santé et au bien-être de par les éléments qui sont contenus dans la recommandation. Quand on regarde le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, les recommandations font référence à tel élément, tel élément, tel élément, qui, en soi, sont tous des éléments de balise.

Et, en soi aussi, le Commissaire à la santé et au bien-être a fait un excellent travail parce que, lorsqu'il parle des éléments, à mon sens à moi, là, il s'est vraiment adressé aux problématiques sous-jacentes. Alors, je prenais l'exemple de l'âge, on peut en prendre d'autres. C'est vrai, là, qu'il y a des problèmes, là, à la fois philosophiques, à la fois organisationnels, à la fois de coûts, qui méritent qu'on les mette dans un système de balises qui, comme je le disais en conclusion précédemment, sont des éléments qui vont faire en sorte qu'on va baliser l'activité de procréation médicalement assistée et non simplement le programme.

Et là je me permets de revenir à nos intentions. Nos intentions sont de cet ordre-là. Alors, de cet ordre-là, pourquoi? Parce que, un, on doit décider de la portée qu'il va rester de ce programme-là, et ça, ça va passer dans le comité de révision de programmes. Jusqu'où on va aller? C'est le comité de révision de programmes qui va débattre, et on va conclure, et on aura à présenter les faits qui sont là. Et évidemment les faits et recommandations que je présenterai au comité de révision de programmes seront calqués sur le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, à l'exception de sa prémisse initiale, qui, elle, appartient au gouvernement, qui est : Jusqu'où on va, là? Est-ce que c'est vrai qu'on doit faire et... Est-ce qu'on doit avoir une attitude : C'est déjà là, on ne peut pas reculer? Ça, je pense que la population s'attend à ce qu'on prenne des décisions difficiles, ça en sera une, et on verra ce que l'on conclura.

Maintenant, après avoir dit ça, après avoir fait cette révision de programmes là, bien, les balises vont être mises en place. Les balises qui vont être mises en place visent deux choses : elles visent un contrôle de coûts et elles visent évidemment un contrôle, comment dirais-je... les impacts sur et la société et les individus. Alors, je fais référence à un ou deux éléments ici. Je fais référence, par exemple, à la prématurité. Quand le programme a été mis en place, on visait à réduire de façon substantielle la prématurité issue de la procréation médicalement assistée. Ça a marché. C'est sûr que ça marche, mais on n'avait pas besoin d'un programme pour faire ça. Il aurait été... on aurait eu exactement le même objectif et mieux, même, si, comme gouvernement à l'époque, on avait décidé de réglementer le nombre d'implants à partir de tel âge. On aurait pu arriver puis dire : C'est interdit par la loi de faire plus que deux implantations... une implantation de deux embryons. Par exemple, on aurait pu dire : Voici, législativement, on interdit l'implantation de plus d'un embryon. On n'aurait plus eu de prématurité, là, basée sur les grossesses multiples induites par l'implantation de plus de six, sept... cinq, six, sept embryons.

Le Commissaire à la santé et au bien-être l'a très bien dit dans son rapport : il a dit que de telles implantations multiples étaient dues à des raisons commerciales. Les gens payant des montants substantiels, quand on est rendus à la deuxième ou la troisième fois, bien là il y a une relation médecin-client, dans ce temps-là... dans ce cas-là qui fait en sorte qu'il dit : Regarde, ça fait... ça a coûté cher, là, je veux avoir plus de chances, on en implante sept, il en reste trois. Bon. Ça, ça a causé les problèmes que l'on a connus. Maintenant, l'effet induit de ça, qui était les grossesses multiples et la prématurité, bien, ça induisait sur le système de santé des coûts qui étaient très, très, très importants, qui n'ont pas été réduits parce que, si on a contrôlé le nombre d'implants d'un bord, bien, on a augmenté le volume de l'autre bord, ce qui fait que, les proportions étant ce qu'elles sont, bien, le nombre total — et c'est clairement démontré dans le rapport — bien, au bout de la ligne, on se retrouve avec autant, sinon plus de prématurités qu'avant.

Et la prématurité, j'insiste là-dessus, c'est une balise. On oublie ça parce qu'on ne prend que l'angle du bonheur d'avoir un enfant quand ça va bien, oui, mais il y a le malheur d'avoir un enfant quand ça va mal. Et ça, bien, la prématurité, ce n'est pas évident pour l'enfant; la grossesse à un mauvais âge, ce n'est pas évident pour la mère; et la grossesse multiple, pour la mère, ce n'est pas évident non plus. En médecine, une grossesse multiple, peu importe l'âge, à 23 ans, là, on appelle ça une grossesse à risque élevé. Une grossesse à risque élevé, ça dit ce que ça dit en français, là, il y a un risque, il y a un risque pour l'enfant, il y a un risque pour la mère, et il y a des risques sérieux, là. Il y a des gens qui ont des conséquences dramatiques dans une grossesse à risque élevé. Et un système de santé, par définition, n'est pas là, par définition, pour faire prendre des risques à la mère et à l'enfant; on est là pour gérer les risques en toutes circonstances. Alors ça, ça veut dire qu'au bout de la ligne il doit y avoir des balises. Et, quand on regarde les effets sur le système, plus les effets sur l'enfant et la mère, qui sont toujours occultés, sauf dans le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, bien, on voit que, là, il y a des impacts qui sont significatifs.

Alors, il y a toutes sortes de statistiques qu'on doit prendre en considération, par exemple le taux de césarienne et la durée de séjour. C'est 22 % de césariennes sur des grossesses spontanées et 37 % en procréation assistée, par exemple. Une césarienne, ce n'est pas un acte anodin. On pourrait avoir un paquet de monde ici, dans la salle, qui ont une expérience là-dedans, là, puis ils vous diraient que ce n'est pas anodin. Quand on regarde la durée de séjour, les hospitalisations sont plus longues, statistiquement, pour les enfants issus de procréation assistée. Les hospitalisations sont plus longues parce que la condition clinique est plus lourde. Et là on peut le regarder froidement, mais, quand on prend en considération l'enfant qui est là, bien, cette hospitalisation, si elle est plus lourde puis elle est plus... parce que c'est plus lourd, bien, c'est parce que, cliniquement, ce n'est pas parfait. Alors, c'est notre rôle de mettre en place des balises pour faire en sorte qu'on diminue le risque pour ces gens-là.

Quand on regarde des soins en néonatal, quand on regarde les deux populations, qui sont celles des enfants qui sont issus de conception dite spontanée, là, qui n'ont pas recours à la procréation, c'est de 5 % d'hospitalisation pour les conceptions spontanées, mais près de 17 % pour la PMA. Alors, quand on regarde les coûts globaux, bien, là aussi, les coûts sont au moins 6 % supérieurs à une grossesse dite spontanée. Et, quand on regarde les coûts moyens d'hospitalisation des soins issus de la procréation assistée, bien, c'est 42 %... je m'excuse, ça a augmenté de 42 %, comparativement à 18 % pour les enfants de conception spontanée au fil des années. En 2009-2010, on était à 19 millions et, en 2011-2012, à 28 millions pour la procréation assistée, et 14 versus 17 pour la conception spontanée.

• (12 h 40) •

Alors, qu'on le regarde du côté éthique, du côté philosophique, du côté du coût, du côté du risque, bien, force est de constater que le Commissaire à la santé et au bien-être a raison et qu'il nous invite à mettre en place des balises. Maintenant, des balises dans un cadre qui reste à être déterminé. Mais, peu importe le cadre, bien, l'accès au programme médicalement assisté public ne peut pas aller autrement que vers le bas parce que toutes les balises, quand on prend le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, amènent, par balise, une réduction de x pourcentage de volume d'accès. Toutes les balises. Alors, quand on fait la sommation de toutes ces balises-là, évidemment que, par rapport à aujourd'hui, il y aurait une diminution de l'accès. Maintenant, est-ce que cette diminution-là sera plus grande? Est-ce qu'elle sera limitée à un groupe, pas un autre, et ainsi de suite? Bien, c'est l'exercice de révision de programmes qui nous permettra de conclure,

mais force est de constater et d'admettre qu'il y a lieu aujourd'hui de mettre des balises beaucoup plus serrées, ne serait-ce, et d'abord et avant tout, que pour des raisons cliniques, d'où la raison que je réitère : Ces balises-là ne doivent pas être mises en place simplement pour des raisons de coûts, mais d'abord et avant tout pour des raisons cliniques, et c'est l'activité publique et, dans le cas ici, privée — parce qu'on parle vraiment de privé — qui doivent être... auxquelles on doit s'adresser, parce qu'ici c'est un vrai privé, là. Le privé, privé, quand bien même c'est le patient, la patiente qui paie, bien, il doit y avoir des balises quand même pour les raisons que je viens d'invoquer dans ma longue réponse.

Le Président (M. Habel) : Merci, M. le ministre de la Santé. Avez-vous une autre question, Mme la députée de Crémazie?

Mme Montpetit : Non. Très complète réponse, donc je céderais la parole à mes collègues, qui peuvent enchaîner.

Le Président (M. Habel) : M. le député de Maskinongé, c'est à vous.

M. Plante : Merci beaucoup, M. le Président. Donc, écoutez, chers collègues, je vais m'attarder à un dossier particulier, dont je suis certain que le ministre connaît bien, qui est le dossier de l'hôpital de Verdun.

Donc, on sait très bien que l'hôpital de Verdun dessert une grande partie de la population montréalaise, soit tout le sud-ouest de Montréal. De plus, beaucoup de personnes âgées, des jeunes enfants et des personnes en situation vulnérable fréquentent cet hôpital. En campagne électorale, notre formation politique s'est engagée à rénover et à agrandir l'hôpital, et Dieu sait que la population le demande beaucoup et ardemment, dû à la vétusté des installations. Donc, ces dernières années, la demande de soins a connu une progression très rapide, mais l'hôpital de Verdun reste limité dans sa capacité d'y répondre parce qu'il manque d'espace.

Ma question sera simple au ministre : Avez-vous des bonnes nouvelles pour les gens du sud-ouest de Montréal, M. le ministre? Merci, M. le Président.

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

M. Barrette : M. le ministre... M. le député de Maskinongé, oui, j'ai une bonne nouvelle parce qu'effectivement nous avons l'intention d'aller de l'avant avec le projet de rénovation de l'hôpital de Verdun. Alors, vous me permettez de faire une... de mettre les choses en contexte, parce que je pense que c'est ce qui est important.

M. le Président, dans les dossiers que j'aurai à traiter dans le prochain mandat... dans le mandat actuel, dans les quatre prochaines années, celui des infrastructures va probablement être le plus difficile parce que c'est celui-là qui va demander le plus d'arbitrage, les plus objectifs possible, et Verdun est un bon exemple. On sait que le gouvernement... notre gouvernement a décidé d'appliquer la loi pour ce qui est des infrastructures et qu'on va fonctionner d'une façon très rigoureuse dans l'établissement des plans... du Plan québécois d'infrastructures, donc, dans notre cas, le plan 2014-2024, qui va être suivi, là — parce que, des fois, ce n'est pas bien compris par la population — d'un PQI 2015-2025, suivi d'un 2016-2026, et ainsi de suite, ce qui signifie qu'à chaque année de nouveaux projets viennent garnir le PQI en question.

La façon dont le PQI fonctionne — ça aussi, c'est pour des raisons de mise en contexte et de compréhension pour le public qui nous écoute — quand on met un projet au PQI, on considère qu'il est raisonnable, avec les prévisions économiques qui sont en place, d'avoir l'assurance de l'exécution des projets qui sont au PQI. Maintenant, l'ordonnement, l'ordre dans lequel les projets vont se faire, bien, ça, ça va se faire en fonction des critères qui sont, en soi, simples, mais qui sont parfois difficiles puis un peu brise-coeur, là, parce que, quand on regarde le premier critère qu'on doit prendre en considération, qui est celui de la vétusté, bien, la vétusté... il y en a pas mal, d'hôpitaux, qui sont vétustes, au Québec, il y a pas mal de CHSLD qui sont vétustes au Québec, il y a pas mal de CLSC puis de centres jeunesse qui sont vétustes au Québec, et à un moment donné il faut faire des choix.

J'en ai fait un récemment, et même les gens du milieu en question admettaient, dans leurs discussions internes, que c'est vrai, la vétusté qui sévit à Sherbrooke n'est pas la même que celle qui sévit... pas dans tous, mais dans certains centres hospitaliers, entre autres de la région de Montréal. Et c'est dans ce contexte-là que l'hôpital de Verdun, le projet de Verdun est en place. Quiconque a mis les pieds à l'hôpital de Verdun sait, d'abord, quel âge l'hôpital a et puis quelle est la vétusté de l'hôpital. Alors, on se retrouve avec des décisions qui sont difficiles, puis je le redis, là : De toutes les décisions que je vais prendre, les plus difficiles vont être celles du PQI parce que tout le monde a raison de dire que je suis aussi vétuste que l'autre à côté, puis c'est vrai. Mais à un moment donné il faut faire des choix, et, sur la période qui s'annonce devant nous autres, bien, si on fonctionne de façon toujours aussi rigoureuse, bien, la vétusté va finir par se résorber.

Et le parc d'équipement immobilier, M. le Président, du Québec est un mégaproblème qui vient renchériser la problématique, remettre le focus sur la problématique des déficits budgétaires qui ont été annoncés par le précédent gouvernement, parce que, si on avait continué dans cette ligne-là, on n'aurait rien pu faire en termes de mise à niveau de nos hôpitaux, dont une grande partie, M. le Président, ont été construits dans les années 50. Un hôpital, là... il n'y a pas un bâtiment, là, de quelque nature que ce soit, ou presque, qui est fait pour continuer à donner des services à la hauteur voulue, de façon contemporaine, avec une structure et une organisation qui est celle des années 50. Ce n'est pas possible, là.

Alors, c'est dans ce contexte-là qu'à Verdun on a mis en place... on a mis au PQI le projet qui, essentiellement, vise non... et là j'insiste, là, c'est de la rénovation, là, mais, dans la rénovation, des fois, il faut défaire un peu et faire un peu. Alors, il y a de la rénovation, mais il y a aussi la construction d'une nouvelle aile d'hospitalisation de cinq étages du côté du fleuve, où on y aura, pour un hôpital... Vous savez, au Québec, là, au moment où on se parle, il y a deux hôpitaux

qui ont des chambres uniques, là, bien, c'est le CHUM puis le CUSM, là. On va avoir un hôpital de plus, qui va être l'hôpital de Verdun, pour quelques chambres. Et là il y a plein de rénovations qui doivent être faites pour des raisons fonctionnelles : un débarcadère, certains services de soutien qui doivent être réorganisés, mais qui sont vitaux pour l'organisation de l'hôpital, un pavillon ambulatoire.

On parle de l'accès... on a parlé tantôt, là, pendant plusieurs minutes, de l'accès aux soins. L'accès aux soins, par exemple, en utilisant bien les ressources, dans un endroit comme Verdun, c'est d'avoir un espace ambulatoire, parce qu'on sait qu'on peut traiter des gens à l'extérieur, ça coûte moins cher que de les hospitaliser. C'est par là que la médecine s'en va. Et même je vous dis que, bientôt, là, on fera de l'hospitalisation à domicile avec des infirmières praticiennes. C'est vers ça qu'on s'en va, mais ça, ça prend un certain temps. Ça prend un certain temps et ça nous demande à prendre des décisions, puis les décisions doivent être prises en fonction du futur. C'est ce qu'on fait à Verdun, là. On met des chambres à un lit, on met de l'ambulatoire dans un minicentre ambulatoire, on réorganise ce qui est névralgique dans un hôpital. C'est bête à dire, là, mais un débarcadère pour faire rentrer les fournitures médicales, là, bien, il faut que ça soit intégré dans un hôpital. Ça ne peut pas être en connexion tout ouverte, là, et ainsi de suite, avec un hôpital.

On est, là, dans le fondamental immobilier, et, ce que je décris pour Verdun, là, je pourrais le décrire pour Maisonnette-Rosemont, pour Santa Cabrini, je peux le décrire pour des hôpitaux en Mauricie, je peux le décrire pour partout au Québec. C'est ce à quoi on fait face, et il y a des décisions qui sont difficiles. La bonne nouvelle, c'est qu'on commence en quelque part puis avec des raisons qui sont apolitiques : la vétusté, le premier critère; le deuxième critère, c'est la capacité. La capacité, c'est parce que — on en a parlé tantôt, là — il y a des places où il en manque, de la capacité. On critique les supercliniques? O.K., mais c'est de la capacité, ça, des supercliniques, puis la capacité, c'est un problème, là. Et je vais prendre un exemple, si vous me le permettez, M. le député de Maskinongé, d'aborder un autre sujet, bien, dans la même catégorie : Vaudreuil, Vaudreuil. Alors, moi, quand j'ai pris la décision de faire Sacré-Coeur, qui est beaucoup plus vétuste que ce qu'il y a à Sherbrooke, on m'a critiqué aussi pour avoir mis Vaudreuil. Bien là, là, il faut se promener en auto dans la région de Montréal une fois de temps en temps, là, pour constater où est la population. La population, elle est là, comme elle est au nord, comme elle est au sud. La population de l'île de Montréal n'est pas en grande croissance. La population est en quelque part dans le 450, et Vaudreuil, compte tenu de la population qui est là... Et regardons Vaudreuil, là, faisons de la géographie pendant un instant, là : Vaudreuil, Beauharnois, Châteauguay, Candiac, La Prairie, Brossard, Chambly, nouveau comté, Longueuil...

Une voix : ...

• (12 h 50) •

M. Barrette : Hein? Le grand Longueuil... Woups! Là, on arrive à Charles-Le Moyne. Bien là, là-dedans, là, je pense qu'il pourrait y avoir un hôpital là. Il y en a deux, ils sont petits puis ils sont surchargés. Il y a Suroît et il y a Jardins-Roussillon. Alors, la population, quand on va vers l'ouest, il n'y en a plus. Alors, on est rendu au point où les gens de cette région-là vont se faire traiter à l'extérieur du Québec, dans le Canada, à Hawkesbury. Alors, à un moment donné, là, il faut prendre des décisions. On veut que les soins soient des soins de proximité, que les patients aient accès aux soins et on veut qu'il y ait ça près de chez eux. Alors, il y a un problème de capacité, il y a un problème de proximité.

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

M. Barrette : En conclusion, bien, les décisions qu'on prend sont des décisions qui sont apolitiques, qui sont basées sur la raison, et qui sont extrêmement difficiles, et qui vont, par définition, insatisfaire quelqu'un, mais, au bout de la ligne, on va s'en sortir et ça va prendre des années, mais aujourd'hui je suis pas mal content de ce qu'on a fait sur le plan des immobilisations.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Merci beaucoup, M. le ministre. Nous en sommes rendus au dernier bloc de 20 minutes, qui est consacré et qui est dévolu à l'opposition officielle. Évidemment, quelques indications d'organisation de nos travaux : nous allons terminer à 13 h 2. Le temps qu'il restera, nous le compléterons... c'est-à-dire que nous allons débiter la séance sur le même sujet demain avec le temps qu'il restera de ce bloc de l'opposition officielle. Alors, sans plus tarder, je cède la parole à la députée de Taillon.

Mme Lamarre : Merci, M. le Président. Donc, quelques commentaires, j'en aurai cinq, mais je vais bien les identifier. Le premier, je suis contente de voir que le ministre apprécie le travail du Commissaire à la santé et au bien-être, parce qu'on a été étonnés de voir, dans le budget, qu'il prévoyait fusionner le CSBE et l'INSPQ. Et, sans entrer dans les détails, c'était quelque chose qui nous questionne beaucoup, puisque le Commissaire à la santé et au bien-être est un organisme qui a dans sa mission d'apprécier les résultats atteints par le système de santé, ce qui est assez unique dans notre système, et il est assez le seul à avoir cette mission-là. Donc, l'INESSS a d'autres fonctions, l'INSPQ aussi, l'AETMIS avait d'autres fonctions, mais l'organisme qui a l'appréciation des résultats atteints par le système de santé, qui a besoin de cette autonomie et qui représente cette autonomie-là, on se questionne sur l'intérêt de le fusionner avec l'INSPQ.

Deuxième élément, je dois réagir au niveau de l'atteinte des cibles pour les GMF, puisque les GMF ont vécu pendant huit ans et demi sous le règne du gouvernement libéral, qui n'a pas mis en application les exigences qui étaient prévues dans les ententes, alors que le Parti québécois, en 18 mois, a fait en sorte que, de 40 % des GMF qui atteignaient leurs cibles d'heures d'ouverture, on est passés à 85 %. Donc, 85 % ont honoré leurs engagements, et ce, seulement en 18 mois, alors que le gouvernement libéral était là depuis huit ans et demi, depuis la création des GMF.

Troisième commentaire, je vous dirais que mon observation finale, c'est qu'à ce moment-ci il semble y avoir une certaine improvisation au niveau des 50 cliniques. M. le ministre, avec tout le respect que je vous dois, il y a seulement

19 municipalités au Québec qui ont plus de 50 000 habitants. Donc, votre «50 cliniques privées», ça ne m'apparaît pas se tenir, en tout cas, en lien avec les ratios de population que vous avez évoqués plus tôt, et je dois constater que ça va être difficile. Pour l'instant, vous ne semblez pas être en mesure de nous dire combien vont coûter ces mégacliniques privées là, et ça, c'est préoccupant, compte tenu de toutes les restrictions budgétaires qu'on impose à tous les autres paliers en santé.

Donc, j'aurais deux questions à vous poser. D'abord, quand les horaires des GMF seront-ils tous respectés, puisque ça semble être une priorité de votre gouvernement? Et, le deuxième élément, vous avez dû prendre connaissance ce matin, en fait, d'un communiqué de la FIIQ, qui se préoccupe beaucoup de l'impact des coupes sur les soins de santé par rapport à nos patients. Moi, je peux vous dire que, comme porte-parole de l'opposition en santé et en accessibilité aux soins, il y a beaucoup d'organisations, la FIIQ et d'autres organismes, qui sont vraiment très préoccupés du fait que les coupes se sont faites vraiment d'une façon très transversale, sans nuance. Vous savez, les patients, ils sont très différents. On a des patients qui ont plusieurs maladies chroniques, on a des patients qui ont des déficits cognitifs, maladie d'Alzheimer, des patients en oncologie, des patients en santé mentale, des patients jeunes qui ont une fracture. On ne peut pas couper également pour tous ces patients-là en imposant des mesures qui sont pareilles pour tout le monde.

Alors, quelles garanties vous donnez aux patients, aux professionnels de la santé, qui se dévouent et qui donnent vraiment tout ce qu'ils peuvent actuellement pour aider les patients, en particulier dans les établissements de santé, que votre exercice ne détériorera pas les soins aux patients? Parce que les patients sont inquiets, ils sont préoccupés. Et, déjà, on peut voir, dans plusieurs illustrations qui apparaissent entre autres dans le communiqué de la FIIQ, des exemples de détérioration potentielle de services aux patients, et ça, c'est préoccupant, M. le ministre.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la députée de Taillon. M. le ministre.

M. Barrette : M. le Président, écoutez, je suis sûr que la députée de Taillon n'a pas l'intention de me faire un procès d'intention, j'en suis convaincu. Tout comme je suis convaincu que la FIIQ et toutes les organisations syndicales représentant tous les employés du réseau de la santé ont à coeur le bon fonctionnement de notre réseau de santé ainsi que la qualité des soins qui y sont desservis. Ce n'est pas... Je ne vois pas comment qu'on peut remettre ça en doute.

Maintenant, je peux comprendre les craintes, je peux comprendre que c'est le jeu normal dans cette période de prénégociation, là. On sait qu'on s'en va en négociation au 31 mars 2015, là. Je peux comprendre qu'on commence à mettre en place un certain discours qui est habituel dans ce genre de circonstances là. L'ayant moi-même déjà fait, je peux comprendre exactement de quoi il en retourne. Mais, ceci dit, il n'en reste pas moins que l'intention du gouvernement est très claire : il n'a jamais été question de couper les services, à moins de revoir des programmes que l'on juge qui ne sont pas utiles ou dont l'utilité est questionnable. Et il n'a jamais été question non plus de faire des coupures sauvages à gauche et à droite. Évidemment qu'on va prendre en considération l'impact que certaines décisions vont prendre sur diverses clientèles. Alors, ça, ça va de soi, et tout bon gouvernement ferait la même chose.

Maintenant, je suis surpris d'entendre la députée de Taillon nous prêter de telles intentions. C'est comme si nous allions arriver, là, et regarder simplement des chiffres et : O.K., on coupe là, on coupe là, on coupe là, sans égard aux conséquences que ça pourrait avoir. Ceci dit — malheureusement, nos collègues de la CAQ sont partis — ceci dit — et la députée de Taillon était d'accord avec eux autres de façon... il y a quelques instants — il y a quand même un effort qui doit être fait en termes de rationalisation. Rationalisation ne veut pas dire coupures de services, rationalisation ne veut pas dire diminution de la qualité, rationalisation veut dire rationalisation. Alors, ça se fait, et c'est un exercice qui a une certaine complexité et pour lequel on va aller de l'avant de façon déterminée parce qu'on n'a pas le choix parce que, si on continuait dans la direction dans laquelle on s'en allait, là on en aurait eu, des coupures de services, là, on en aurait eu, de la baisse de qualité. On aurait fait quoi avec un déficit de 7 milliards, M. le Président?

Alors, moi, là, je reviens sur trois éléments, parce que ce n'est pas la question comme telle, mais, en préambule, ça demande quand même un commentaire. Alors, premièrement, la fusion INSPQ-CSBE-INESSS. Alors, peut-être... et là j'admets, effectivement, que les choses ne sont pas parfaitement claires, là, je le reconnais, Mme la députée. Alors, M. le Président, évidemment, ici, l'objectif n'est pas de fusionner les fonctions, mais de fusionner le dénominateur commun de ce qui est administratif. Ces trois organisations-là ont un champ d'activité qui, entre guillemets, se ressemblent, en ce sens que ce sont des secteurs d'activité où on fait de l'évaluation. Et, quand on dit évaluation, bien, il y a un certain nombre de ressources analytiques que l'on peut mettre en commun pour faire des gains d'efficacité, évidemment. C'est la même chose pour le cléricale, c'est la même chose pour le purement administratif.

Il n'est pas question pour le gouvernement de fusionner la mission de ces trois organisations-là, qui vont garder, en date d'aujourd'hui, leur autonomie propre en termes de finalité. Alors, l'INESSS, on sait ce que ça fait, le CSBE, on sait ce que ça fait, et, l'INSPQ, on sait ce que ça fait. Alors, ces trois missions-là, pour moi, ne sont pas fusionnables en une seule organisation qui va avoir une seule mission qui recouvrerait les trois précédentes. Mais par contre il y a sans doute, à notre avis, à mon avis, la possibilité d'avoir des gains d'efficacité sur le plan administratif, et c'est ce qui est l'objectif recherché à cette étape-ci.

• (13 heures) •

Pour ce qui est des horaires des GMF, les horaires... le plus vite possible. Et, comme je l'ai dit ce matin dans cette période d'étude de crédits, nous en sommes à revoir le cadre de gestion des GMF. Le cadre de gestion des GMF va être revu en fonction de paramètres fondamentaux. Fondamentalement, c'est l'accès, donc, du volume et des heures d'ouverture. Et il y a d'autres éléments, là, mais les premiers, là, sont ceux-là, et ça, ça va se faire en 2014. Je peux vous dire qu'en 2014 il y aura une refonte du cadre de gestion des GMF qui fera en sorte qu'on aura ce pourquoi on signe un contrat. Je ne vais pas plus loin parce que ça, évidemment ce sont des travaux qui sont en cours, mais je pense que ça indique clairement la direction dans laquelle on est.

Pour ce qui est des supercliniques, là, j'ai dit : Un ratio de un pour 50 000, là. Il y a 2 millions de personnes sur l'île de Montréal, là, M. le Président, là, ça fait 40 cliniques, là. Alors, moi, je veux bien qu'il n'y ait pas plus de villes qui aient plus que... de tant, là, mais des supercliniques, je l'ai dit d'une façon non équivoque, là, ça demande une densité de population qui soit suffisante. Il n'y a pas besoin d'une superclinique, M. le Président, à Maria, puis il n'y en aura pas besoin l'année prochaine ni dans 10 ans. Et Maria, je vous le dis, c'est un excellent hôpital — j'y ai pratiqué moi-même — puis c'est des gens très dynamiques, puis c'est une population extraordinaire, qui est très bien servie par le Centre hospitalier de la Baie-des-Chaleurs — magnifique, en passant, belle vue sur la mer. Ceci étant dit, les supercliniques, ce n'est pas fait pour aller à Maria. Maria, là, la superclinique, c'est l'hôpital. Maria, c'est fait pour... pas Maria, mais la superclinique, elle est faite pour une densité de population adéquate, et, mathématiquement, puisqu'on fait des mathématiques, regardez, je peux en mettre 40 à Montréal, je peux en mettre 40 dans la Montérégie, je peux en mettre une quinzaine à Québec, je suis sûr, et ainsi de suite. Je l'ai dit en introduction, M. le Président, le 50 qu'on a mis de l'avant, c'est un 50, c'est un chiffre, c'est un engagement électoral, ça peut finir à 55, à 60, à 70, à 80, on verra, mais il y a un rythme d'implantation qui est celui de la capacité physique de le faire, et on le fera, M. le Président, parce que la population veut avoir accès à des soins en temps opportun, près de chez elle, et ne plus aller à l'urgence, et on l'a compris.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le ministre. Alors, compte tenu de l'heure, je dois interrompre le bloc de l'opposition officielle. Vous aurez le restant du temps non utilisé à la prochaine séance du volet Santé, soit demain, 9 h 30.

Je suspends donc les travaux de la commission jusqu'à ce soir, 19 h 30, où elle entreprendra l'étude du volet Services sociaux des crédits du portefeuille Santé et Services sociaux. Merci.

(Suspension de la séance à 13 h 3)

(Reprise à 19 h 32)

Le Président (M. Tanguay) : ...de prendre place. Merci beaucoup. 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 vouloir éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires.

Services sociaux

La commission est réunie afin de procéder à l'étude du volet Services sociaux des crédits budgétaires du portefeuille Santé et Services sociaux pour l'exercice financier 2013-2014.

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

Le Secrétaire : Non, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Nous allons débiter par les remarques préliminaires puis nous allons procéder à une discussion d'ordre général par blocs d'environ 20 minutes, incluant les questions et les réponses. La mise aux voix des crédits sera effectuée à la fin du temps qui est alloué à l'étude de ce volet.

M. le secrétaire, nous avons débuté à?

Le Secrétaire : 19 h 32.

Le Président (M. Tanguay) : 19 h 32. Donc, considérant cela et considérant qu'une période de trois heures doit être consacrée à l'étude de ce programme cet après-midi... ce soir, y a-t-il consentement pour poursuivre nos travaux au-delà de l'heure prévue, soit à 22 h 32? Consentement? Consentement.

Remarques préliminaires

Alors, nous débutons donc... Consentement, 22 h 32, oui? Alors, toujours le cœur sur la main. Alors, nous débutons donc avec les remarques préliminaires, et je reconnais Mme la ministre. Vous disposez de 12 minutes.

Mme Lucie Charlebois

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Alors, d'entrée de jeu, je tiens à saluer mes collègues formant le gouvernement, les collègues de l'opposition, des deux oppositions, en fait, ainsi que toutes les équipes du ministère de la Santé et des Services sociaux qui m'accompagnent.

Alors, vous savez qu'à l'occasion, M. le Président, de la formation du nouveau Conseil des ministres en avril dernier, j'ai eu l'honneur de me voir attribuer une très grande responsabilité, celle de ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique. Ce titre démontre de façon évidente toute l'importance accordée par notre premier ministre à ces clientèles ainsi que le mandat clair de notre gouvernement de soutenir et de protéger les personnes les plus vulnérables. Et c'est en toute connaissance de cause que j'ai accepté de l'assumer.

En effet, d'un côté, j'ai le devoir de m'assurer que certaines personnes parmi les plus vulnérables de notre société aient accès aux soins et aux services requis par leur situation, et, au nom de ces personnes, M. le Président, notons les

personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent, les personnes en situation d'itinérance ainsi que les jeunes en difficulté et leurs familles. Et, de l'autre côté, j'ai aussi le devoir de veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise de même qu'à la protection de sa santé.

Au nom des groupes de personnes vulnérables et de la population québécoise pour qui j'ai prêté serment, c'est avec plaisir que je participerai à l'exercice de reddition de comptes qu'est l'étude des crédits budgétaires.

J'adhère sans retenue aux valeurs de respect, de transparence et d'imputabilité qui soutiennent cet exercice, des valeurs que notre gouvernement prône et défend ardemment. Dans le présent contexte où le réseau de la santé et des services sociaux tout entier est appelé à une plus grande rigueur budgétaire, cet exercice revêt une importance fondamentale, d'autant plus que notre gouvernement s'est donné comme objectif d'entreprendre une démarche de retour à l'équilibre budgétaire en protégeant les services, tout particulièrement ceux offerts aux personnes vulnérables, et je compte tout mettre en oeuvre, M. le Président, pour y parvenir.

Pour m'adonner à l'exercice d'aujourd'hui, je suis accompagnée de ma chef de cabinet, Mme Natacha Joncas-Boudreau; du sous-ministre, M. Fontaine, à ma droite; et du sous-ministre associé aux services sociaux, M. Sylvain Gagné, qui est immédiatement à côté de moi, à droite; et évidemment du sous-ministre adjoint, directeur national de santé publique, M. Horacio Arruda; et de tous les collaborateurs de l'équipe dévouée du ministère de la Santé et Services sociaux.

M. le Président, dans le domaine de la déficience physique ou intellectuelle et des troubles envahissants du développement, notre priorité sera d'assurer une meilleure continuité des services de soutien aux familles. Je porterais donc une attention particulière aux services pour les familles des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme. Je rappelle en effet que depuis 2000 la prévalence des troubles envahissants du développement double tous les quatre ans. Alors, pour la dernière décennie seulement, cela représente une augmentation de 650 %. Les causes possibles de cette augmentation peuvent être influencées par différents facteurs : la disponibilité des ressources pour les diagnostics et les services, notamment en milieu scolaire, la sensibilisation de la population des professionnels aux troubles envahissants du développement, les effets environnementaux qui ne sont pas génétiques, tel que l'exposition à la pollution.

Le ministère a entrepris un bilan sur le plan d'action en déficience intellectuelle, comme il l'a fait en 2012 pour le plan d'action en trouble envahissant du développement. Le rapport final, qui est en cours d'élaboration, permettra de proposer une stratégie qui soutiendra l'atteinte de résultats tangibles pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Un autre rapport concernant les activités socioprofessionnelles et communautaires des personnes ayant une déficience ou un TED, trouble envahissant du développement, vient de m'être présenté au début du mois de juin. Celui-ci comprend les engagements de cinq ministères, soit le ministère de l'Éducation, Loisir et Sport, le ministère de la Famille, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, le ministère du Transport et évidemment le ministère de la Santé et Services sociaux. Et nous entendons bien sûr y donner suite afin notamment de mieux organiser le passage de la vie... de la fin de la scolarisation, excusez-moi, à l'intégration au travail ou en activités communautaires et de mieux coordonner le travail au sein de notre propre réseau.

Parmi les autres grands chantiers dans ce domaine, je tiens à souligner la révision du programme de soutien à domicile, la révision des programmes d'aide à la vie quotidienne et à la vie domestique et le développement de milieux de vie alternatifs. Les prochaines orientations pour l'offre de services en dépendance comptent poursuivre les efforts pour consolider les services et pour accroître leur accessibilité. La priorité sera de travailler en amont avec chacun des partenaires dans le but de répondre aux besoins des personnes aux prises avec des dépendances ainsi que leur entourage. Pour y parvenir, nous pouvons nous appuyer sur d'importants acquis comme l'expertise des équipes de liaison en dépendance dans les urgences hospitalières, les retombées actuelles et futures du plan de formation pour les intervenants et de même que l'encadrement qu'assure la certification des personnes d'hébergement communautaire et privé. De plus, comme le prévoit la Loi sur les services de santé et services sociaux, le développement d'un registre est en cours pour ces ressources. Cet outil s'ajoutera donc bientôt à la liste de nos acquis pour consolider l'offre de services en dépendance.

• (9 h 40) •

M. le Président, l'itinérance est aussi un champ d'action prioritaire pour notre gouvernement. La poursuite des investissements annuels de plus de 8 millions de dollars pour lutter contre l'itinérance ainsi que les 500 logements pour les personnes itinérantes annoncés dans le cadre du budget 2014-2015 en témoignent d'ailleurs très bien. À ce sujet, je tiens surtout à souligner que le plan d'action découlant de la nouvelle Politique nationale de lutte contre l'itinérance est en cours d'élaboration. Ce plan couvrira les années 2014 à 2019 et sera lancé en cours d'automne. Il proposera des mesures très concrètes dans les cinq axes d'intervention prioritaires identifiés de concert avec... par les acteurs du milieu de l'itinérance et pas moins de 13 ministères et organismes gouvernementaux. Ces axes sont le logement, la santé et services sociaux, le revenu et l'éducation, l'insertion sociale, et l'insertion socioprofessionnelle, et la cohabitation sociale, aussi les enjeux liés à la judiciarisation. D'ailleurs, lors de ma visite, vendredi dernier, au lancement de la toute première clinique mobile à Montréal, clinique médicale évidemment, j'ai invité les principaux acteurs de lutte à l'itinérance actifs sur le terrain, de partout au Québec, à collaborer avec nous à l'élaboration du plan d'action.

Pour poursuivre, M. le Président, j'aimerais glisser un mot sur un autre dossier dont j'ai la charge, celui de l'adoption internationale. Le Québec collabore avec de nombreux pays d'origine, et l'adoption internationale connaît une profonde mutation. Ces changements ont autant d'impact sur les personnes qui adoptent que sur les organismes agréés. Mais, malgré ces changements, je tiens à préciser que notre objectif premier en matière d'adoption, lui, restera toujours le même. Cet objectif, c'est celui de veiller à ce que les enfants soient accueillis dans les familles aimantes et compétentes. Tel qu'il est mentionné dans mon titre, je tiens à préciser que ma priorité sera de m'assurer que la protection des enfants ainsi que leur bien-être reste au coeur de chaque action que je poserai.

Bien sûr, nous avons aussi cette même préoccupation, M. le Président, du côté des jeunes en difficulté. Une des grandes priorités en matière de protection de la jeunesse sera d'ailleurs d'assurer le suivi de la mise en oeuvre des programmes d'intervention en négligence dans tous les territoires des centres de santé et services sociaux. Les motifs de négligence ou de risque de négligence représentent 39 % des signalements retenus par le directeur de la protection de la jeunesse, une statistique inquiétante qui mérite sans contredit que nous nous attardions à cette problématique.

Un autre important chantier en cours concerne la définition des orientations ministérielles 2015-2020 du Programme-services Jeunes en difficulté. Celui-ci s'appuie sur les avancées réalisées dans le cadre des orientations 2007-2015 et abordera quatre grands axes : premièrement, l'amélioration à l'accès aux services dans les centres de santé et services sociaux; deuxièmement, la continuité et la complémentarité de l'intervention en misant sur la collaboration entre les établissements, entre les réseaux scolaires et services de garde communautaires; troisièmement, la mise en oeuvre de conditions d'exercice favorisant une pratique professionnelle de qualité; et l'évaluation de l'offre de services, notamment en ce qui a trait à l'atteinte de résultats et la compréhension de certains phénomènes ou problématiques complexes.

Comme vous pouvez le voir, M. le Président, nos efforts seront nombreux en vue d'assurer les meilleurs services possible aux enfants et aux jeunes en difficulté de même qu'à leurs familles. Je suis touchée de compter la protection de la jeunesse au nombre de mes chapeaux de ministre déléguée. Je rappelle que c'est plus de 1,4 milliard de dollars par année qui sont investis auprès des jeunes en difficulté et leurs familles et que, malheureusement, les dernières données continuent de démontrer une augmentation constante des signalements adressés aux directeurs de protection de la jeunesse. Le défi est grand. C'est pourquoi je m'engage à agir avec détermination dans l'intérêt de ces jeunes et de leurs familles en veillant notamment à l'optimisation des programmes et des services qui leur sont offerts.

Les divers groupes de personnes vulnérables dont j'ai parlé jusqu'ici peuvent assurément compter sur une multitude de ressources au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ils peuvent également compter sur les gens de coeur qui y travaillent. Ils peuvent compter sur plusieurs personnes en réseau, et je tiens à prendre le temps, M. le Président, de dire un mot au sujet de ces importants partenaires que sont les organismes communautaires ainsi que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial.

Pour les organismes communautaires, je rappelle qu'une augmentation de près de 5 millions a été annoncée, dans le cadre du budget 2014-2015, afin de soutenir leurs missions. C'est donc une augmentation qui amène la contribution à 521,4 millions de dollars. Ces partenaires sont essentiels et répondent à une multitude de besoins, favorisent la mobilisation, engendrent de nombreux bénéfices, tant à l'échelle individuelle que collective.

J'ai aussi la santé publique, M. le Président, un des grands dossiers prioritaires du côté de la santé publique, mon troisième et grand... et dernier chapeau, mais non le moindre, et je parle ici — attendez un peu — de la révision du Programme national de santé publique. Ce programme constitue le principal cadre d'action en santé publique et il structure et organise les interventions aux paliers national, régional et local, indique les objectifs sociosanitaires, les cibles visées et les services préventifs devant être accessibles à la population de tous les territoires du Québec.

En conclusion, je pourrai toujours poursuivre sur la santé publique vendredi, j'ai tellement de choses à dire avec ce ministère.

Le Président (M. Tanguay) : ...temps est écoulé malheureusement, alors on pourra effectivement poursuivre dans la période d'échange avec les collègues. Je vous remercie beaucoup pour votre compréhension. Donc, le 12 minutes est terminé. Merci, Mme la ministre.

Alors, j'invite maintenant le porte-parole de l'opposition officielle et député de Rosemont à faire ses remarques préliminaires pour un maximum de sept minutes.

M. Jean-François Lisée

M. Lisée : Merci, M. le Président. Je vous salue. Je salue le secrétaire de la commission, Mme la ministre, bien sûr, collègues de la deuxième opposition et les membres de l'équipe gouvernementale, les membres de votre ministère, M. le sous-ministre, Mme la chef de cabinet.

Je dirai une chose importante. Enfin, à mon sens, la posture que nous comptons adopter ici en est une de soutien à la ministre parce qu'on sait qu'elle a des combats à mener à l'intérieur du gouvernement. Dans tous les cas, des arbitrages budgétaires qui doivent être faits sont toujours difficiles lorsqu'il s'agit de mettre sur le haut du panier des mesures de prévention plutôt que des mesures de correction. Lorsqu'on parle à des gens qui sont dans un univers comptable et lorsqu'il y a des objectifs de réduction des dépenses à court terme, il est très ardu de faire la démonstration que 1 \$ dépensé maintenant va économiser 7 \$ plus tard, qu'un investissement supplémentaire maintenant va permettre de créer la richesse demain. Dans l'univers économique strict, on dit : Bien, il faut créer la richesse pour la répartir, et c'est souvent le cas. Mais c'est aussi le cas que, parfois, il faut dépenser pour créer de la richesse. Tout le système d'éducation est fondé là-dessus. Si on ne dépensait pas pour enseigner à nos enfants comment lire, écrire, devenir technicien, ingénieur, médecin, on ne créerait pas la richesse. Il faut investir d'abord. Et, dans tout le champ d'intervention qui est sous la responsabilité de la ministre, c'est un peu de ça dont on parle, à la fois pour les organisations communautaires, à la fois pour les personnes qui sont handicapées, les personnes autistes.

Il y a plusieurs façons d'aborder la question et il y a une façon stricte en disant : Bon, bien, on va gérer les problèmes au moment où ils se présenteront, et il y a la façon un peu plus prévoyante qui dit : Non, si on n'intervient pas auprès des enfants autistes avant l'âge de cinq ans, avec un investissement plus important, ça va coûter beaucoup plus cher plus tard, beaucoup plus cher plus tard. On peut dire aussi : Il y a des belles colonnes de chiffres qui feraient en sorte que ne pas rehausser le financement des organisations communautaires, bien, ça coûte 64 millions de moins par année.

Oui, ça coûte 64 millions de moins par année, mais ces organisations communautaires travaillent avec des centaines de milliers de Québécois, et, en fait, pour chaque dollar qu'on leur donne, ils vont chercher un autre dollar ailleurs, de peine et de misère, de toutes sortes de façons, et ils font de l'accompagnement qui réduit les coûts sociaux de l'itinérance, de l'accoutumance, de la prostitution, des gangs, etc. Et donc il est difficile de calculer les coûts évités d'une augmentation mesurée du financement des organismes communautaires.

Alors, moi, M. le Président, j'ai l'absolue certitude que la ministre, ici, aimerait augmenter tous ses budgets. J'en ai l'absolue certitude et je pense qu'elle aimerait répondre à l'appel que les organisations communautaires, les organisations de personnes handicapées, etc., lui lancent pour au moins que les engagements qui avaient été pris par le gouvernement précédent soient satisfaits et au-delà. Elle me dira : Ce n'était pas dans les crédits, on n'a pas trouvé les sous, etc. Je comprends, mais, à la fin, c'est de la volonté politique pure. Nous, nous disons que nous avons pris des décisions en Conseil des ministres, nous avons réitéré ces engagements pendant la campagne électorale, la première ministre, personnellement, l'avait fait, et que donc nous aurions trouvé ces sommes. C'est une question de choix, une question de volonté politique.

J'étais heureux d'apprendre immédiatement de la ministre le fait qu'elle reprend à son compte les conclusions principales de la politique sur l'itinérance en disant que c'est une priorité. Elle nous annonce que le plan d'action sera lancé au courant de l'automne, qui se termine le 21 décembre, mais, quand même, nous en prenons bonne note et nous espérons que des sommes seront là pour accompagner ce plan d'action.

Alors, parfois, la ministre trouvera que je lui mets de la pression, mais ce n'est pas à elle que je pense, c'est à son collègue du Conseil du trésor. Alors, je l'invite à relayer cette pression vers son collègue du Conseil du trésor. Et je pense que, si nous faisons en sorte que ces besoins soient bien compris, et que des réductions de budget ne passent pas comme une lettre à la poste, et qu'au contraire cela fait du bruit, cela aidera la ministre à bien mener ces combats. Je me tiendrai à cela pour l'instant, M. le Président.

• (9 h 50) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. le député de Rosemont. Je cède maintenant la parole au député de La Peltrie, porte-parole du deuxième groupe d'opposition, à faire ses remarques préliminaires pour un maximum de cinq minutes.

M. Caire : M. le Président, je vais réserver mon temps pour des échanges avec la ministre.

Discussion générale

Le Président (M. Tanguay) : Parfait. Alors, votre temps, ainsi que le temps du député de Rosemont — non utilisé — sera redistribué dans les blocs à venir.

Alors, sans plus tarder, maintenant, je cède la parole au porte-parole de l'opposition officielle, le député de Rosemont, pour un premier bloc de questions-réponses, bloc de 20 minutes.

M. Lisée : Merci, M. le Président. Alors, on va parler d'abord des organismes communautaires, si vous le voulez bien. Alors, il y a un an, le 14 mai 2013, tous les députés de l'Assemblée nationale ont appuyé une motion qui demandait le rehaussement du financement des organismes d'action communautaire en santé et services sociaux. Alors, le mot «rehaussement» a été utilisé. Je suppose que, si on avait voulu dire indexation, on aurait mis «indexation». Mais indexation était déjà escomptée, donc on a dit «rehaussement». Nous avons tous constaté que ce rehaussement n'était pas présent dans le budget et dans les crédits, mais nous constatons qu'il y a eu une indexation, effectivement, qui est présente.

Cependant, comme le rehaussement avait été annoncé, il y a un certain nombre d'organismes qui comptaient sur ce rehaussement pour son action. Je vais en citer un dans le comté du ministre des municipalités, en Montérégie, Les Auberges du coeur. Alors, aux Auberges du coeur, plus de 100 jeunes de 16 à 22 ans vivant l'itinérance ou à risque d'en vivre ont profité des services de cet organisme pour la région Jardins-Roussillon depuis 2011. Sans l'élan des jeunes, ce sont 50 jeunes par année qui se retrouveraient à la rue. La ressource la plus près, L'Entre-temps à Longueuil, a dû refuser 150 jeunes, faute de place, l'an dernier.

Je sais que l'organisme, qui comptait sur un rehaussement, ne l'a pas eu, a rencontré la ministre en juin. Elle leur a demandé d'attendre que l'étude des crédits soit faite, et, pour l'instant, ils n'ont pas reçu de confirmation de montant de sa part. Actuellement, la fermeture prévue est le 1er novembre. Ils ont reçu une somme de discrétionnaire de 10 000 \$ de l'agence, également du PSOC, un peu plus de 5 000 \$ du privé. Alors, on voit comment ces organismes travaillent fort pour essayer de faire des montages de survie. Ça fait partie de leur existence. Il leur manque 90 000 \$ pour finir l'année en cours. Est-ce que la ministre peut donner de bonnes nouvelles à l'élan des jeunes de Montérégie aujourd'hui?

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

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. D'entrée de jeu, je voudrais rétablir certains faits, si vous me le permettez, M. le Président, avant d'aller directement dans le dernier pendant de la question du député de Rosemont et lui dire qu'effectivement nous allons travailler ensemble pour le mieux-être des Québécois, des Québécoises et les clientèles vulnérables. J'ai aussi entendu le député de Rosemont me parler des groupes communautaires, l'investissement, et je suis tout à fait d'accord avec lui. Et, oui, nous avons voté une motion demandant le rehaussement. C'est ce qu'on a fait. On a mis 5 millions de plus, dans le contexte budgétaire où nous sommes. Vous devez savoir quel est ce contexte budgétaire puisque vous étiez le précédent gouvernement, d'une part. Et, d'autre part, vous vous souviendrez que les

crédits n'ont jamais été déposés par l'ancien gouvernement, ce qui fait que, même le Vérificateur général, puis je ne vous talonnerai pas avec ça, vous a fait mention qu'il y avait eu un petit manque de rigueur. On va dire ça comme ça.

Ceci étant, je ne veux pas passer la veillée à parler du passé. Je veux parler du futur et vous dire que la meilleure alliée des organismes communautaires, là, vous l'avez devant vous. Je suis une députée tout comme vous et j'ai à coeur le bien-être des citoyens. Donc, il y a beaucoup de services qui sont rendus par les organismes communautaires, mais je vais vous dire qu'est-ce que mon père me disait quand j'étais petite : On ne donne pas ce qu'on n'a pas dans la vie. En ce moment, on n'a pas atteint l'équilibre budgétaire. On a quand même indexé les organismes communautaires, tenant compte que nous n'avons pas encore atteint l'équilibre budgétaire, et, oui, il faut créer de la richesse pour mieux la partager.

On est dans ces deux pans-là au gouvernement, et moi, j'ai hâte qu'on puisse un jour arrêter de parler de déficit structurel pour pouvoir ensuite vraiment travailler les dossiers. En ce moment, vous savez... Moi, je me rappelle, quand je suis arrivée — j'ai été élue en 2003, là — le financement des organismes communautaires était autour de 275 millions. Quand on a quitté, en 2012-2013, c'était tout près de 500 millions. On est maintenant à 521 millions. Est-ce qu'on pourrait faire plus? Sûrement, mais je vous ramène au contexte budgétaire, on ne peut pas donner ce qu'on n'a pas. Il y a un bout à passer.

Concernant Les Auberges du coeur, comme vous venez de me faire mention, effectivement, les gens sont venus me rencontrer. C'est un dossier qui a été porté à mon attention, on a compris la problématique, et évidemment il n'y a personne ici qui ne va pas reconnaître l'importance de leur mission, aux Auberges du coeur. On est à regarder les options pour les aider, mais, comme vous avez dit, je leur ai demandé d'attendre à la fin de l'étude des crédits pour pouvoir avoir l'ampleur de mon portefeuille et voir comment on va pouvoir répondre aux différents besoins sur le terrain. Et, que je sache, mes crédits finissent vendredi et l'ensemble des crédits peut-être la semaine prochaine. Mais vous pouvez les rassurer, parce que vous semblez leur parler régulièrement, et leur dire que la ministre, qui les regarde en ce moment, est à leur écoute et que c'est certain que toutes les missions qui donnent des services aux citoyens vont être encore là.

Ce que je ne comprends pas : la clientèle augmente, j'ai entendu beaucoup de groupes communautaires dire qu'ils doivent couper, je ne comprends pas où ils coupent puisqu'il n'y a pas eu de coupure dans leurs subventions. Alors, moi, je ne peux pas comprendre cette partie-là de coupure de services, alors qu'ils n'ont pas eu de coupure dans leurs subventions. Au contraire, on a indexé, on a ajouté 5 millions. Comme je vous dis, M. le député de Rosemont, si je pouvais leur donner un autre 100 millions, je le ferais, mais il faut avoir l'argent pour le faire.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. M. le député de Rosemont.

M. Lisée : Merci, M. le Président. Je vais juste faire un petit peu de politique, comme vous en avez fait un petit peu, mais on n'abusera pas. J'ai vu que vous n'avez pas abusé, je n'abuserai pas non plus.

Simplement pour dire qu'on était déçus de voir qu'il n'y avait pas d'engagement du Parti libéral, pendant la campagne, sur ces questions, ce qui ne remet pas en cause votre engagement personnel et celui de beaucoup de vos collègues, mais on a noté que, dans la liste d'engagements, il n'y en avait pas, et donc on se rabat sur ce vote qui a été pris sur le rehaussement. Comme j'ai dit, je ne pensais pas que ça voulait dire l'indexation, ça voulait dire rehaussement, sinon on aurait dit «indexation».

Et, sur le Vérificateur général, c'est intéressant parce que l'actuel premier ministre, lorsqu'il était candidat à la fonction de premier ministre, avait bien dit qu'on va faire en sorte que le déficit zéro se réalise, même après l'examen que nous allons demander au Vérificateur général, et le cadre financier sera révisé en tenant compte des trouvailles du Vérificateur général, s'il y en a, mais cela ne remettra pas en question les engagements. Les promesses du Parti libéral vont se réaliser. S'il faut faire encore plus d'efforts de rationalisation, on le fera. On n'ira pas demander aux contribuables de mettre la main dans leurs poches davantage, on va atteindre notre objectif, on va remplir nos engagements. C'est donc ce que le chef du Parti libéral nous avait dit : Ne vous inquiétez pas, on ne va pas vous faire le coup du trou qu'on trouve en arrivant, on va quand même remplir nos engagements. Premièrement.

Deuxièmement, sur une question plus générale, on a entendu le premier ministre dire... parce que vous dites, et je suis d'accord avec vous : On a hâte de finir le déficit structurel, arriver au déficit zéro et de pouvoir rehausser un certain nombre de budgets. Mais le premier ministre a dit en Chambre, devant nous, que, lorsqu'on sera au déficit zéro, les nouvelles sommes seraient affectées, pour moitié, à la réduction du fardeau fiscal et, pour moitié, à la réduction de la dette. Alors, je n'ai pas trouvé où était la troisième moitié, qui permettrait, par exemple, de rehausser les budgets dont vous êtes responsable. Alors, c'est une question que je laisse en suspens. Je n'attends pas une réponse aujourd'hui, mais je me dis, dans vos discussions, ce serait intéressant de faire préciser, un jour, par le premier ministre, qu'il y a peut-être une troisième moitié quelque part pour des besoins qui augmentent.

J'ai remarqué — et ça, c'est ma question — que, dans les crédits de transfert pour les fonctions régionales, page 181, pour les sommes versées aux organismes communautaires par les agences, il y a une différence entre l'indexation, qui est 9 %, et un... de 4,2 millions et la totalité de la somme, qui est d'à peu près 15 millions, donc il y a 9 millions supplémentaires. Je ne vous blâme pas de dépasser l'indexation, mais j'aimerais savoir à quoi servira le montant de 9 millions restant. Ira-t-il aux groupes communautaires? Et, si oui, comment est-ce que le gouvernement choisira de l'attribuer? Est-ce que ce sera pour la mission globale, ce qu'on demande constamment, ou ce sera pour des ententes de service?

• (20 heures) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Bien, le député de Rosemont va me permettre de laisser l'équipe trouver la page en question. Vous, vous êtes dedans, là, mais nous autres, on a toutes les pages à couvrir. Alors, pendant qu'ils s'activent, je

vais quand même, en préambule, répondre à quelques-unes de vos affirmations et vous dire que les organismes communautaires ont été protégés. J'ai travaillé très fort pour les protéger. Ils n'ont pas été tenus d'efforts d'optimisation comme bien d'autres. Ceux-là, ils ont été protégés.

Je comprends que les besoins augmentent, mais encore faut-il, comme je vous dis, travailler avec ce qu'on a. On ne peut pas donner ce qu'on n'a pas dans la vie, là. Alors, on fait justement les efforts qu'on fait là, en ce moment, pour arriver à mieux financer les organismes communautaires, pour arriver à donner de meilleurs services aux citoyens.

Pour revenir aux maisons d'hébergement jeunesse, depuis 2002-2003, il y a eu une augmentation de 6 millions. Elles ont toujours été augmentées. Comme je vous le disais précédemment, pour ce qui concerne les Auberges du coeur, on va leur revenir, et, pour ce qui est de la page, ça s'en vient. Si vous aviez...

Une voix : ...

Mme Charlebois : Oui, allez-y donc. Est-ce que vous m'autorisez à ce que...

Le Président (M. Tanguay) : Je vais demander le consentement pour entendre, donc, une personne qui accompagne — est-ce qu'on a le consentement? — Mme la ministre. Oui? Alors, je vous demanderais de nous donner votre nom, votre fonction, et la parole sera à vous.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, M. le Président. Sylvain Gagnon, sous-ministre associé à la Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux. En soi, quand on regarde la question qui était posée, le réaménagement budgétaire s'explique par des allocations qui ont été consenties par les agences de santé et de services sociaux, notamment en lien avec le budget de développement qui a été annoncé l'an passé, un budget de 110 millions qui couvrirait plusieurs services à domicile, plusieurs secteurs, dont un 10 millions qui concernait spécifiquement les organismes communautaires. Donc, on pense aux centres d'action bénévole ou aux popotes roulantes. Donc, ces crédits-là sont enregistrés en fin d'année, c'est pour ça qu'on a un réaménagement de crédits. Et le 9 millions est la dépense qui a été encourue en regard du 10 millions qui avait été alloué en début d'année.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. le député de Rosemont.

M. Lisée : Donc, je comprends que c'est une part du 110 millions de dollars supplémentaires qui avait été attribué par le ministre Hébert aux soins à domicile. C'est une somme qui est allée dans les organismes communautaires qui sont actifs dans ce secteur d'activité là. Comme le ministre actuel de la Santé a annoncé l'abolition de ces 110 millions, est-ce qu'on doit comprendre que, l'an prochain, ces argents vont disparaître?

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de Rosemont. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Bien, ces crédits-là, ce qu'on m'indique, c'est que c'est des crédits récurrents qui sont dans la base des organismes communautaires, alors vous pouvez compter dessus.

M. Lisée : Donc, le 110 millions est récurrent?

Mme Charlebois : Oui.

M. Lisée : Très bien. C'est une bonne nouvelle.

Mme Charlebois : Vous voyez qu'on a fait des efforts, quand même.

M. Lisée : Écoutez, je ne doute pas de vos efforts. Je n'arrête pas de vous le dire, Mme la ministre, que je ne doute pas de vos efforts.

Maintenant, sur la commission d'évaluation des programmes, est-ce que la commission d'évaluation des programmes va se pencher sur l'existence et l'importance du PSOC? Est-ce que vous avez des informations à ce sujet?

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

Mme Charlebois : Je ne sais pas d'où vous détenez vos informations, mais on n'a pas d'indication... Vous me demandez si on va abolir le programme PSOC?

M. Lisée : Non. Le ministre des Finances a annoncé la création...

Mme Charlebois : Oui, la révision des programmes.

M. Lisée : La révision des programmes. Est-ce que le PSOC est un des programmes qui sera soumis à la commission?

Mme Charlebois : Bien non!

M. Lisée : Non?

Mme Charlebois : Bien non!

M. Lisée : O.K. Très bien.

Mme Charlebois : Vous savez, c'est... Bien oui! Les organismes communautaires, vous venez... je viens de vous faire la démonstration que je les ai défendus ardemment. C'est sûr que le... Écoutez, vous savez très bien qu'ils donnent des services essentiels. Ça ne peut pas être aboli, c'est impossible. Puis, si on les abolissait, honnêtement, il y a quelqu'un d'autre qui devrait donner les services.

M. Lisée : Je comprends bien, mais on nous a dit que toutes les pierres seraient retournées et que les programmes seraient tous revus. Et ça, c'est un programme. Et on sait que, dans une vie antérieure, le ministre... le président du Conseil du trésor avait mis en cause l'existence du programme des garderies à faible coût. Alors donc, on pose ces questions-là, compte tenu de ce qu'on sait de ces personnes. Et puis je suis content...

Le Président (M. Tanguay) : Mais loin de moi... Peut-être juste avant de... Loin de moi de briser cette belle harmonie, alors je vous inviterais juste à vous adresser à la présidence. Mais ça va très bien, je vous trouve sur la même ligne. Alors, vous vouliez ajouter quelque chose, Mme la ministre?

Mme Charlebois : Est-ce que vous me le permettez, monsieur...

Le Président (M. Tanguay) : Bien, c'est moi qui vais vous le permettre, Mme la ministre.

Mme Charlebois : Oui? O.K., excusez-moi, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Ne vous en faites pas.

Mme Charlebois : Vous venez de me rappeler à l'ordre. En fait, ce que... Je veux encore une fois rassurer le député de Rosemont et lui dire que le programme d'organismes communautaires n'est pas un programme qui va faire partie de la révision des programmes, c'est un service essentiel. Et je vous rassure tout de suite, puis je veux rassurer la population, et encore plus les organismes communautaires, il ne faut pas semer ce message-là, les inquiéter à outrance pour... ce qu'il est inutile de faire. Le programme PSOC, on va se battre ensemble pour ça. On va servir la population puis on a besoin de ces services-là, ces argents-là pour justement multiplier les services.

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

M. Lisée : Merci, M. le Président. Comme vous le savez, M. le Président, dans le travail qui avait été fait en vue d'un rehaussement du financement des organisations communautaires, il y a un groupe de travail MSSS-milieu communautaire qui s'était réuni à la fois pour discuter du type de rehaussement, de sa répartition régionale, de sa répartition en fonction d'organismes communautaires qui avaient été historiquement sous financés par région ou par secteur d'activité. Et donc ce travail-là est très précieux, c'est un travail de très grande collaboration.

J'aimerais savoir si ce groupe de travail continue à travailler. Si oui, dans quel but? Et est-ce qu'il y aurait des... parce que l'objectif, évidemment, c'est plus facile de régler des inéquités en rehaussant le financement, mais on peut le faire différemment. Est-ce qu'il y a une volonté de la ministre, du ministère, de régler les problèmes d'iniquité à partir du travail de ce groupe de travail?

Mme Charlebois : ...

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

Mme Charlebois : Excusez-moi, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Pas de problème, je vous en prie.

Mme Charlebois : Je vais m'habituer, ce sont mes premiers crédits, hein, je suis très emballée. Alors, M. le Président, le groupe de travail sur la question des groupes communautaires est toujours en place, va le demeurer. Je les ai rencontrés, d'ailleurs, et je les ai rassurés. On ne défera pas ce qui a déjà commencé à être fait, là, ce qui est déjà en marche et qui fait du sens, là. L'idée n'est pas de tout défaire pour recommencer à zéro, là. Alors, oui, il y a eu des engagements qui ont été pris, et nous allons travailler avec ce comité, faire en sorte qu'on voit une amélioration du financement, etc., et une certaine forme d'équité. Vous savez, il y a quatre engagements, et finalement on va travailler avec eux pour faire en sorte que tout se passe pour le mieux, mais toujours garder en tête qu'il faut s'assurer que nous avons... En fait, il y en a 11, engagements, je viens d'avoir le document, excusez-moi, il y en a plus que quatre. C'est sur deux pages et... c'est ça. Mais nous allons nous assurer que le financement va être au rendez-vous. Mais, oui, au-delà

du financement, il y a les engagements, les questions d'iniquité, tout ça. On va regarder ça avec eux. Mais le comité continue son travail. Il n'est pas question d'interrompre le travail.

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

M. Lisée : Et la prochaine rencontre aurait lieu quand?

Mme Charlebois : À l'automne, M. le Président.

M. Lisée : À l'automne. Mais, M. le Président, est-ce que...

Mme Charlebois : Et l'automne se termine le 21 décembre, vous me l'avez rappelé tantôt.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. M. le député de Rosemont.

M. Lisée : M. le Président, est-ce qu'on peut demander à la ministre de dire que la rencontre aura lieu au début de l'automne?

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

Mme Charlebois : Avec grand plaisir.

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

M. Lisée : M. le Président, une des orientations essentielles de ce groupe de travail est la demande des organisations communautaires. C'est qu'à travers les années... et la ministre a raison de dire qu'il y a eu une augmentation très conséquente du financement des organismes, une augmentation conséquente de l'action des organismes. Très souvent, cette augmentation a résulté de priorités ministérielles qui allaient d'un problème particulier à un autre, et ce qui a créé un certain nombre d'inéquités, toujours de bonne foi, de bonne volonté, pour essayer de répondre à des besoins particuliers ou des besoins qui faisaient sens selon la conjoncture à ce moment-là.

Est-ce que c'est l'orientation de la ministre, comme c'était celle de sa prédécesseure, de faire en sorte que, dorénavant, le financement ou le rehaussement du financement se fera sur l'émission de bases plutôt que sur de nouvelles initiatives ministérielles?

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

• (20 h 10) •

Mme Charlebois : En fait, il y a, comme je l'ai dit tantôt, 11 engagements. Là-dedans, il y a celle dont vous venez de mentionner. Évidemment, répartir, rendre l'enveloppe équitable, quand il y a plus de sous, c'est plus facile, on s'entend? Alors, à partir du moment où nous aurons retrouvé l'équilibre financier, c'est clair que les surplus seront sûrement questionnés, et nous allons voir dans quelle mesure on peut réparer certaines inéquités en fonction aussi des régions. Il faut tenir compte de cette enveloppe-là là aussi, particulièrement dans les régions. Alors, oui, c'est quelque chose qu'on entend travailler, mais ce n'est pas quelque chose qui va se régler d'une journée à l'autre, là. Ça ne se réglera pas à l'automne. On s'entend là-dessus?

Le Président (M. Tanguay) : M. le député, pour une période encore de trois minutes.

M. Lisée : Je vais garder ce temps-là pour un autre bloc.

Le Président (M. Tanguay) : Tout à fait. Alors, on vous le réserve. Je vous remercie beaucoup. Alors, maintenant, nous allons nous tourner vers les députés représentant la banquette ministérielle pour une période, un bloc de 18 minutes. Et je suis prêt à reconnaître Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Oui, merci, M. le Président. Permettez-moi, avant de m'adresser non pas à la ministre, effectivement, au président, de remercier tous les gens qui sont présents ce soir, à une heure tardive, et qui seront présents, j'espère, à une heure encore plus tardive, quand les travaux se prolongeront en soirée, pour discuter d'un sujet bien important, les services sociaux.

J'aimerais, en commençant, aborder la question de l'itinérance, comme on y a fait référence en début de discussion. Particulièrement comme députée de Crémazie, moi, je suis interpellée par l'itinérance comme députée de Montréal. Et les derniers chiffres nous montraient qu'il y a près de 30 000... Puis là c'est des évaluations peut-être grossières, parce que c'est des études qui n'ont pas été refaites depuis longtemps, mais on parle d'un peu près 30 000 itinérants dans la région de Montréal, ce qui est quand même un phénomène très important.

Et, bon, différents facteurs sociaux, économiques, politiques sont à la base, dans le fond, sont à l'origine des problèmes d'itinérance, que ce soit la mutation du marché du travail, que ce soit la question de la désinstitutionnalisation du réseau de la santé qui s'est faite il y a quelques années, la crise du logement, les problèmes de santé reliés à la drogue,

les problèmes de santé mentale aussi. On en entend parler, là, je ne vous en informerai pas, je suis certaine que vous connaissez ça en long et en large. Et on assiste à une transformation du profil aussi des itinérants : donc davantage de jeunes, davantage de mineurs, davantage de femmes également. Et ça ne touche plus seulement la région du centre-ville de Montréal, mais bien l'ensemble de la région de Montréal. Moi, mon comté, entre autres, est situé quand même au centre-nord de Montréal, et il y a beaucoup d'inquiétude des résidents parce qu'on voit le phénomène, justement, qui devient de plus en plus présent. Donc, beaucoup de comités de citoyens se mettent en place, entre autres, pour voir comment on peut adresser ces questions-là.

Et beaucoup d'efforts... Malgré le fait que beaucoup d'efforts ont été consentis au cours des dernières années, on voit quand même qu'il y a de plus en plus de gens qui fréquentent les ressources qui sont disponibles pour les personnes itinérantes, et ça pose évidemment des défis majeurs à l'ensemble du réseau des services sociaux. Et ce que je souhaiterais : que vous nous informiez, dans le fond, sur le plan de la lutte à l'itinérance. Qu'est-ce qui est... Qu'est-ce que vous avez en tête, dans le fond, au cours des prochaines années? Parce que c'est... je ne sais pas si «fléau» est le bon mot, mais en fait c'est un phénomène social, c'est un problème social qui est récurrent et qui, de toute évidence, ne se résorbe pas.

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

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. D'abord, remercier la députée de Crémazie de sa question. Et je vois, comme adjointe parlementaire, qu'elle fait bien son travail, elle fait ses recherches, et je veux la saluer.

M. le Président, pour l'itinérance, là, c'est un phénomène que nous pouvons tous, ici, affirmer qu'on peut considérer inacceptable. Et, oui, il y a des défis majeurs à travers tout le Québec, mais particulièrement pour la métropole. Il y a, comme l'a dit Mme la députée de Crémazie, une multitude de clientèles qui est en émergence, c'est-à-dire que... J'ai eu justement une rencontre avec le maire de Montréal la semaine passée, et il m'indiquait qu'ils sont à faire le dénombrement. Ils travaillent avec l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal. Parce que ce n'est pas juste un dénombrement en termes de nombres qu'ils veulent faire. Parce que, comme vous l'avez dit, Mme la députée de Crémazie, 30 000, c'est un estimé qui date un peu. Alors, ils sont dans le dénombrement, mais, avec l'agence, ils travaillent à faire en sorte qu'au-delà du dénombrement on puisse identifier les clientèles pour travailler en amont, éventuellement, et prévenir certains phénomènes.

Actuellement, on retrouve des jeunes, comme vous l'avez dit, mineurs. Il y a les femmes monoparentales; on constate qu'elles sont en augmentation en ce moment. Il y a des femmes plus âgées. J'ai été étonnée d'apprendre qu'il y a des femmes de 70, 80 ans qui se retrouvent à la rue, itinérantes. C'est des phénomènes complexes, et il faut s'y attarder. Vous savez, il y a déjà eu... Vous avez pris connaissance du plan d'action que nous avons déposé, 2010-2013, qui est reconduit. Il y a eu la politique nationale en itinérance qui a été déposée par le gouvernement qui nous a précédés, et nous comptons déposer le prochain plan d'action à l'automne, comme je l'ai indiqué au député de Rosemont. Mais, au-delà de tout ça, il y a déjà des comités de travail qui se sont penchés sur la question, et j'invite les gens qui oeuvrent auprès de gens qui sont en situation d'itinérance à se faire partenaires du ministère. Puis je sais qu'il y a déjà des collaborations d'établissements. Non seulement il y a eu des collaborations d'établissements pour la politique, mais il y a déjà des gens qui sont en action et qui travaillent avec les gens du ministère à bâtir le plan d'action qui va être déposé. Évidemment, il y a des sous qui vont y être attachés quand ça va venir le moment, et, quand on pourra présenter le plan d'action, on pourra détailler plus comment on va déployer ces sous-là.

Mais, vous savez, j'ai le goût de vous dire qu'il faut prévenir l'itinérance, travailler en amont, parce que c'est complexe. Il y a souvent toutes sortes de problématiques attachées aux personnes qui se retrouvent en situation d'itinérance, que ce soient des dépendances, que ce soient des troubles d'agression ou qui ont été victimes de violence à un moment, dans leur vie, ou à un autre. C'est plus que le manque d'hébergement. Il faut déployer un ensemble de services pour ces personnes qui se retrouvent à la rue.

J'ai justement, je l'ai dit tantôt avec les commentaires, M. le Président, du député de Rosemont, assisté au lancement d'une clinique médicale par Médecins du Monde vendredi dernier à Montréal. C'est génial! Moi, je pense qu'on est à une étape où la société doit changer son regard face à ces personnes-là. Puis, au lieu d'avoir un regard qui est inquiet, soucieux et qui porte jugement, peut-être faire un peu de recul et se mettre en mode solution, eux aussi, puis avoir un regard différent, un regard d'aide.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Merci, Mme la ministre. Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Oui. Bien, toujours sur le même sujet, moi, vous savez, je suis particulièrement interpellée par la question de l'itinérance non pas seulement par ma fonction de députée de Crémazie, mais, entre autres, parce que... je ne vous l'apprendrai pas non plus, mais j'ai une formation en psychologie et j'ai eu l'occasion, justement à Montréal, de travailler avec différentes ressources qui prêtaient aide aux itinérants. Et, comme j'ai travaillé pendant près d'une quinzaine d'années dans le réseau de la santé, veux veux pas, aussi, c'est un dossier qui m'est cher, de voir comment on peut aider ces personnes qui ont des trajectoires de vie souvent plus difficiles que d'autres. Et il y a eu des brisures durant leur trajectoire pour maintes raisons, que ce soient des divorces, que ce soient des pertes d'emploi, que ce soient des épisodes de santé mentale, et je pense que, comme gouvernement, il faut être... comme d'autres... je ne veux pas utiliser le mot «clientèles», mais comme d'autres groupes qui sont vulnérables, être extrêmement vigilants, être extrêmement sensibles, justement, à ces dynamiques.

Et, comme suite à cette question-là, en fait, j'aurais souhaité aussi vous entendre sur la question des équipes de liaison en urgence, parce que, veux veux pas, même si c'est un phénomène qui tend à s'étendre à l'ensemble de la région

de Montréal, ça reste quand même un phénomène qui est relativement concentré au centre-ville de Montréal. Et il y a des équipes qui avaient été mises en place, en 2008-2009, des équipes de liaison, dans le fond, pour — parce qu'on parle du syndrome de la porte tournante, donc, particulièrement dans le centre-ville de Montréal — les itinérants, bon, en proie à soit des problèmes de toxicomanie ou de santé mentale, justement, qui entrent et sortent, bon, principalement de l'Hôpital Saint-Luc, entre autres, qui est en plein centre-ville de Montréal. Et ces équipes avaient été mises en place, entre autres, pour repérer, identifier, accompagner, en fait, les personnes itinérantes. Et ce que je voulais voir avec vous, en fait, c'est l'évolution de ces équipes-là. Donc, combien il y en a qui sont en place à l'heure actuelle? Comment elles sont composées en termes de types de professionnels, dans le fond, et quel est leur rôle? Comment elles accompagnent, dans le fond, ces personnes-là? Le niveau d'efficacité. Est-ce qu'on peut faire mieux? Est-ce que ça répond à la demande, aux besoins à l'heure actuelle?

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

• (20 h 20) •

Mme Charlebois : D'entrée de jeu, j'ai omis de répondre à la députée, à la première question, mais c'est toujours... comme on parle toujours, M. le Président, d'itinérance, j'ai omis de vous dire qu'il y avait toujours le 8 millions de mesures, qui est là année après année, que nous poursuivons pour l'itinérance, que nous mettons à la disposition des équipes et de tous les besoins qui sont déjà sur la table en matière d'itinérance.

Pour ce qui est plus précisément de votre question sur les équipes, il y a 27 équipes, en ce moment, qui oeuvrent sur le terrain, qui sont en opération dans 28 centres hospitaliers et dans 10 régions du Québec. Puis une équipe de liaison, ça comprend — bien, vous le savez sûrement — une équipe médicale, clinique de centre hospitalier, une infirmière de liaison, de centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance, un professionnel de la réadaptation affecté à la liaison et des lits multifonctionnels pour servir les citoyens... le soutien à la réadaptation et à la désintoxication. C'est clair qu'il faut toujours améliorer l'arrimage pour que les personnes en situation d'itinérance aient un meilleur accès aux services. Parce que, comme vous l'avez dit, pour une partie de la clientèle, il y a le phénomène des portes tournantes. Ils rentrent, ils ressortent, dès qu'ils sont à la rue, ils reviennent pas longtemps après. Alors, il faut éviter puis il faut faire un meilleur arrimage des services pour faire en sorte qu'on puisse les aider à trouver exactement la bonne place où ils doivent être pour obtenir les bons services qui leur sont... qui doivent leur être dévolus. Souvent, comme vous l'avez dit, il y a des problèmes de dépendance. Il y a d'autres problèmes liés à l'itinérance. Ces personnes-là se retrouvent finalement en situation d'isolement. Alors, il faut trouver pourquoi ils se sont rendus là. Ça peut être un problème qui est plus personnel, mais ça peut aussi être un problème sociétal.

En juillet 2012, il y a eu sept nouvelles équipes de liaison, dont quatre qui ont été déployées dans la région de Montréal, justement, parce que le phénomène est assez important à Montréal. J'ai aussi le goût de vous dire que le déploiement d'une formation sur les troubles concomitants de dépendance santé mentale en itinérance se fait en ce moment pour justement faciliter l'arrimage des services. Est-ce que ça répond à votre question ou si vous avez besoin d'en savoir plus?

Mme Montpetit : Non. Ça répond très bien à ma question.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Je vais maintenant céder la parole au député de Maskinongé.

M. Plante : Donc, merci beaucoup, M. le Président. Donc, chers collègues, Mme la ministre, l'équipe qui accompagne la ministre. Écoutez, vous avez le privilège, Mme la ministre, d'avoir sous votre chapeau... le privilège ou la grande tâche, je dirais, d'avoir plusieurs clientèles vulnérables sous votre chapeau. Et, vous savez, j'aurais aimé vous parler de sujets un peu plus légers, mais j'aurai le devoir, ce soir, de vous questionner sur tout le fléau de la violence conjugale vécue partout au Québec, dans toutes les régions. Comme vous savez, Mme la ministre, sûrement, M. le Président, elle comprend aussi les agressions psychologiques, verbales, physiques, sexuelles ainsi que les actes de domination sur le plan économique. Elle ne résulte pas d'une perte de contrôle, mais constitue au contraire un moyen pour choisir et pour dominer l'autre personne et affirmer son pouvoir sur elle.

La violence conjugale peut être vécue dans une relation maritale, extramaritale, amoureuse, et ce, à tous les âges, malheureusement. La violence conjugale peut être sournoise et elle doit être prise au sérieux. Bien évidemment, les femmes doivent savoir que plusieurs programmes, organismes sont là pour les aider et qu'elles peuvent parler de ce qu'elles vivent, et ce, sans risque, ce qui est très important. M. le Président, j'aimerais que la ministre nous parle des actions qui ont été prises en matière de violence conjugale afin de la prévenir et d'aider les femmes qui en sont victimes.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Effectivement, ce n'est pas un sujet qui est léger quand on parle de violence conjugale. Et je ne sais pas si vous avez eu l'occasion, à votre bureau de comté, de rencontrer des personnes qui ont eu le malheur de vivre cette violence, c'est vraiment quelque chose de bouleversant. Moi, ça m'est arrivé à une couple de reprises, et je vais vous dire que, la première fois que ça arrive, là, comme députée, c'est quelque chose, parce qu'il faut tout de suite se désengager de l'émotion puis trouver la bonne ressource pour la personne et faire en sorte que le contact se fasse, parce que ce n'est pas si évident que ça.

Mais, pour revenir à la problématique d'ensemble au Québec, il y a eu un plan d'action 2004-2009, puis c'était le deuxième plan d'action, en fait, à cette époque-là, qui avait été déposé, qui contenait 72 mesures. Et, à la suite de ce

plan-là, il y en a eu un troisième qui a été déposé. Et, dans ce plan-là, il y a eu 135 mesures qui ont été mises en place et qui sont imputables à sept ministères, dont trois secrétariats. Et, là-dedans, il y a un volet qui touche... un volet, entre guillemets, autochtone, là, qui touche la population autochtone. Des 135 mesures, le Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale contient 32 engagements relevant directement du ministère de la Santé et des Services sociaux, 12 pour le volet de la population autochtone. Au total, c'est sept qui sont associés à la prévention et à la promotion, quatre au dépistage et à l'identification précoce des situations de violence conjugale, 12 à l'intervention psychosociale. Vous voyez qu'il y a beaucoup d'actions qui sont mises en place. Cinq engagements ciblent les personnes qui vivent dans un contexte de vulnérabilité à la violence conjugale, dont neuf concernent les conditions essentielles à la réussite de ces actions.

Il y a de l'argent qui est déployé pour faire en sorte que ces actions-là puissent se mettre en place. En 2012-2013, il y a un montant de 1 220 000 \$ qui a été réparti selon une approche populationnelle entre 17 régions du Québec afin de mettre en oeuvre deux engagements du plan : soutenir les initiatives régionales et locales qui émanent des communautés qui ont besoin de prévenir et contrer la violence conjugale; la deuxième, bien, c'est consolider la concertation intersectorielle régionale et locale. Évidemment, il faut que les... Il y a toujours une question d'arrimage dans tous les services. Cette répartition est reconduite pour les cinq prochaines années du plan d'action. En 2013-2014, le 1 220 000 \$ destiné aux régions a été versé, comme prévu, au début de l'automne.

Il y a des organismes qui reçoivent des sous, dont les organismes... puis c'est des sommes qui sont récurrentes, dont 660 000 \$ pour les organismes qui viennent en aide aux hommes ayant des comportements violents. Il y a aussi un montant de 179 500 \$, non récurrent celui-là, qui a été octroyé aux mêmes organismes pour remédier au problème des listes d'attente de ces organismes-là. Et évidemment il y a un comité de travail qui a été mis sur pied, en 2012-2013, justement, comme je vous le disais au niveau de l'arrimage, pour favoriser l'action concertée auprès aussi des enfants. Parce qu'on peut parler des femmes violentées, mais, quand il y a une famille autour, il y a des enfants qui la vivent, cette violence-là, et qui, parfois, peuvent la subir aussi.

Alors, pour ce qui est du volet de la population autochtone, il y a des montants aussi qui ont été attribués pour contrer les organismes communautaires, mais si vous voulez... pour contrer les organismes! pour contrer le phénomène de la violence dans les organismes communautaires. Et, si vous me le permettez, je demanderais à M. Gagnon, sous-ministre associé, de donner d'autres informations complémentaires.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Je vais tout simplement demander que l'on renouvelle le consentement à entendre M. Gagnon.

Des voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Oui, consentement. Alors, M. Gagnon, je vous en prie.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, M. le Président. Tel que la ministre l'a précisé, il est très important, pour agir de façon efficace sur la problématique de la violence conjugale... c'est qu'on puisse... À la faveur des différents plans d'action et des différentes préoccupations — on pense notamment, là, au comité qui s'est penché sur les homicides intrafamiliaux — il faut s'assurer que l'ensemble des actions ministérielles et gouvernementales, de même qu'avec les différents partenaires du milieu, soient bien coordonnées. Donc, c'est le propre de ce plan d'action qui met effectivement à profit, là, les nouvelles connaissances, notamment en matière de violence conjugale. Il est peut-être important de préciser nécessairement les efforts qui ont été consentis au cours, là, des dernières années pour agir sur cette problématique-là — ...

Le Président (M. Tanguay) : M. Gagnon, il reste 15 secondes.

M. Gagnon (Sylvain) : ...15 secondes — donc principalement autour des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence. Donc, c'est des efforts nécessaires qui devaient être faits. On a doublé, en fait, le financement qui est accordé à ces ressources-là, on pense aux centres de femmes également, donc plusieurs mesures...

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : ...auprès du communautaire pour agir sur la problématique.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. Gagnon. Vous le constatez, j'ai un rôle parfois ingrat. Désolé de vous couper la parole, mais nous devons maintenant passer au deuxième groupe d'opposition pour un bloc de 20 minutes avec le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. M. le Président, nous avons tous en mémoire les événements malheureux qui se sont produits à L'Isle-Verte, et je vais aborder ce sujet-là avec toute la délicatesse requise, mais, suite aux événements qu'on connaît, il y a eu une inspection qui a été faite par le gouvernement au niveau des CHSLD, notamment sur la protection incendie. Cette vérification-là a révélé que 25 CHSLD au Québec n'étaient pas munis de gicleurs, et donc étaient à risque de voir un événement comme celui-là se reproduire. 31 sont protégés, mais partiellement, ce qui nous fait 56 établissements, là, qui n'ont pas une couverture adéquate au niveau de la prévention incendie. Donc, ce que j'aimerais savoir de la ministre, c'est quel est le plan qui a été prévu pour corriger cette situation-là et quels sont les échéanciers que la ministre s'est donnés pour mettre le plan en oeuvre.

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

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Je veux remercier le député de La Peltrie pour sa question, mais, comme elle ne relève pas de mon chapeau, je n'aurai pas exactement les réponses à vous fournir. Cependant, j'ai quelqu'un avec moi qui est M. Gagnon, le sous-ministre associé, qui travaille avec aussi le ministre de la Santé et Services sociaux, qui est en mesure de vous répondre en partie à votre questionnement. Si vous me le permettez, il pourra...

• (20 h 30) •

Le Président (M. Tanguay) : Nous avons le consentement pour entendre M. Gagnon? Oui? Alors, je vous en prie, M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : Effectivement, là, les données qui nous sont présentées par M. le député sont tout à fait justes. Nous avons fait le point, là, régulièrement avec les P.D.G. d'agence de santé et de services sociaux sur cette question-là, au cours des dernières semaines, et l'orientation qui a été donnée, c'est de s'assurer, dans le cadre de ce qu'on appelle le maintien d'actif... Comme on le sait, c'est que, bon an, mal an, les établissements reçoivent un financement — et là on pense aux CHSLD — pour s'assurer que leurs immobilisations, leurs actifs immobiliers soient bien maintenus et soient mis à jour, de sorte que ce qui a été convenu pour les CHSLD qui ne sont pas encore munis d'appareils ou d'installations de gicleurs... puissent être mis aux normes, giclés d'ici... à l'intérieur d'une période de cinq ans. L'objectif n'est pas de prendre cinq ans mais nécessairement qu'on puisse, là, faire les bonnes évaluations, s'assurer de faire les estimations, faire les appels d'offres et qu'on soit en mesure, à l'intérieur du maintien d'actif, de compléter l'ensemble du réseau d'appareils gicleurs dans nos CHSLD ici au Québec.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Donc, j'entends que le plan est quand même sur cinq ans. Puis je comprends, là, ce que le sous-ministre me dit, là, l'objectif n'est pas nécessairement de se rendre à cinq ans. J'imagine que le plus tôt sera le mieux.

Ceci étant dit, considérant les risques encourus, est-ce qu'il y a des mesures transitoires qui peuvent être mises en place d'ici à ce que les mesures permanentes soient mises en place? Parce que, bon, je n'ai pas envie, évidemment, de ressasser les tristes événements qu'on connaît, là, mais j'imagine que le sous-ministre et la ministre, comme moi, là, sont conscients des risques inhérents à ne pas avoir une protection adéquate. Et donc, en attendant d'avoir des mesures permanentes, est-ce qu'il y a des mesures transitoires qui seront mises en place?

Le Président (M. Tanguay) : M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, oui, il y a différentes mesures qui sont déjà en place, là. La protection de sécurité incendie, dans nos installations, se réalise par plusieurs mesures, que ce soient des plans d'évacuation qui sont efficaces, que ce soient des mesures, effectivement, de... À la faveur de la réalisation, là, des plans d'évacuation, il faut s'assurer qu'on puisse évacuer les personnes sur les... par étage avec des délais d'intervention, de sorte que ce qu'on a mis en place transitoirement, par exemple, là, c'est des murs coupe-feu, qu'on appelle, des systèmes de détection, d'alarme incendie, de sécurité. Il faut s'assurer également qu'à chaque année il y a des mesures, là... le plan d'évacuation, des exercices d'évacuation puissent se réaliser.

Et peut-être en terminant, là, brièvement, c'est clair qu'à l'intérieur de l'orientation qui a été donnée, qu'on puisse parachever le réseau des gicleurs à l'intérieur des cinq prochaines années, je l'ai dit et je le répète, ce n'est pas un objectif à atteindre, cinq années. C'est une des priorités en ce qui concerne le maintien des actifs, et les établissements sont au travail pour le plus rapidement possible compléter l'arsenal de moyens en matière de sécurité incendie dans nos établissements que sont notamment, là, le système de gicleurs.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. Toujours sur la question des CHSLD, on sait qu'il y a des visites d'appréciation qui doivent être faites. En fait, il y a deux types de visite d'appréciation : il y a la visite qui est planifiée, pour laquelle, évidemment, on requiert que les administrateurs soient en place pour être capables d'avoir toutes les réponses à nos questions, puis il y a les visites-surprises aussi qui nous permettent de valider effectivement si les mesures correctives qui devaient être apportées notamment l'ont été.

Est-ce qu'au niveau du ministère il y a un objectif quant au nombre de visites d'appréciation, autant des visites planifiées que des visites-surprises qui devront être faites dans les prochaines années? Et est-ce que les ressources pour atteindre ces objectifs-là seront au rendez-vous? On parle évidemment des inspecteurs, là, pour être plus clair dans ma question.

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

Mme Charlebois : Bien, ce que j'ai le goût de dire, M. le Président, c'est que toujours... bien que ce ne soit pas sous le chapeau de la ministre déléguée, c'est sous le chapeau du ministre de la Santé, je vais demander au sous-ministre associé de vous répondre. Mais en fait cette question-là devrait s'adresser au ministre de la Santé.

Le Président (M. Tanguay) : M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : Écoutez, il est important peut-être de faire un retour sur l'histoire, là. Au printemps 2012, donc, le Dr Bolduc et la ministre de l'époque des Services sociaux, Mme Dominique Vien, avaient annoncé un resserrement des processus, là, d'inspection et de visite en CHSLD. L'engagement qui a été pris, c'est que les 425 installations de CHSLD au Québec puissent être visitées par les équipes ministérielles. Et là vous avez fait état avec justesse des visites qui sont annoncées et celles... les visites qui se font de façon impromptue. Les 425 visites dont il est question, ce sont des visites impromptues. L'engagement qui a été pris, c'est qu'à l'intérieur de 24 mois... que l'ensemble des installations puissent être visitées, de sorte qu'on a dû procéder à l'embauche de six inspecteurs ministériels, qui sont accompagnés par des inspecteurs qui sont dans nos agences. Donc, au total, on a 16 agences avec nos inspecteurs ministériels, donc ça nous fait au-delà d'une vingtaine d'inspecteurs qui, bon an, mal an, seront en mesure de faire à peu près 225 visites. Au cours de la dernière année, donc, ces personnes-là ont été embauchées et elles ont été formées. Ce qu'il faut se rappeler également : dans le cadre de ces visites-là, le ministère avec les agences sont accompagnés des représentants du comité provincial des usagers de même que le conseil de protection des malades et un représentant par région d'ainés, de sorte qu'on a une équipe de cinq personnes qui vont effectivement apprécier la qualité des services.

En terminant, ce qu'il est important de préciser, c'est qu'au cours de la dernière année l'objectif a été réalisé, c'est-à-dire on a tout près de 50 % des 425 installations qui ont été visitées. Au sortir des visites, il y a un rapport qui est transmis à l'établissement, et, suivant les recommandations qui sont faites, on va devoir préparer un plan, un plan d'action pour donner suite aux recommandations. Et, dépendamment du type de recommandation qui est fait, on va s'assurer effectivement que le plan d'action soit traduit dans des délais de 45 jours quand on pense qu'il y a des éléments qui doivent être faits rapidement, sinon le délai normal pour qu'on puisse recevoir le plan d'action est de 60 jours.

Il est important de préciser également qu'à la faveur de ces visites-là ministérielles... J'ai parlé des inspecteurs dans chacune des agences de santé, il y a un suivi très rigoureux qui doit se faire par les agences pour s'assurer qu'on a donné suite aux différentes recommandations suivant, donc, les visites qu'on a faites. Ce ne serait pas utile de faire des visites si on n'avait pas une attention particulière quant au suivi des recommandations, et c'est le travail qui se fait conjointement.

Il est important, peut-être en terminant, de rappeler que les établissements... l'ensemble des directions générales des établissements sont très, très préoccupées par, justement, l'amélioration de la qualité. Et, le processus qu'on a mis en place, on le voit à travers les différentes inspections qu'on fait, les directions d'établissement apprécient les visites, parce qu'il est important que ces visites-là se fassent dans un objectif d'appréciation et d'amélioration de la qualité, qu'on donne les outils nécessaires aux cliniciens, aux gestionnaires, aux comités d'usagers qui représentent les personnes qui sont hébergées, donc donner autant d'éléments d'information, des outils pour justement améliorer de façon continue la qualité en CHSLD.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : Merci, M. le Président. Dans un autre ordre d'idées, là, avant que la ministre ne pense que je la boude, vous parlez de... Au niveau de la réadaptation physique, j'aimerais savoir de la ministre s'il y a des objectifs très clairs, parce que notamment, là, au niveau des établissements en réadaptation physique, il y a des listes d'attente qui sont très longues. On parle de plus de... si on parle d'enfants, là, de 17 ans et moins, là, 1 661 très exactement qui ont des troubles du langage et qui attendent des services. Puis il faut comprendre que, bon, quand on est à ces âges-là, l'impact, M. le Président, il est majeur, trouble du langage amène souvent trouble de compréhension, donc au niveau académique on peut comprendre l'hypothèque que ça représente pour ces enfants-là. Et d'être sur une liste d'attente veut dire ne pas recevoir les services nécessaires et donc mettre en péril l'année scolaire, la réussite et éventuellement avec toutes les conséquences, puis je suis sûr que la ministre est bien consciente de ça.

Donc, ma question à la ministre, c'est : Est-ce qu'il y a un objectif très clair de sa part pour réduire ces listes d'attente là? Et quelles seront les ressources consenties pour atteindre ces objectifs-là? Avec les échéanciers, évidemment.

• (20 h 40) •

Le Président (M. Tanguay) : Mme la ministre

Mme Charlebois : Bien, M. le Président, c'est une problématique, que le député de La Peltrie soulève, qui est vraiment importante et qui implique plusieurs ministères, j'aurais le goût de vous dire. C'est une préoccupation du gouvernement, c'est bien évident, mais je pense que c'est une préoccupation de tous les députés que de travailler sans relâche pour faire en sorte que les personnes qui vivent avec une déficience puissent obtenir les services adéquats. Et il faut travailler à faciliter l'intégration sociale de ces personnes-là, mais, pour ça, il faut les services nécessaires.

Depuis 2003, il y a des orientations, il y a un plan d'action qui a été déployé, qui ne cesse de se peaufiner. Il y a beaucoup de travail qui a été fait, mais évidemment il y a encore du travail à déployer. Puis, comme vous l'avez dit, les listes s'allongent parce qu'il y a beaucoup de gens qui sont, probablement, dépistés davantage avec des difficultés... ou en tout cas il y a beaucoup plus de sensibilisation, puis les gens vont plus chercher les services qu'à une certaine autre époque.

En 2001, il y a eu la politique et le plan d'action pour les déficiences intellectuelles, et il faut... Le principal défi, là, pour les CSSS, c'est l'amélioration de l'accès aux services de santé destinés à ces populations-là. C'est des populations spécifiques. Les CRDI, eux autres, le principal défi réside dans le développement des services de pointe pour toutes les problématiques, notamment aussi les troubles graves de comportement.

Il y a, en déficience physique, des objectifs, il y en a 18 qui ont été regroupés autour de cinq thèmes : le rehaussement de l'offre de services, l'amélioration de l'accès aux services, l'amélioration de la qualité des interventions

des professionnels et des intervenants, le développement d'outils de gestion puis la clarification des principaux concepts rattachés au programme de déficience physique. C'est évident que plus on agit rapidement, plus on a des chances d'aider les gens et de faire en sorte qu'il y ait un rétablissement.

Le Président (M. Tanguay) : M. le député de La Peltrie.

M. Caire : M. le Président, je connais quand même la ministre depuis un certain temps et je sais que c'est une personne de coeur, qui est animée de plein de bonnes intentions. Malheureusement, je dois dire que sa réponse, là, c'est beaucoup de lieux communs, beaucoup de vœux pieux. Le problème, il perdure depuis 10 ans, puis les listes d'attente, non seulement elles ne se résorbent pas, mais elles s'allongent. Puis je ne veux pas en faire un cas personnel, M. le Président, mais je vis cette problématique-là personnellement. Puis, quand la ministre dit que c'est un problème de plusieurs... qui implique plusieurs ministères, mon Dieu qu'elle a raison! Et, quand on dit : Est-ce que c'est parce qu'on fait du dépistage de plus en plus précoce?, la réponse à ça, c'est non. En tout cas, ce n'est pas l'expérience qu'on en a. Le dépistage, il ne se fait pas. Normalement, c'était supposé se faire en CPE, puis on comprend que ça ne se fait à peu près pas. J'ai vécu des élèves de première, deuxième année dont les parents se faisaient dire : Ah! mais ça va s'améliorer, laissez ça aller, ça va s'améliorer. Ça, c'est le vécu. Ça, c'est ce qui se passe sur le terrain, là. Puis ce que je veux de la ministre, ce n'est pas une litanie de chiffres qu'on lui aura communiqués. Je m'attends d'elle, là, qu'elle soit capable, comme ministre, de dire : Oui, on est conscients de cette problématique-là, et voici mon objectif, et voici les ressources qu'on va y mettre, parce que, pendant qu'on se réunit dans des lieux communs puis des bonnes intentions, il y a des ti-culs qui n'ont pas les services dont ils ont besoin, qui sont laissés à eux-mêmes, il y a des parents qui sont laissés à eux-mêmes, il y a des parents qui cognent à toutes les portes possibles et imaginables en se faisant dire : Qu'est-ce que vous voulez?

Je veux juste donner un exemple, M. le Président. Une des bonnes choses que le Parti libéral a faites, c'est la mise en place de l'aide aux devoirs. Puis je le dis encore une fois, je ne veux pas en faire un cas personnel, mais mon petit bonhomme a eu accès à l'aide aux devoirs, puis ça l'a aidé. Puis ça l'a aidé, puis après ça on a dit : Ah! bien là ça va bien, on va lui enlever ça. Ça fait que, là, on dit : Il n'est pas capable de nager, je vais lui mettre des flotteurs, puis à cette heure qu'il flotte je vais lui enlever ses flotteurs, parce qu'il y en a qui sont pires.

Alors, c'est cette situation-là, M. le Président, que les parents vivent. Ça fait que moi, quand on me donne toutes sortes de lieux communs, je trouve ça bien beau, là, mais la vérité, là, c'est : Qu'est-ce que vous avez à dire aux parents, là, qui ont 1 661 enfants qui ont des déficiences au niveau du langage, qui attendent des services, qui n'ont pas de service, puis qui sont placés sur une liste d'attente, puis qui vivent avec leurs problèmes puis avec toutes les conséquences puis l'impact que ça peut avoir sur le développement de l'enfant? Je ne suis pas sûr que la réponse que la ministre vient de donner, là, ça vient de soulager l'angoisse de ces parents-là. Je le dis en tout respect, M. le Président.

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

Mme Charlebois : Moi, M. le Président, j'ai le goût de dire au député de La Peltrie qu'il n'y a personne qui a le monopole de la compassion ici, au Québec, puis c'est... Moi aussi, j'ai des enfants puis j'ai des petits-enfants, là. Je n'ai pas un coeur de pierre, je pense que j'ai un coeur comme tout le monde. Et je n'ai pas non plus la prétention d'arriver dans un ministère, en un mois et demi tout virer la baraque de bord.

Ce que je peux vous dire, c'est qu'en 2003-2004 il y avait exactement, au total, là, ici, DI, TED puis DP, là, déficience physique, 93 000 personnes qui ont eu des services. En 2012-2013, on est passé à 117 274, il y a eu une augmentation bien importante, là, on peut le figurer. Notamment au niveau de la déficience du langage et de la parole, on est passé, là, 2003-2004, de 6 491 à 11 241; il y a eu une augmentation de 73 %. Ça fait que c'est sûr qu'il y a eu plus de jeunes... ou plus de personnes qui ont été diagnostiquées.

Ceci étant, est-ce qu'on peut faire mieux? C'est certain, c'est certain. Est-ce que je peux vous... prétendre d'avoir tout réglé ça en un mois et demi? Non. Est-ce que je suis assez sensible pour m'y pencher? Oui. Est-ce que j'ai rencontré des groupes qui travaillent déjà là-dessus? Oui. Mais, pour vous répondre actuellement dans le concret qu'est-ce que j'ai eu le temps de faire, là, on est dans l'élaboration des plans. Je viens de prendre mon ministère, ça fait un mois et demi. On est dans l'étude des crédits, je vous donne le taux d'augmentation. Encore cet après-midi, j'avais des gens à mon bureau qui m'ont fait part de ces difficultés-là. Et, M. le député, je vous comprends parce que vous êtes touché personnellement, mais des cas comme vous me relatez, vous m'avez relatés... M. le Président, comme M. le député de La Peltrie m'a relatés, j'en ai dans mon bureau, puis ce n'est pas... on n'est pas insensibles, les députés, personne, à ça, là.

Si vous me le permettez, pour plus de détails... Parce que moi, j'arrive, mais il y a des gens qui étaient là avant moi. Ils pourraient vous donner un complément de réponse.

Le Président (M. Tanguay) : Oui, M. Gagnon. Pour 1 min 30 s au total, M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, très, très brièvement, là. Nécessairement, la préoccupation des retards du développement, pour avoir eu des discussions notamment avec la directrice générale de la fédération des centres de réadaptation en déficience physique, c'est probablement une des problématiques qui est prioritaire. Donc, vous l'avez dit avec, tout à fait, juste : Si on n'intervient pas de façon précoce, en jeune âge, on risque effectivement de créer des situations de retard de développement. C'est une des priorités de l'association à travers les efforts d'optimisation, à travers la révision des pratiques.

Puis, quand je parle de révision des pratiques, un exemple très concret : antérieurement, on travaillait beaucoup en individuel. Donc, ce n'est pas toujours possible de travailler en groupe, mais notamment en ce qui concerne le retard,

le développement langagier, ces choses-là, on peut de plus en plus travailler avec des groupes puis avoir effectivement davantage d'impact, puisqu'on rejoint plus de clientèle. De sorte qu'il y a un effort important de réviser les pratiques sur le plan clinique qui se fait notamment avec nos établissements et la fédération des centres de réadaptation en déficience physique, qui revoit continuellement les manières de faire et les pratiques pour optimiser, donc pour rejoindre plus de jeunes dans le contexte notamment qui nous préoccupe, puis là on parle des retards de développement.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup. Il restait cinq secondes, M. le député de La Peltrie, alors on pourra revenir lors du prochain bloc, si vous le permettez.

M. Caire : Oui, M. le Président. Transférez mon temps au prochain...

Le Président (M. Tanguay) : Et maintenant j'aimerais vous demander de reconnaître... Nous allons reconnaître le gouvernement, la banquette ministérielle, pour un bloc de 18 minutes. Et nous allons débiter avec le député de Saint-Maurice.

• (20 h 50) •

M. Giguère : Merci, M. le Président. Donc, nous apprenons, M. le Président, que le nombre d'enfants ayant un trouble envahissant de développement ou un TED, T-E-D, est aujourd'hui très important, notamment en milieu scolaire. Nous savons qu'en avril 2003 un document d'orientation nommé *Un geste porteur d'avenir* a été conçu afin de fournir les bases d'une organisation de services, puisque celle-ci était, à l'époque, quasi inexistante. Ce document tenait compte de l'état des connaissances en évolution dans le domaine des troubles envahissants du développement et comprenait plusieurs mesures exigeant la collaboration de nombreux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Il semble que, malgré ces avancées, le taux de prévalence relatif aux cas de TED ait toujours augmenté.

Permettez-moi, M. le Président, d'amener un petit peu mon expérience de vie. Ma conjointe, voilà deux ans, à l'âge de 42 ans, a été... elle a su qu'elle avait un TED. Puis c'est grâce à une amie médecin qui, elle aussi, elle l'a su à l'âge adulte. Elle voyait aller ma femme. Elle dit : Va passer des tests, et ça a été positif. Vous comprendrez que, depuis qu'elle est suivie, avec les médicaments et le suivi médical, sa vie, elle a changé de tout... donc, pour elle et pour la famille aussi, son entourage.

Donc, où est-ce que je veux en venir, c'est que le diagnostic précoce est très important pour ne pas que nos enfants, nos petits-enfants vivent que c'est que les adultes vivent quand ils l'apprennent à 40, 45 ans, qu'ils voient qu'avec un suivi et des médicaments ils sont capables d'avoir une qualité de vie meilleure. Donc, pour les proches, c'est très important.

Donc, vous comprendrez que, dans ma communauté, je suis beaucoup interpellé, parce qu'il y a des enfants avec un trouble envahissant du développement et qu'ils me questionnent sur ce qui est fait par le gouvernement pour aider ces enfants mais également les parents, qui doivent veiller à leur santé, à leur sécurité et à leur apprentissage. Ma question, Mme la ministre : Je me souviens que, sous un gouvernement libéral, en 2008, des sommes importantes avaient été injectées afin d'offrir un meilleur accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Où en sommes-nous aujourd'hui, madame?

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de Saint-Maurice. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Merci, M. le député de Saint-Maurice. Effectivement, comme il l'a relaté, les jeunes qui ont un trouble envahissant du développement, le fait d'avoir un diagnostic précoce facilite de grandement les capacités d'apprentissage, etc. Vous l'avez dit, sous un ancien gouvernement libéral, mais j'ai le goût de vous dire que sous, à cette époque-là, l'ancien ministre de la Santé et des Services sociaux qui est l'actuel premier ministre, il y avait un plan d'action pour les services aux personnes ayant des déficiences qui a été déployé, qui a été lancé, et, en ce sens-là, il y a eu 110 millions récurrents qui ont été répartis sous... 40 millions en 2007-2008, 35 millions en 2008-2009, un autre 35 millions en 2009-2010. Et évidemment les argents ne sont pas tout, mais ils permettent de financer des services.

Évidemment, les investissements ne se sont pas arrêtés là, M. le Président, il y a eu des investissements additionnels. Il y a eu un 8 millions en 2011-2012. 2012-2013, il y a eu un autre 35 millions d'ajouté par un gouvernement libéral, tout ça pour améliorer l'accès aux services. Il y a eu d'autres sommes qui ont été ajoutées, notamment un 10 millions par un gouvernement du Parti québécois. Bref, quand on parle de ces clientèles-là, on parle toujours des clientèles qui touchent tous les députés de l'Assemblée nationale.

Le plan d'action qui a été mis en place en 2008 comprend des standards pour l'accès aux services et leur continuité et des mécanismes pour améliorer l'organisation des services. Il faut savoir que des standards d'accès sont déterminés selon les niveaux de priorité et qu'il y a des délais maximaux de prise en charge qui sont prescrits. Pour améliorer la continuité de services, un intervenant pivot élabore et met en oeuvre un plan de services individualisés et coordonne l'ensemble des services aux besoins de la personne mais aussi de sa famille, parce que c'est bien beau parler de l'enfant qui est touché par le... qui a un TED, mais il faut parler de l'ensemble de la famille autour. De plus, chaque établissement est responsable d'implanter des mécanismes pour s'assurer d'une bonne organisation de services, et, comme je le disais tantôt, bien c'est un défi, hein, M. le Président. Tous les acteurs impliqués travaillent fort, mais, dans le contexte où il y a une augmentation importante du nombre de cas... Je l'ai dit dans mon discours d'ouverture. Depuis les années 2000, la prévalence des troubles envahissants de développement double tous les quatre ans, et une augmentation de 650 % en 10 ans a été observée. Ce n'est pas peu dire, là. Alors, ce qu'on souhaite... C'est des chiffres qui sont vraiment impressionnants, là, mais ce qu'on souhaite, c'est que les gens aient accès à des services le plus rapidement possible et une meilleure coordination et un meilleur arrimage de l'ensemble des soins qui leur soient offerts.

Alors, il y a eu un bilan en 2008-2011 du plan d'action, ça s'appelait *Un geste porteur d'avenir*, et qui a présenté un portrait de la situation. Il a indiqué les enjeux actuels pour améliorer les services, et les priorités d'action qui en découlent vont être arrimées avec le bilan sur la politique en déficience intellectuelle qui est présentement en cours de réalisation afin de définir les actions structurantes pour le programme TED. Alors, vous comprenez qu'on s'en vient, encore là, avec des choses éventuellement.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. Je cède maintenant la parole au député de Papineau.

M. Iracà : Alors, merci, M. le Président. Alors, pour continuer dans la lignée des sujets difficiles ce soir, je ne ferai pas exception. J'ai un sujet qui est sérieux, qui est difficile, en lien avec les homicides intrafamiliaux. Je pense que c'est la place pour en parler, en cette commission, d'un sujet difficile comme celui-là, comme les autres d'ailleurs, puis, je pense, ce serait une erreur de ne pas en parler et de faire semblant que ça n'existe pas. Il faut, je pense, prendre le temps d'analyser ce sujet-là d'homicides intrafamiliaux.

Je me souviens, moi, il y a quelques années, tout ce qui concerne le suicide, bon, bien il y a certains intervenants ou certains experts qui disaient : Bien, c'est un sujet tabou, il ne faut pas en parler. Mais avec les années on s'est aperçu qu'au contraire il faut être capable de dialoguer, d'échanger entre nous sur des sujets qui sont difficiles, mais il faut être capable de l'aborder puis essayer de trouver des éléments de réponse en analysant, et en questionnant, et en prenant tout en considération en lien avec le sujet.

C'est un sujet délicat, très complexe, un sujet qui fait beaucoup jaser, qui reste souvent sans réponse pour les familles laissées dans le deuil. Malheureusement, ça fait partie souvent... Dans les faits divers, plusieurs pages de journaux couvrent ce genre d'événement. Ceux-ci peuvent malheureusement survenir à n'importe quel moment. Trop souvent encore, nous pouvons voir ou entendre dans les médias sociaux ou télévisuels une situation particulière concernant un drame familial survenu subitement. J'ai eu l'occasion encore aujourd'hui, M. le Président, de lire et d'entendre aux nouvelles une situation en lien avec des homicides intrafamiliaux. Dans la majorité des cas, il y a un ou des éléments déclencheurs tels que la séparation — et ce n'est pas limitatif, là, M. le Président, je le nomme, là — où on entend le plus souvent parler... la séparation, le partage de la garde des enfants et également la violence conjugale, un dossier qu'on a déjà parlé ce soir. C'est un lien aussi qui peut amener des homicides intrafamiliaux.

Évidemment, l'homicide intrafamilial en soi est quelque chose de très dur à voir venir et à comprendre, même après coup. Nous avons tendance à croire, depuis les dernières années, que les homicides intrafamiliaux sont à la hausse et qu'ils prennent de plus en plus d'ampleur. Il y a eu plusieurs procès très, très médiatisés en lien avec ce genre de situation là. Je ne ferai pas la nomenclature ce soir de tous les dossiers médiatisés au Québec, je suis certain, M. le Président, que tous ici ont des cas en tête ou un cas en tête en particulier. Alors, c'est quelque chose qui malheureusement fait partie des situations difficiles au Québec; je pense qu'il faut l'aborder.

Alors, cette impression-là que nous avons à l'effet que ce genre de situation là est en hausse, première question en lien avec ça — puis j'ai une série de questions, M. le Président : Est-ce que c'est le cas? Est-ce qu'effectivement c'est le cas, il y a plus de situations en lien avec les homicides intrafamiliaux, ou c'est tout simplement une impression à l'effet que c'est plus médiatisé qu'avant, donc on est plus au courant? Alors, que pouvons-nous dire de la situation au Québec face à cela? Je sais qu'en 2011 le comité d'experts mis sur pied par notre éminent collègue de Jean-Talon s'est posé plusieurs questions à ce sujet-là. Pouvez-vous nous révéler les principales conclusions du rapport et nous éclairer sur le travail en cours avec les homicides intrafamiliaux au Québec?

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

• (21 heures) •

Mme Charlebois : Effectivement, M. le Président, notre collègue de Papineau a touché à un sujet très sensible et complexe. C'est des cas délicats, et il faut en parler, comme il y a fait allusion, avec beaucoup de sens des responsabilités, parce que ça touche des familles, ça touche des gens, et il est clair que c'est des cas qui frappent énormément la population.

Depuis 1980, M. le Président, les homicides intrafamiliaux sont en baisse de 32 %, mais chaque cas est un cas de trop. Même si c'est en baisse, chaque cas est un cas de trop pour tous ceux qui ont à vivre... les familles qui ont à vivre ça autour d'eux. Et c'est en ce sens-là que le député de Jean-Talon, comme l'a dit mon collègue, avait mis sur pied un comité en 2011. Celui-ci avait pour mandat de réaliser une analyse de l'état de situation sur l'ampleur du phénomène au Québec, dresser le portrait des services offerts et disponibles, recenser les meilleures pratiques et, le cas échéant, d'émettre des recommandations en tenant compte, évidemment, des orientations ministérielles existantes, tout ça dans le but de prévenir les homicides intrafamiliaux.

Le comité a été présidé par M. Gilles Tremblay, qui est un professeur titulaire de l'École de service social de l'Université Laval. Il y avait aussi d'autres experts qui y étaient, à cette table, notamment le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. Il y avait des gens du Centre de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Il y avait aussi des gens du Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale, qui relevait du CSSS du Lac-Saint-Jean, et il y avait aussi des représentants évidemment des directions du ministère de la Santé et Services sociaux, et finalement des experts provenant d'organismes communautaires qui travaillent justement avec les gens sur le terrain, notamment À cœur d'homme, regroupement d'organismes qui intervient auprès des hommes ayant des comportements violents, la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes et l'Association québécoise de prévention du suicide.

Le rapport, M. le Président, a été déposé le 22 novembre 2012 et il contenait 38 recommandations qui visent à prévenir les homicides intrafamiliaux et intervenir à la suite de ces événements-là au regard du secteur de la santé

et services sociaux. Le travail est déjà bien débuté. Et il y a en effet une direction du ministère de la Santé et Services sociaux qui a été désignée pour assurer une coordination des recommandations du rapport. Il s'agit de la Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires, qui a coordonné les travaux du comité d'experts et assure maintenant une coordination suivie des recommandations.

Au cours de l'automne 2013-2014, il y a eu, M. le Président, un comité ministériel qui a été mis sur pied afin de suivre la mise en oeuvre des recommandations. Ce comité est constitué de la direction de santé publique, la direction de santé mentale, la Direction des jeunes et des familles et de la Direction de la planification et des orientations stratégiques, pour le dossier de santé et bien-être des hommes.

Il y a eu également des sommes supplémentaires octroyées aux organismes pour hommes ayant des comportements violents, pour hommes en difficulté, et un montant de 1 160 000 \$ récurrent a été octroyé aux organismes pour hommes ayant des comportements violents. J'en ai parlé tantôt avec le député de Rosemont. Il y a eu un 660 000 \$ qui a été accordé directement — récurrent — aux hommes ayant des comportements violents, mais il y a aussi un 500 000 \$ qui a été accordé aux hommes qui vivent des difficultés. Parce qu'en ce moment il y a des gens qui ont des... des hommes qui ont des comportements violents, mais il y a aussi des hommes qui se retrouvent, après une séparation ou... avec des pertes d'emploi ou toutes sortes de difficultés qui peuvent leur arriver dans la vie, qui ont besoin de soutien.

L'objectif des financements était, en plus d'améliorer l'accès aux services et réaliser les projets... À cet effet, les sommes ont permis le rehaussement du soutien à la mission globale des organismes. Nous avons pu, avec les nouvelles sommes, ouvrir des points de service et donc réduire les distances pour avoir accès aux services de base de ces organismes-là. La violence conjugale était présente, dans un grand nombre de cas, avant l'homicide intrafamilial. Ces organismes jouent donc un rôle de premier plan dans la prévention des crimes dont vient faire part le député de Papineau.

J'en ai parlé, la séparation est un facteur de risque, évidemment. Et il y a des sommes qui ont été déployées pour rehausser le financement de 27 organismes communautaires pour hommes ayant des comportements violents, dont 15 pour les hommes en difficulté, puis je vous ai nommés les montants un peu plus... précédemment. Et le ministère a également mandaté l'Agence de la santé et services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean pour le développement d'un outil d'estimation de la dangerosité, d'une formation associée qui s'adresse à tous les intervenants du réseau de la santé et services sociaux. La diffusion de l'outil et de la formation est prévue au cours de l'hiver 2015, l'hiver qui vient. Il y a, à ce jour, 34 organismes, 64 participants qui ont été rejoints par la formation. Il y a aussi... Nous aurons le dépôt d'un rapport du Conseil de presse, cet automne, qui nous livrera ses réflexions par rapport au traitement de l'information quand arrivent ces situations désolantes.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. Alors, pour 1 min 45 s, M. le député de Papineau.

M. Iracà : Oui, alors, j'étais pour vous demander combien de temps il reste.

Le Président (M. Tanguay) : 1 min 45 s.

M. Iracà : 1 min 45 s. Alors, simplement pour souligner le fait que ça me soulage d'entendre la ministre nous mentionner que le pourcentage est à la baisse, mais que, malgré ça, il reste un pourcentage, alors il faut s'attaquer au sujet. Mais ça éclaire, je pense, au bénéfice des citoyens, parce que, des fois, on peut avoir une impression en lien avec les médias, et là on a les chiffres et les faits concrets qui ont été mentionnés par la ministre. Alors, de savoir que le pourcentage est à la baisse, c'est une bonne chose, qu'on ne lâche pas. De savoir qu'il y a de l'argent d'investi pour les organismes en lien avec cette problématique-là, moi, je perçois ça comme une bonne chose. Et aussi, surtout, qu'il y ait une continuité en lien avec le rapport qui avait été soumis, ça fait en sorte qu'on peut se dire que, malgré les fluctuations politiques ici et là, ça continue, et il y a un suivi qui est fait en lien avec les réflexions qui ont eu lieu dans le passé, les réflexions d'experts qui se sont prononcés sur le sujet, et, bien, ça aboutit avec des résultats.

Et puis là j'entendais : Le Saguenay—Lac-Saint-Jean, bien, c'est aussi sécurisant pour tout le Québec, toutes les régions du Québec. Ce n'est pas parce qu'on habite en région éloignée qu'on n'aura pas un service de qualité et des organismes qui viennent en aide, en lien avec ces personnes-là qui vivent des difficultés, surtout les hommes qui ont besoin d'aide, effectivement, lorsqu'ils vivent des situations dramatiques. Parce que, souvent, c'est eux qui posent des gestes dramatiques, alors il faut être là pour les soutenir, et là ce que je comprends, c'est que le gouvernement est là. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député de Papineau. Je vais maintenant céder la parole au député de Mercier pour un bloc de 16 minutes.

M. Khadir : Merci, M. le Président. Mme la ministre, c'est la première fois que j'ai l'occasion de m'adresser à vous dans vos nouvelles fonctions, alors toutes mes félicitations! Bon, si le temps nous le permet, je vais aussi, plus tard, parler, si possible, des organismes communautaires et j'aimerais aussi attirer votre attention sur la question, justement, du budget... de l'aide financière aux personnes handicapées.

Mais, dans un premier temps, je voudrais vous parler des crédits aux agences de la santé et des services sociaux. J'attire votre attention au tableau qui apparaît en haut de la page 175. Il y a une diminution, au total, de 5 millions, un peu plus de 5 %, en fait, du budget de ce programme-là. Or, on sait que c'est les agences qui fournissent le budget des CSSS, et donc des CLSC, les CLSC, qui s'occupent de plusieurs programmes, dont deux programmes qui sont des programmes de services qui touchent aux besoins de l'ensemble de la population. Il y a toutes les questions qui touchent

la santé publique. Ensuite, il y a les activités cliniques et d'aide, qui couvrent les services de première ligne. D'accord, lorsqu'on sort de l'hôpital, on est au CLSC, il y a tous ces besoins-là. Ensuite, il y a sept programmes plus spécifiques qui s'adressent à des sous-groupes de population : autonomie des personnes âgées, déficiences physiques, déficiences intellectuelles, les jeunes en difficulté, les dépendances, santé mentale, santé physique. Donc, ça fait beaucoup de choses à couvrir. Là, c'est des coupes, il s'agit... c'est vraiment une... Ce n'est pas une limite à la croissance des dépenses, c'est vraiment une diminution des budgets alloués.

• (21 h 10) •

Alors, on a des exemples d'impacts directs. C'est sûr que... Je suis sûr que, comme ministre, comme députée, vous êtes soucieuse de faire en sorte qu'il n'y ait pas de coupures dans les services, hein? Maintenant, il y a toute une insistance, de la part du gouvernement, à dire qu'il n'y aura pas de coupures dans les services, mais la réalité, c'est que, d'ores et déjà, on voit les coupures se manifester sur le terrain. Je passe très rapidement sur quelques-unes qui ont déjà été annoncées : CSSS de la Montagne, 17 postes d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'hygiénistes dentaires seront éliminés, moins 1,2 million; en Estrie, la construction du Centre femme-jeunesse-famille, à Sherbrooke, est repoussée jusqu'en 2024; en Outaouais, à partir du 15 juin, si aucun financement additionnel n'est octroyé, Le Centre d'aide 24/7, qui vient en aide aux personnes en détresse psychologique, devra fermer ses lits d'urgence et refuser les visites sans rendez-vous. Il y a une série d'autres exemples, là, il y en a plusieurs. Je pourrais soumettre la liste à votre collègue. En Abitibi-Témiscamingue, c'est une ponction de 310 000 \$ dans un service de base d'Info-Santé, là, pour un vaste territoire, c'est une coupure de trois postes sur huit. On songe même à confier le service, peut-être, à une autre région si on ne trouve pas d'autres solutions.

Je comprends que vous dites, vous savez... Vous dites que votre père... Et c'est une sage réflexion, qu'on ne peut pas donner... Je ne sais pas comment vous l'avez dit... On ne donne pas ce qu'on n'a pas, hein, dans la vie. Alors, dans la vie des gouvernements qui se sont succédé au Québec dans les 10 dernières années, il y a eu plus de 12 milliards de dollars de réductions d'impôt qui ont été données, dont l'essentiel, une majorité, a profité surtout au 20 % des hauts revenus, quand vous faites les calculs. Est-ce que c'était nécessaire? C'est ce qu'on a... Si on n'a rien à donner à ces groupes-là, comment ça se fait qu'on a donné ces cadeaux-là aux plus nantis?

Juste à titre d'exemple, votre gouvernement — l'ancien, dans lequel vous étiez députée — mais dirigé par M. Charest, en 2007, a coupé la taxe sur le capital des entreprises. Sur les 1,2 milliard que ça représente aujourd'hui, là, comme cadeau allant des contribuables aux entreprises, 800 millions, suivant les chiffres de 2012, profitent aux entreprises bancaires et financières. Bien, si on n'a pas d'argent à donner, là, pourquoi on donne ça, là? 27 milliards. Je vous invite à réfléchir avec moi... je ne dis pas que vous êtes responsable, mais à réfléchir puis, dans le dernier rapport financier... fiscal, sur la fiscalité des entreprises, qui date de 2013 et qui parle de 2008, il y a pour 27 milliards de dollars de dividendes versés par les entreprises québécoises, qui auraient pu être imposées, mais qui bénéficient d'un congé de taxes parce que les dividendes ne sont imposés qu'à 50 %.

Alors, Mme la ministre, si, dans la vie, on ne donne pas ce qu'on n'a pas, comment ça se fait qu'on en a donné autant? Puis là, aujourd'hui, on nous dit ça, là, qu'on n'a pas à donner?

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

Mme Charlebois : Bien, merci, M. le Président. D'abord, je veux saluer mon collègue de Mercier et le remercier de sa question, mais lui dire que toutes les questions qui touchent la fiscalité... Ce n'est pas moi, le ministre des Finances. Je l'ai déjà dit en Chambre, mon titre, c'est ministre déléguée, hein, à la Réadaptation, Protection de la jeunesse et Services sociaux, d'une part. D'autre part...

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Non, non, non. La ministre a la parole, laissez-la continuer, s'il vous plaît. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Et j'ai aussi le goût de vous dire que, si vous voulez parler de fiscalité, il faudrait vous adresser au ministre des Finances. Ceci étant, il est très, très clair dans ma tête... J'ai entendu des cas particuliers que je ne peux vérifier en ce moment, mais il est très, très clair dans ma tête que tout ce qui se passe, que ce soit au niveau des budgets, que ce soit au niveau de la révision des programmes, ce n'est pas dans le but de couper des services à la population. Il faut arrêter de dire ça aux gens. Ce n'est pas dans ce but-là. C'est justement dans le but de protéger les services publics à la population qu'on fait les exercices qu'on est en train de faire.

Sur les cas particuliers, je vais inviter, si vous me le permettez, M. le Président, le sous-ministre à répondre aux questions, mais avant je veux aussi dire que mon rôle, et je veux vous rassurer, est de soutenir les populations vulnérables, et je peux vous dire... non seulement je veux vous rassurer, vous, M. le député, mais je veux rassurer la population que je vais mettre tous les efforts et les énergies nécessaires. Et d'ailleurs il y a des gens, déjà, au gouvernement qui pourraient vous confirmer que je suis d'une ardeur au travail quand je veux défendre les clientèles vulnérables, vous n'avez pas idée.

Si vous me le permettez, je vais demander au sous-ministre de répondre à votre question précise.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, juste avant, on va demander le consentement à ce que monsieur intervienne. Alors, est-ce qu'on a le consentement? Oui. On a le consentement? Avant que je vous cède la parole, j'aimerais donc que vous puissiez nous donner votre nom et votre fonction, et la parole sera à vous.

M. Fontaine (Michel) : Alors, bonsoir, Michel Fontaine, sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux. Alors, M. le Président, concernant la situation de la compression de 5 millions dans les agences, il s'agit vraiment du fonctionnement des agences. Ici, il n'est pas question de descendre dans les activités du réseau. Ça se limite à l'administration des agences, c'est l'utilisation même du fonctionnement des agences. Il n'y a pas de... Il n'y a aucune activité de ce 5 millions là qui est descendue dans le réseau, au niveau des activités spécifiques au réseau. Donc, pour cet aspect-là, c'est clair, là. C'est vrai qu'il y a une compression au niveau des agences, mais c'est le fonctionnement administratif des agences. La consigne est claire, ce n'est pas un budget réseau, c'est le budget des agences.

Pour la situation un peu plus globale, la consigne qui est donnée à tous nos P.D.G. d'agence et aux D.G. d'établissement dans la période que l'on vit actuellement, c'est d'améliorer... de travailler à l'amélioration de la performance du réseau, et on en a parlé abondamment cet après-midi à l'étude des crédits de la santé. Donc on doit améliorer l'efficacité, l'efficacités, la performance. Et, la consigne qui est donnée, on est dans des mesures administratives actuellement, on n'est pas dans des mesures de diminution de services ou d'accès.

Vous avez donné des exemples, on en a pris note, donc on va rappeler à l'ordre si nécessaire, là, parce que la situation est claire dans les consignes qu'on a données à nos établissements et à nos agences à cet égard-là.

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

M. Khadir : Je voudrais juste préciser que, quand j'ai parlé des exemples, c'était pour dire que, peut-être, la sagesse de votre père, votre défunt père, il faudrait la transmettre au ministre des Finances pour qu'on arrête de donner ces cadeaux tout simplement scandaleux quand on est à devoir faire des exercices d'austérité comme on fait aujourd'hui.

Je voudrais rappeler que, même aujourd'hui, on a appris, au CSSS de Ahuntsic-Cartierville, 16 ou 17 autres coupures de poste. Je ne sais pas comment l'expliquer. Vous dites que les coupures doivent uniquement s'opérer dans la gestion, dans l'administration, mais la réalité, c'est que, sur le terrain, à tous les échelons, tous les organismes publics et parapublics, quand on entend que le gouvernement rentre dans un paradigme, dans une politique globale, dans une démarche d'austérité, malheureusement, la réalité, c'est que soit c'est des coupures de postes soit des gels d'embauche à travers tout le système. Puis on l'entend tous les jours depuis quelques semaines partout, partout : en éducation, dans les cégeps, dans les commissions scolaires, dans les organismes parapublics. Même les organismes communautaires, voyant ce qui s'en vient, ne sont plus capables de penser à déployer leurs efforts pour répondre à des besoins importants qui sont sur le terrain parce qu'ils sont dans ce paradigme. Donc, je pense qu'il y a quelque chose à faire.

Ensuite, pour ce qui est des personnes handicapées, une diminution — page 181, deux, trois, quatre pages plus loin, donc 181 — nette de 1 million de dollars dans les crédits à l'aide financière aux personnes handicapées pour divers besoins sociaux. Votre collègue de Saint-Maurice a parlé des troubles envahissants du développement, mais il y a toutes les questions qui touchent les personnes handicapées en général. Déjà, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles de comportement, au printemps dernier, se disaient très préoccupés par les coupures anticipées. Je vous rappelle qu'il y a à peu près un an, en mars 2013 — c'est les chiffres que j'ai pu obtenir — près de 900 personnes ayant une déficience intellectuelle et près de 2 440 personnes ayant un trouble envahissant de développement, dont 850 enfants de moins de cinq ans, étaient en attente de recevoir un premier service. D'accord? Ça, c'est le contexte dans lequel on... Les besoins sont là.

Que répondez-vous, Mme la ministre? Que répond Mme la ministre, je dirais, aux familles de ces personnes-là? Je vous rappelle, là, on parle de 1 million qu'on coupe, alors qu'il y a des milliards et des milliards, ailleurs, qu'on donne en cadeau. J'ai de la difficulté... Moi, je ne sais pas, je serais un peu embêté pour répondre à ces familles-là.

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

• (21 h 20) •

Mme Charlebois : Là, pour le moment, M. le Président, on cherche la référence pour la page, là, pour le 1 million, mais en attendant, si vous me le permettez, je veux rappeler au député qu'en ce qui concerne les services — puis d'ailleurs le député de La Peltrie m'a questionné là-dessus précédemment — il y a une augmentation des... j'allais dire des signalements, mais en fait ce n'est pas des signalements, de la détection de certaines problématiques, notamment chez les troubles envahissants du développement, ce qui fait qu'à tous les quatre ans, comme je vous le disais tantôt, ça double. Et vous le savez, vous êtes dans le réseau de la santé vous-même. Au bout de 10 ans, ça fait 650 % d'augmentation. Il est évident que les listes sont en augmentation. Il est évident qu'il faut déployer davantage de soins, mais il est évident aussi qu'il va falloir un meilleur arrimage de tout ce qui est les soins offerts par les différents ministères, c'est ce qu'on a discuté tantôt, et effectivement je compte m'attaquer à cette problématique. J'ai justement rencontré des gens aujourd'hui à ce sujet-là puis j'ai déjà eu d'autres rencontres. Ceci étant, ça ne vous répond pas à votre million, mais, si vous me le permettez, quand on aura la réponse, on pourra vous revenir, mais en attendant... On peut vous revenir un petit peu plus tard avec la réponse si ça vous convient?

M. Khadir : Pas de problème. Pas de problème.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, M. le député de Mercier, pour un peu plus de trois minutes maintenant.

M. Khadir : Très bien. D'autres collègues vous ont questionné sur le PSOC. Au départ, quand vous répondiez à mon collègue du PQ, vous avez dit : Non, ça ne sera pas touché. Vous prenez l'engagement que c'est un programme qui ne sera pas soumis au réexamen de tous les programmes auquel veut s'attaquer le titulaire du Conseil

du trésor. Par la suite, dans votre réponse, vous avez dit : On va se battre pour les protéger. Pourriez-vous éclaircir, finalement? Est-ce qu'il y a une garantie? Vous avez obtenu un engagement ferme de votre collègue qu'on ne touchera pas à ça ou il va falloir se battre avec vous à l'intérieur de l'Assemblée et à l'extérieur?

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

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Quand je dis «se battre», c'est au sens figuré. Moi, je ne suis pas celle qui chausse les gants de boxe, là. Je ne suis pas dans cette catégorie de gens là, bien que je serais capable, je crois, parfois, mais, bon.

Ceci étant, ce que je veux vous dire, c'est que tous les programmes vont être soumis à une révision, mais ce n'est pas dans le but d'éliminer des programmes. Il y en a peut-être qui ne sont plus utiles, mais, en ce qui concerne le financement des groupes communautaires, vous conviendrez avec moi que le programme du PSOC, là, ce n'est pas un programme qu'on peut se permettre d'éliminer, là. Si on est capables d'améliorer tout ce qui entoure les organismes communautaires, en ce sens qu'on leur facilite l'accès à d'autres types de service, c'est bien. Mais est-ce qu'il est question de couper le financement des organismes communautaires? Non. Si ça avait été le cas, est-ce que vous ne pensez pas qu'il aurait dû optimiser au lieu qu'on augmente... qu'on fasse l'indexation? Non, hein? On a fait l'indexation, 5 millions. Ça fait qu'il n'est pas question, effectivement... La révision des programmes, là, c'est pour faire en sorte qu'on optimise au Québec ce qui existe déjà. Puis il y a des programmes qui sont désuets en ce moment. Il y a des programmes sur lesquels, à travers les années, depuis les années 60, on ne s'est plus posé de questions. Mais, en ce qui concerne le financement des organismes communautaires, je ne pense pas que c'est la situation. Ce n'est pas... Tout le monde s'entend ici pour dire que les organismes communautaires sont absolument essentiels.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la...

Mme Charlebois : Et je pense que j'ai la réponse pour le million.

Le Président (M. Tanguay) : Pour le dernier 40 secondes, le 30 secondes, M. le député de Mercier, est-ce qu'on laisse M. Fontaine répondre? Oui.

Mme Charlebois : ...on va revenir.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, M. le député de Mercier, vous avez 20 secondes.

M. Khadir : Parlant d'indexation, pourquoi, pour les organismes communautaires en santé, calculer uniquement l'indexation sur l'indice de prix à la consommation, alors que, pour les autres, pour le réseau, vous admettez que c'est l'augmentation des coûts système? Eux aussi ont des coûts système.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, Mme la ministre, à la question qui est posée... le 16 minutes du député de Mercier est écoulé. Je demande donc à la banquette ministérielle s'ils veulent bien laisser la ministre répondre sur leur temps. Alors, Mme la ministre, sur le temps du gouvernement.

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Bien, moi, je vais, si vous me l'accordez, laisser la parole au sous-ministre pour expliquer... répondre à M. le député de Mercier.

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

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, M. le Président. En fait, la différence tient au fait que les coûts paramétriques, les coûts d'indexation dans le domaine de la santé sont beaucoup plus importants — qu'on pense aux médicaments, qu'on pense à l'entretien des installations — de sorte que les coûts de croissance sur les conventions collectives d'indexation... de sorte que, nécessairement, l'indexation qui est prévue, autour de 3 %, dans le domaine de la santé tient au fait qu'on a des mesures d'indexation, des coûts de système qui sont beaucoup plus importants.

Du côté des organismes communautaires, historiquement, donc, dans le cadre des budgets, l'indexation a été fixée autour de la méthodologie de l'indice des prix à la consommation, et ça reflète généralement le maintien... qui n'est pas l'idéal, on en voudrait davantage, mais ça permet le maintien de la capacité d'achat, la capacité de payer, donc, d'honorer, essentiellement, les coûts de système qui sont spécifiques aux organismes communautaires. Donc, ça permet de maintenir l'organisation des services qui est structurée à l'intérieur de nos organismes communautaires.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, M. Gagnon. Nous avons donc débuté le bloc suivant, 18 minutes, avec le début de votre réponse. Et, sans plus tarder, toujours dans la poursuite de ce bloc du gouvernement de 18 minutes, je reconnais la députée de Charlevoix— Côte-de-Beaupré.

Mme Simard : Merci, M. le Président. Mme la ministre, chers collègues et chers invités, bonsoir. Alors, moi, lorsque j'étais en début de carrière, j'ai eu un mentor, une personne qui était quand même relativement près de moi, j'ai eu ensuite une amie d'une trentaine d'années et puis, plus récemment, une cliente qui a fait un AVC, donc un

accident vasculaire cérébral. Et tous les trois ont dû tout réapprendre, ce qui est, en fait, un privilège, puisque je connais des personnes, également, qui n'ont pas eu cette chance. Elles ont dû réapprendre à parler, évidemment, réapprendre à écrire, à marcher, réapprendre à devenir autonomes, ce qui ne se fait, évidemment, sans grands efforts, confiance, courage et accompagnement. Nous le savons, un AVC cause des dommages au niveau du cerveau et une perte soudaine des fonctions cérébrales. Le cerveau étant le centre de commande de la parole, des mouvements et de la pensée, du raisonnement, de la mémoire et du contrôle des émotions, un AVC, dans les différentes régions cérébrales, peut avoir des multiples conséquences qui sont différentes.

Je lisais sur Internet récemment qu'un survivant d'un AVC a 20 % de risques de refaire un AVC au cours des deux années suivantes, ce qui constitue une donnée quand même significative. Et, selon les données de Statistique Canada recensées en 2011, l'AVC est la troisième cause la plus importante de décès, donc, au pays. Les impacts sur la qualité de vie de la personne ayant subi un AVC et sur ses proches sont très importants. Et on peut probablement tous en témoigner pour connaître au moins l'une de ces personnes. Nous pouvons percevoir, par exemple, de la dépression chez les proches, de l'anxiété chez les proches, mais également chez la victime d'un AVC, qui, elle, a la chance d'avoir accès à des services de réadaptation. Alors, M. le Président, nouveau président, j'aimerais savoir de la part de la ministre ce qui sera fait en réadaptation et donc quels seront les services auxquels ces gens victimes d'un AVC auront accès.

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

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Tout d'abord, vous dire d'entrée de jeu que j'ai visité trois centres de réadaptation à ce jour et vous dire que les gens qui y travaillent sont des gens passionnés, sont des gens qui ont à cœur le bien-être des populations qui entrent dans les centres de réadaptation. J'ai été impressionnée par tout le travail qui est accompli là-bas, mais toute la coordination qui s'effectue à l'intérieur des centres, toute la communication. On est en train d'arrimer les déficiences physiques et déficiences mentales ensemble, faire en sorte que, souvent, les problématiques sont liées, et j'ai pu constater l'arrimage des soins. Honnêtement, ils sont en pleine innovation, en plein... Ils sont toujours dans la poursuite de l'amélioration des soins.

Ceci étant, pour les gens qui sont touchés par un accident vasculaire cérébral, il est évident que le plus rapidement ils ont des soins, le plus rapidement on peut identifier la problématique à laquelle ils font face, mais faire en sorte aussi que la réadaptation soit taillée sur mesure pour leurs besoins à eux dans l'établissement. Les premières interventions, comme je vous le disais, sont importantes. L'intensité, le type de services et le temps de récupération, ces trois éléments-là, là, sont vraiment liés, parce qu'il est évident que, plus on les prend tôt, plus on peut se mettre en action. Mais il faut diagnostiquer vraiment tout ce qui est touché, mais aussi faire en sorte que l'activité reprenne le plus rapidement possible, faire en sorte que la récupération se fasse le mieux possible.

En centre, il y a des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes. Il y a toute une équipe de professionnels hypercompétents, mais surtout, je vous le rajoute, je prends le temps d'insister parce que ça m'a ébloui de les voir travailler, c'est des gens passionnés. Les patients font partie de l'équipe là-bas. Dans les centres de réadaptation, les patients sont considérés comme étant, sur le plan physique, partie de l'équipe pour solutionner, pour les aider à avancer dans leur problématique, pour faire en sorte qu'ils redeviennent, le plus rapidement possible, fonctionnels.

• (21 h 30) •

Il y a des rencontres entre spécialistes avec la famille aussi, pas juste avec la personne qui a été touchée, mais avec la famille. Puis il se peut qu'une fois que la personne retourne à domicile d'autres réadaptations fassent part de leur vie, mais qu'on équipe aussi la maison en fonction de ce qu'il restera comme handicap à surmonter. Alors, tous les services à domicile sont donnés par les CLSC, mais, encore là, il y a une interaction, quand on sort du centre de réadaptation, jusqu'à la maison avec le CLSC, il y a comme une intégration. En fait, ils se transmettent l'information, et c'est absolument... Honnêtement, ça m'a rassurée de voir comment ils déployaient les services dans les centres de réadaptation. Ce n'est pas ce qu'on souhaite à personne, bien évidemment, là, mais, dans le cadre où ces personnes-là offrent des services, honnêtement, j'ai été éblouie par leur travail. Il faut que je le dise comme ça, là.

Et évidemment j'ai assisté aussi... J'ai eu le privilège d'assister à un colloque où il y avait des scientifiques qui nous ont exposé des gens qui ont eu un accident cérébral vasculaire et qui n'étaient plus capables de parler. Mais à la fin, après tout le traitement, on était capables d'engager une conversation avec ces gens-là. Il y a des thérapies qui se faisaient avec des animaux. Il y avait des... En tout cas, j'ai été renversée de voir à quel point... Puis c'était un colloque un plein beau samedi matin. Honnêtement, vous auriez été épatés de voir le nombre d'intervenants de la santé qui étaient là pour assister à ce colloque-là pour faire en sorte que les recherches de la dame qui venait de la France puissent être transmises à nous ici, à nos centres de réadaptation.

Mais, pour plus de détails, si vous me le permettez, M. le Président, je laisserais la parole à M. Gagnon, sous-ministre associé.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, M. Gagnon. Consentement, oui? Alors, M. Gagnon, je vous prie.

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, très brièvement, puisque notre ministre a très, très bien répondu, là, si ce n'est que de rappeler effectivement, là, en matière de réadaptation, ce que Mme la ministre nous a expliqué. Il y a trois lieux d'intervention, d'abord en centre hospitalier. Quand l'accident, là, se produit, il est très important, là, la littérature médicale le démontre... Contrairement à ce qu'on pensait, plus on intervient rapidement une fois qu'on a stabilisé la condition du patient, plus on intervient rapidement en réadaptation, meilleures les chances de recouvrement vont être, de sorte qu'on diminue les séquelles qui pourraient être permanentes. Donc, il y a un travail, ce que notre ministre nous a expliqué,

il y a un travail important pour stabiliser la condition de la personne en centre hospitalier. Dès que l'épisode de courte durée hospitalière est complété, il y a une référence qui se fait vers les centres de réadaptation, nos centres spécialisés. On poursuit effectivement, à l'intérieur d'un plan d'intervention, avec la personne, avec sa famille. Et, quand l'épisode d'intervention en service spécialisé en centre de réadaptation est complété, il reste le travail à achever pour s'assurer que la personne va conserver ses acquis une fois rendue à son domicile puisqu'il doit y avoir des adaptations du domicile, mais aussi des changements dans les habitudes de la personne, de sorte que, globalement, c'est trois étapes importantes où il est important d'avoir une continuité du service pour réduire les séquelles en lien avec les accidents cérébrovasculaires. Puis ça complète l'information.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. Gagnon. Mme la députée de Charlevoix—Côte-de-Beaupré, pas d'autres questions?

Mme Simard : Merci.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, je cède maintenant la parole à Mme la députée de Crémazie.

Mme Montpetit : Merci, M. le Président. Dans un tout autre ordre d'idées, Mme la ministre, je souhaiterais aborder un sujet encore d'actualité, qui a fait les manchettes à plusieurs reprises au cours des dernières semaines, je parle de la question de surdoses dont on a entendu particulièrement parler dernièrement, une hausse préoccupante à Montréal, notamment, non seulement de surdoses, mais également de décès reliés à la consommation de drogues. On parle de plus d'une trentaine d'intoxications sévères, et, si mes données sont bonnes, je pense qu'on dénombre près d'une vingtaine de décès déjà, à l'heure actuelle. Situation suffisamment inquiétante pour qu'au début du mois de juin, le 4 juin dernier, la Direction de santé publique de Montréal ait senti la nécessité de communiquer, dans le fond, non seulement aux intervenants ou aux professionnels sur le terrain de la région de Montréal, mais également de s'adresser directement aux toxicomanes par rapport à cette situation-là pour les prévenir quant à la situation, notamment, bon, de la question du fentanyl, qui serait un opioïde 40 fois plus puissant, dans le fond, que l'héroïne, mais également par rapport à certains questionnements des drogues qui circulent : Est-ce que les doses sont plus fortes? Est-ce qu'elles sont coupées? En tout cas, il y a une situation qui est de toute évidence extrêmement inquiétante et qui fait des ravages, à l'heure actuelle, chez les toxicomanes de la région de Montréal. Et, à la suite de ces incidents extrêmement malheureux qui ont causé la mort, j'aurais souhaité que vous puissiez nous entretenir, dans le fond, sur les actions qui ont été prises jusqu'à maintenant, dans le fond, pour, à tout le moins, encadrer, sinon résorber cette situation.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la députée de Crémazie. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Bien, merci, M. le Président. Effectivement, c'est un sujet qui est sensible et qui est inquiétant. Il y a actuellement du travail de terrain qui est fait par la Direction de santé publique, comme l'a dit la députée, les policiers et différents intervenants pour assurer la protection de la population. Et effectivement il y a des cas de surdose qui sont fort inquiétants et qui sont dus à un produit qui s'appelle fentanyl, c'est ça? On l'appelle comme ça, fentanyl, je n'ai peut-être pas la bonne prononciation.

Alors, depuis le 22 mai, la Direction de santé publique de l'agence de Montréal a établi un plan avec la collaboration de nombreux partenaires : investiguer sur les cas de surdoses nécessitant une assistance respiratoire, des manoeuvres de réanimation; documenter la situation et identifier les causes; soutenir et informer les milieux cliniques — ce que vous avez parlé, la conférence de presse qu'ils ont faite le 4 juin — afin d'ajuster la réponse en fonction de l'état de situation — je me calme; de soutenir et informer les intervenants de première ligne afin de rejoindre les populations touchées — on a fait un appel à la vigilance, affichettes dans les organismes communautaires, les pharmaciens; et promouvoir les mesures de précaution auprès de la population.

La situation est complexe, mais l'objectif, c'est clair, c'est de prévenir des cas et des décès associés à la consommation de drogues. Il y a une enquête qui a été lancée en collaboration avec le Bureau du coroner, le Service de police de la ville de Montréal, le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette enquête vise à prévenir des cas et des décès associés à la consommation de drogues en caractérisant les cas et en identifiant les substances en cause.

Concernant l'accès à la naloxone, ce qui, en mots bien... très québécois, là, c'est l'antidote à la drogue fentanyl, qui est très puissant. C'est une forme d'antidote...

Une voix : ...

Mme Charlebois : Ça va bien? J'ai le médecin à côté qui est toujours en train de valider mes propos. Alors, je sais qu'il y a eu des articles de journaux qui ont fait mention que le Québec était privé de ce produit-là. Ce n'est pas tout à fait vrai. Le médicament est utilisé en ce moment dans les salles d'urgence et dans les soins intensifs des établissements de santé. Ceci étant, c'est un médicament, naloxone, qui permet le réveil d'un sujet qui devient comateux suite à cette prise... d'une intoxication de surdose d'opiacé. Et, bon, je n'irai pas dans les termes médicaux, mais il n'en demeure pas moins que le naloxone est l'antidote de ce qu'on pouvait parler tantôt, au fentanyl.

Comme je vous le disais, il est utilisé dans les salles d'urgence. Et il y a eu des cas, mais je vous dirais que moins que 20, il y a eu 11 personnes intoxiquées à Montréal, deux d'entre eux... Il y a eu un décès sur les personnes qui ont reçu le naloxone. Deux d'entre eux ont reçu les services dans les services préhospitaliers, neuf ont reçu, dans les

milieux hospitaliers, le naloxone, et... Bref, c'est un dossier qui me préoccupe. Je n'ai pas le goût de vous lire tout ça. Je veux juste vous dire que, quand j'ai été sensibilisée au dossier, j'ai dit : Il faut absolument qu'on se prenne en main, et rapidement, pour éviter que ce dossier-là ne dégénère, parce qu'on parle de vies humaines. Et, dans ce cadre-là, il y a eu un comité qui a été mis sur pied. Je n'ai pas la date exacte devant mes yeux. Vous en souvenez-vous, M. le sous-ministre?

Une voix : ...

Mme Charlebois : Plus de deux semaines. Le comité a été mis sur pied sous la supervision de M. le sous-ministre Horacio Arruda, et on est à trouver les solutions. Si vous me le permettez, je lui demanderais de donner la réponse très en détail sur le comment on peut faire, puis qu'est-ce qui est fait actuellement, puis vers quoi on veut aller. Mais ma préoccupation, c'est de régler cette situation le plus rapidement possible.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, je vais demander si on a le consentement pour entendre monsieur pour compléter la réponse. Alors, oui, nous avons le consentement. Je vous demanderais donc de nous donner votre nom, votre fonction, et en vous indiquant qu'il reste deux minutes.

• (21 h 40) •

M. Arruda (Horacio) : Horacio Arruda, directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint à la santé publique.

Essentiellement, ce qu'il faut comprendre, dans la région de Montréal, c'est un phénomène, quand même, qui est relativement nouveau. Des surdoses, il y en a toujours associées aux drogues, mais une quantité aussi importante de surdoses est récente, particulièrement associée, probablement, à soit une coupure par fentanyl ou de l'héroïne à très forte concentration, au-delà de 40 %, ce qui fait que les gens, en s'injectant leur quantité habituelle, peuvent faire des surdoses. Ce n'est pas le genre de profil de consommation qu'on avait dans la région du Québec, alors que, dans d'autres pays ou dans d'autres provinces, notamment à Vancouver, ils avaient ce genre d'éléments là, de consommation d'héroïne. Donc, dans nos processus de réduction des méfaits, on s'enlignait plus vers une situation, je vous dirais, de sites d'injection supervisée pour éviter les surdoses et éviter les infections comme telles. On a demandé à notre institut un avis, il y a plusieurs mois, pour voir quels étaient... de réduction des méfaits, mais, devant la menace récente qui est arrivée à Montréal, l'équipe de santé publique de Montréal, suite au signalement, a mis en place une veille active, a activé les processus pour avertir les gens, avertir les communautés, les travailleurs de rue du danger.

Là, la question de la naloxone, qui est disponible en centre hospitalier comme tel, on est en train d'évaluer pour la rendre peut-être disponible de façon plus élargie dans la région métropolitaine puis au Québec, dans l'ensemble des ambulances, au niveau des premiers soins. Et, bien entendu, on va analyser le type de projet qui a été proposé, notamment le projet PRO-FAN par le CRAN, pour voir à son implantation. On ne peut pas implanter un tel programme du jour au lendemain en fournissant la naloxone aux différents intervenants, là. Mais actuellement on a activé les processus, je vous dirais, pour avoir l'avis de l'institut par rapport à l'application de ce genre de programme là, et probablement qu'au cours des prochaines semaines, très rapidement, on va rendre accessible la naloxone dans toutes les ambulances et les ambulanciers pour agir plus rapidement comme tel, quoiqu'ils peuvent le recevoir à l'hôpital en cas, mais pour diminuer éventuellement l'impact et évaluer aussi la possibilité d'implantation d'un projet pilote où la naloxone serait accessible par les pairs ou les travailleurs de rue qui pourraient, à ce moment-là, rendre plus rapidement, en cas de surdose... la situation. Bien entendu, il faut aussi agir en amont...

Le Président (M. Tanguay) : Ça termine malheureusement le bloc pour le gouvernement. Il y aura peut-être...

M. Arruda (Horacio) : Oui, pas de problème, en espérant que j'ai répondu aux questions.

Le Président (M. Tanguay) : Il y aura peut-être loisir de revenir par la suite dans un prochain bloc. Alors, sans plus tarder, je cède la parole au député de Rosemont pour l'opposition officielle pour un bloc de 23 minutes.

M. Lisée : Très bien. Merci, M. le Président. D'abord, dans mon effort continu pour rendre service à la ministre, j'entendais, tout à l'heure, le député de Mercier dire qu'effectivement votre père a raison : lorsqu'on n'a rien à donner, on ne peut rien donner. Mais, dans vos discussions avec vos collègues, vous pourrez dire que c'est vrai qu'il y a beaucoup de choses qui sont coupées. Très généralement, on sent une cohérence dans la volonté de compression des dépenses.

Mme Charlebois : Sauf dans mon ministère.

M. Lisée : On trouve une cohérence. Mais, par exemple, il y a une chose qui a été annoncée, c'est la relance du programme des minicentrales. Sans attendre la revue de programmes, ce nouveau... ce programme a été ressuscité, et on estime que ça va coûter 24 millions de dollars par année, récurrents, qui seront assumés par les consommateurs via leurs comptes d'électricité. Alors, 24 millions de dollars par année. Alors, je vous offre cet argument. La prochaine fois que vous voudrez avoir 24 millions, vous pourrez dire : Écoutez, vous l'avez donné aux petites centrales, donc il y a sûrement 24 millions quelque part pour les plus vulnérables. Ne dites pas que ça vient de moi, ça peut nuire à votre argumentation.

Alors, j'ai plusieurs questions pointues que je voudrais vous poser en rafale, questions d'information, et j'aimerais solliciter votre esprit de synthèse aussi dans la réponse pour qu'on puisse passer au travers d'un maximum. Alors, parlant d'itinérance, tout à l'heure, vous avez indiqué qu'avant la fin de l'automne il y aurait le plan d'action

avec des sommes supplémentaires. Pouvez-vous nous dire si les sommes supplémentaires seront à dépenser en 2014-2015 ou seulement en 2015-2016?

Le Président (M. Tanguay) : Alors, merci, M. le député de Rosemont. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Si vous me permettez, M. le Président, juste deux secondes.

Des voix : ...

Mme Charlebois : Bien, j'ai des bonnes nouvelles, M. le Président.

Le Président (M. Tanguay) : Oui.

Mme Charlebois : Mais oui. Juste pour démontrer l'esprit de collaboration dans lequel nous travaillons, le député de Rosemont et moi, et j'apprécie votre collaboration, bien évidemment, pour ce qui est du débat sur la minicentrale, je vous invite à vous adresser à la bonne personne, je vous le rappelle : déléguée à la Réadaptation, hein, Protection de la jeunesse et Santé publique. Ce n'est pas moi, les Finances. Ça fait qu'allez voir là-bas.

Mais, ceci étant, pour revenir à l'itinérance — esprit de synthèse — il y a le 8 millions qui est reconduit, comme on vous avait mentionné. Et la bonne nouvelle que je vais vous annoncer ce soir, sans vous dire dans quoi je vais l'investir, il y aura un 6 millions supplémentaires pour l'itinérance.

M. Lisée : Pour l'itinérance.

Mme Charlebois : Oui. Synthèse. C'est-u assez bon, ça? Huit plus six, ça fait 14.

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

M. Lisée : Donc, en 2014-2015?

Mme Charlebois : Oui.

M. Lisée : Très bien. Deux cas qui ont été portés à votre attention, La Maison Marguerite et Chez Doris. Alors, comme on sait, il y a une augmentation des besoins. On regarde même le nombre de nuitées qui ont été offertes; le nombre de nuitées qui n'ont pas pu être offertes est en augmentation. Dans ces deux cas-là, il y a des problèmes particuliers. Chez Doris a déjà fermé les fins de semaine. La Maison Marguerite a réussi, grâce à l'effort du maire de Montréal, à obtenir son financement jusqu'en fin d'année. Est-ce que, dans ces deux cas-là, vous pouvez donner de bonnes nouvelles pour la pérennité de leur financement?

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, Mme la ministre.

Mme Charlebois : Bien, M. le Président, c'est deux problématiques que je connais, effectivement. Et, pour La Maison Marguerite, il y a la députée de Québec solidaire, de Gouin, qui est venue me faire part de la problématique. Et nous avons échangé sur le dossier. Pour ce qui est de la maison refuge Chez Doris aussi. J'ai d'ailleurs eu une question en période de questions, vous vous souvenez? Et c'est deux problématiques sur lesquelles je suis très sensible parce qu'ils touchent des femmes itinérantes, des femmes de tous âges. On a des jeunes femmes, des jeunes femmes avec enfants, puis il y a des femmes plus âgées. On ne peut pas ne pas être touché quand on entend parler des dames de l'âge de ma mère, au-delà de 70 ans, qui se ramassent à la rue parce qu'il n'y a plus d'autres moyens, on sort de l'hôpital, on n'a pas d'autres moyens. C'est évidemment préoccupant.

Pour La Maison Marguerite, vous l'avez dit, le maire de Montréal a consenti des sommes. Et nous, dans les deux cas, que ce soit Marguerite ou le refuge de Chez Doris, à l'Agence de santé et services sociaux de Montréal, où vous êtes... étiez en attente d'une demande pour le fonds d'urgence. Je sais que, dans le cas de la Maison Marguerite, la demande a été acheminée ou est presque terminée, ils sont en discussion actuellement. Dans le cas du refuge Chez Doris, on n'a toujours pas reçu de fonds supplémentaires. Vous comprendrez qu'à ce moment-ci la façon de répondre à leurs besoins, de nous assurer qu'il n'y ait pas de fermeture, c'est avec les fonds d'urgence. Pour la suite des choses, je vous ai dit qu'il y avait des sommes supplémentaires de déployées, et, bien évidemment, je ne vous annoncerai pas ça ce soir.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. M. le député de Rosemont.

M. Lisée : Merci, M. le Président. Je comprends que cette somme de 6 millions, dont vous allez nous annoncer la ventilation d'ici la fin de l'automne, ça sera une somme récurrente par la suite.

Mme Charlebois : Oui, tout à fait.

M. Lisée : Très bien. Excellent.

Mme Charlebois : Ils sont budgétés.

M. Lisée : Excellent! Je vous en félicite. Nous savons que le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille à un portrait de l'itinérance, qui va plus loin qu'un simple dénombrement. Est-ce que vous pouvez nous dire quand ce portrait sera rendu public?

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

Mme Charlebois : En fait, le portrait est travaillé avec les gens de la ville de Montréal, hein? Il y a l'Agence de la santé et services sociaux de Montréal, mais il y a aussi la ville de Montréal qui collabore à ça, bref, je vous dirais, qui pousse là-dessus. Mais, de ce que j'ai compris, ils ont établi une collaboration pour nous... pas seulement faire un dénombrement, mais bien identifier quelles sont les clientèles, quels sont les profils, quels âges ont les gens, d'où ils viennent pour faire en sorte qu'on puisse travailler ensuite en amont pour aider les gens à faire en sorte qu'ils ne se ramassent pas dans le phénomène de l'itinérance. Si on peut voir les clientèles venir, voir d'où elles viennent... Parce qu'il y a des clientèles autochtones aussi à Montréal en bonne partie. Alors, selon ce que j'ai entendu entre l'agence et la ville de Montréal, si je ne me trompe pas, c'est pour l'automne qu'on devrait avoir des résultats.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. M. le député de Rosemont.

M. Lisée : Sur les 500 unités de logement social pour personnes itinérantes, pouvez-vous d'abord nous dire comment ils sont répartis entre Montréal et hors Montréal?

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

Mme Charlebois : Si vous me donnez deux secondes, on va vous trouver la réponse. Posez-moi une autre question, ils vont chercher.

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

M. Lisée : Alors, évidemment...

Mme Charlebois : Attendez un peu, j'ai déjà la réponse.

Une voix : ...

Mme Charlebois : Bon, attendez quelques minutes, finalement. On va revenir.

Le Président (M. Tanguay) : On a un bon rythme. Peut-être qu'on a un rythme trop rapide. Alors, M. le député de Rosemont, votre deuxième question.

M. Lisée : Alors, comme vous savez, offrir du soutien communautaire, aide dans les démarches, animation à la vie communautaire, aide à la gestion de conflits entre les locataires dans les unités de logement destinées aux itinérants, est une condition essentielle de la réussite. Dans un premier temps, dans l'annonce des 500 logements, il n'y avait pas de budget prévu pour l'accompagnement des futurs locataires. Est-ce que vous pouvez nous dire si ces sommes seront prévues dans la rallonge que vous allez nous annoncer?

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

• (21 h 50) •

Mme Charlebois : Bien, je vous ai dit que je ne vous annoncerai pas ce soir ce que j'allais faire avec le 6 millions, mais on pourra vous communiquer l'information dès que je la rendrai publique. Mais, ceci étant, pour ce qui est de la répartition des 500 logements, il y a trois grandes catégories d'indicateurs sur lesquels vont se baser les gens pour attribuer les places. Il y aura les lits d'hébergement d'urgence, il y aura les lits d'hébergement-logement de transition puis il y aura aussi tous les déterminants structureaux : le revenu, le logement, l'insécurité alimentaire et le réseau d'entraide. Il est évident que tout ça va faire partie de la répartition.

Le Président (M. Tanguay) : Ça complète votre réponse, Mme la ministre?

Mme Charlebois : Pour l'instant, oui.

Le Président (M. Tanguay) : Je pense que M. le député de Rosemont a d'autres questions. Je vous en prie.

M. Lisée : Tout à fait, M. le Président. Donc, on n'a pas d'indication de la répartition qui sera donnée. Même si on sait qu'il y a de l'itinérance en région et des besoins de logement en région, mais la prédominance des besoins est à Montréal, on peut supposer que la prédominance des logements seront à Montréal?

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

Mme Charlebois : ...un petit complément pour le député de Rosemont, je veux le rassurer. Il est évident qu'on ne va pas aller faire des logements où il n'y a pas des besoins prédominants. On sait qu'il y a beaucoup plus d'itinérance à Montréal, c'est évident qu'il y aura beaucoup plus de logements à Montréal. Ça, c'est la base.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. M. le député de Rosemont.

M. Lisée : Pour revenir au dénombrement, bon, vous me parlez du dénombrement fait par la ville de Montréal et l'agence de Montréal, mais il y a un dénombrement... enfin, un portrait qui est en cours pour tout le Québec également. Est-ce qu'on peut attendre le résultat de ce portrait pour l'automne également?

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

Mme Charlebois : Une autre bonne nouvelle. Ça va bien, hein? À l'été 2014, nous aurons le portrait de l'ensemble du Québec.

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

Mme Charlebois : Mais est-ce qu'il sera élaboré, comme celui de Montréal, avec les déterminants, c'est-à-dire les catégories? Oui. Voilà.

M. Lisée : Donc, le portrait... O.K.

Mme Charlebois : Bien, comme je vous ai dit un petit peu plus tôt, M. le député, ce qui est amorcé, là, ce n'est pas parce qu'il y a un changement de gouvernement... Quand ça va bien, on n'arrête pas les choses comme ça, hein? Alors, on poursuit le travail.

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

M. Lisée : M. le Président, j'aimerais parler un peu d'autisme. Bon, comme vous le savez, vous l'avez indiqué tout à l'heure, le diagnostic précoce et l'intervention précoce avant cinq ans, c'est la clé à la fois pour la qualité de vie des autistes, de leur famille et pour l'insertion dans la société, et donc également pour une bonne gestion des finances. On sait qu'il y a des listes d'attente qui vont parfois jusqu'à deux ans chez les 0-4 ans pour avoir le diagnostic et ensuite encore un temps d'attente qui peut être presque aussi long pour l'intervention comportementale intensive. Est-ce que la ministre a ou compte avoir un objectif d'élimination des listes d'attente dans un délai... dans un calendrier x?

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

Mme Charlebois : Il est évident qu'on est tous sensibles à ça, qu'il y a des délais et des listes d'attente, et notamment pour ce qui est du dépistage, mais aussi du suivi, des traitements nécessaires, et, dans les deux cas, comme vous le dites, le dépistage, des fois, on peut attendre, notamment juste pour le dépistage, ça fait qu' imaginez-vous pour le suivi. Mais, ceci étant, oui, j'ai l'intention de m'attaquer à cette problématique. J'ai d'ailleurs eu une très bonne rencontre aujourd'hui avec des gens au ministère. Je ne peux pas, à ce moment-ci, vous rendre d'échéancier, malheureusement, j'aimerais ça. Mais, dans un avenir rapproché, dès que j'aurai la chance, je pourrai vous faire part des échéanciers, parce qu'évidemment il y a une problématique là, puis, vous l'avez dit, hein, plus on dépiste tôt, plus on rend des services tôt dans la vie de ces jeunes enfants là, plus on peut faire la différence dans la suite des choses pour toute leur vie durant. Alors, oui, c'est un dossier sur lequel je compte me pencher dès la rentrée parlementaire de septembre.

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

M. Lisée : Bien, on va vous appuyer là-dessus, parce que, comme vous l'avez dit, la prévalence double aux quatre ans, et donc d'avoir une très bonne gestion de ces listes d'attente là est essentiel pour la suite des choses. Et utilisez mon argument : 24 millions pour les petites centrales, on peut avoir 24 millions pour les listes d'attente. Ne dites pas que ça vient de moi.

Autisme de 21 ans et plus. Comme vous le savez, en avril dernier, votre prédécesseur a mis sur pied un groupe de travail sur l'organisation des services socioprofessionnels, appelés aussi activités de jours, pour les personnes de 21 ans et plus ayant un TSA, une déficience intellectuelle ou une déficience physique. Alors, comme vous savez, on est à un genre de trou noir. Je veux dire, l'État québécois, ses services sociaux accompagnent les autistes, enfin, un certain nombre d'entre eux jusqu'à 21 ans, et ensuite il n'y a plus de suivi, il y a des pertes d'autonomie. Le rapport faisant part des recommandations a été prévu pour le printemps 2014. J'aimerais savoir si vous l'avez reçu, si vous allez le rendre public et, si oui, quand, et si vous comptez en appliquer les recommandations.

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

Mme Charlebois : M. le Président, j'ai eu... je veux commencer par lui dire merci pour la question, au député de Rosemont, parce qu'honnêtement c'est aussi une question importante. Quand on parle des jeunes de 21 ans qui peuvent se ramasser en rupture de services, c'est inquiétant. Ceci étant, j'ai eu l'occasion de rencontrer les représentants de l'Association du Québec pour l'intégration sociale, l'AQIS, que vous devez connaître, qui ont pour mission, justement, de promouvoir et défendre les intérêts des droits des personnes qui ont une déficience intellectuelle et ceux de leurs familles. Ces personnes m'ont fait part de leur inquiétude, l'importance d'assurer la continuité des services dont vous me parlez pour les jeunes après leur parcours scolaire. Il y a eu effectivement des travaux sur les activités socioprofessionnelles et communautaires qui ont été amorcés au ministère, et on a identifié des pistes de solution pour améliorer l'offre de services. Le comité a été mis en place en avril 2013 — vous avez hâte que je vous dise si j'ai eu le rapport, hein? — et il y a eu des échanges, entre autres, avec les ministères concernés que sont le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère de l'Emploi et Solidarité sociale, le ministère de la Famille, le ministère des Transports, et se sont tenus des longs travaux qui ont mené à un rapport qui m'a été remis en mai 2014.

Le rapport trace un portrait de la situation qui permet évidemment de dégager un consensus sur la vision par rapport à la problématique et des grands constats qui en ressortent. Il semble évident que des interventions provenant des différents réseaux sont requises, plusieurs personnes ayant une déficience... pour les personnes qui ont des déficiences, et qu'elles puissent s'intégrer soit par le travail ou par tout autre type d'activité. Et, quand je les ai rencontrés, il y avait leur assemblée annuelle, c'était à Salaberry-de-Valleyfield, qui est juste à côté de mon comté, et j'ai eu la chance d'échanger avec des gens de mon coin et du coin du comté de Beauharnois, et ces gens-là souhaitent justement que, tu sais, leur frère, leur soeur, leur enfant puissent s'intégrer socialement. Il y en a qui ont même des petits emplois qui ne sont pas rémunérés, mais pour lesquels ils pourraient avoir une certaine rémunération, puis c'est des gens qui sont stables, c'est des gens qui aiment se rendre utiles, c'est valorisant pour eux de pouvoir exercer... de se rendre utiles, comme tout nous autres dans la société. Alors, j'ai bien l'intention de travailler avec ces gens pour continuer à développer puis s'assurer qu'on puisse les intégrer mieux. Dans le contexte où on a tellement besoin... il y a tellement d'emplois disponibles, il y a tellement de gens qui peuvent s'intégrer en emploi, mais il y a aussi d'autres types d'intégration, parce qu'il y en a qui ne peuvent pas s'intégrer en emploi. Alors, il faut trouver la place où ces gens-là peuvent participer à la société.

Ceci étant, j'ai le goût de demander... il y aura un guide qui va être élaboré et destiné à l'ensemble des intervenants pour assurer un meilleur continuum de services, mais j'ai le goût de demander à M. Gagnon, si vous me le permettez, qu'il vous renseigne davantage.

M. Lisée : ...de publication du rapport, est-ce qu'il sera rendu public et, si oui, quand?

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

Mme Charlebois : Nous allons le rendre public à l'automne.

M. Lisée : Au début de l'automne?

Mme Charlebois : À l'automne.

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

Mme Charlebois : Mais on va essayer de le rendre plutôt au début qu'à la fin pour vous rendre la vie agréable.

Le Président (M. Tanguay) : C'est merveilleux! M. le député de Rosemont, êtes-vous bouche bée ou vous avez d'autres questions?

M. Lisée : Non, non, j'en ai encore, j'en ai encore...

Le Président (M. Tanguay) : Je vous en prie.

M. Lisée : Ça m'en prend beaucoup pour...

Le Président (M. Tanguay) : Je vois ça.

• (22 heures) •

M. Lisée : Vous parliez... Mme la ministre parlait de l'importance de l'intégration au travail. Et, pour ça, il y a un mécanisme qui a été créé par les gouvernements précédents, celui des contrats d'intégration au travail qui ont permis, dans le cas des personnes handicapées en particulier, mais pas seulement, des personnes autistes aussi, à 2 750 personnes handicapées d'intégrer le marché du travail entre 2008 et 2013. Cependant, le fameux cran d'arrêt a été mis sur ce programme-là comme sur beaucoup d'autres. Et, pour des dizaines de personnes handicapées ou de personnes autistes qui intègrent le marché du travail grâce à ce programme qui finance l'employeur pour la perte de productivité présumée de ces personnes-là dans un premier temps... Et notre expérience, c'est qu'après quelques années la productivité augmente, et le handicapé ou la personne autiste peut travailler sans avoir cette subvention. Mais donc le cran d'arrêt a fait en sorte qu'aucun contrat n'a été rendu disponible pour l'été qui commence et qui est la période d'intégration à l'emploi de plusieurs de ces dizaines de personnes là. On a vu que, juste dans la région de Québec, on avait un manque de... je vais vous trouver le chiffre : une trentaine seulement pour la région de Québec.

Alors, je vous soumetts que ce serait une bonne idée que vous parliez... Je comprends que ce programme ne relève pas de vous mais de votre collègue de l'Emploi; cependant, il a un impact sur vos clientèles. Alors, je comprendrais que vous n'ayez pas de réponse directe, mais je vous recommanderais d'intervenir d'urgence auprès de votre collègue de l'Emploi pour que les contrats... que le cran d'arrêt soit soulevé...

Mme Charlebois : Le nom du programme?

M. Lisée : C'est les contrats d'intégration au travail, les CIT, et... Alors, c'est dans la Stratégie nationale d'intégration et de maintien en emploi des personnes handicapées.

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Alors, Mme la ministre.

Mme Charlebois : J'ai pris bonne note des commentaires du député de Rosemont, et effectivement ça relève de mon collègue du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, et j'aurai l'occasion d'échanger avec lui à ce propos-là.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. M. le député.

M. Lisée : Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Tanguay) : Il vous reste un peu plus de trois minutes...

M. Lisée : Bon!

Le Président (M. Tanguay) : 3 min 15 s.

M. Lisée : Alors, je vais vous faire des messages, dans ce cas-là, pour vos collègues aussi, qui ont un impact sur votre clientèle. Alors, on a remarqué que, dans les crédits de transfert au ministère des Transports, il y a une baisse d'un demi-million de dollars pour l'aide à l'adaptation des véhicules pour personnes handicapées, une baisse de 255 000 \$ pour l'aide spécifique pour le transport adapté. On a remarqué aussi aujourd'hui que le programme de votre collègue des municipalités et de l'habitation, le volet Habitation, le Programme d'adaptation de domicile pour les personnes handicapées sera réduit des deux tiers. C'est une coupe de 19 millions de dollars pour ce programme. Donc, ce sont des coupures qui vont faire en sorte de rendre plus difficiles le déplacement des personnes handicapées ainsi que l'adaptation de leur résidence. Ce sont des combats que vous voudrez bien sûr mener et vous aurez notre appui entier pour les mener.

Enfin, dans ce bloc, je vais vous parler de Portage. Alors, je sais que c'est un dossier sur lequel vous avez travaillé ces derniers jours, surtout celui de l'Ouest-de-Montréal. Évidemment, il y avait le fait que Portage utilisait des locaux de Batshaw... enfin, ce sont des locaux financés par le gouvernement et que, donc, il y avait une contribution en nature, du gouvernement du Québec, pendant ces années. Et, comme vous le savez aussi bien que moi, ils sont en train d'essayer de monter un programme... enfin, un budget pour acquérir un nouveau lieu dans l'Ouest-de-Montréal et ils demandent une garantie de prêt de 400 000 \$ par année, ce qui est à peu près... enfin, ce qui est moins cher que ce que ça coûtait à l'État de les loger gratuitement pendant plusieurs années.

Est-ce que vous pouvez nous résumer quelles sont les actions que vous êtes en train de prendre pour tenter de trouver une solution au fait qu'ils n'auront plus leur lieu où ils accueillent des jeunes toxicomanes, entre autres : 900 admissions depuis son ouverture dans l'Ouest-de-l'Île? Quelles sont les actions que vous êtes en train de mener pour leur trouver un site permanent?

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

Mme Charlebois : Combien reste-t-il de temps pour ma réponse?

Le Président (M. Tanguay) : 48 secondes.

Mme Charlebois : Est-ce que je peux, d'ores et déjà, demander à la partie gouvernementale... On est-ù rendus là après?

Le Président (M. Tanguay) : Oui. Bien, vous pouvez...

Mme Charlebois : Oui?

Le Président (M. Tanguay) : Alors, je pense, de consentement. J'ai leur consentement.

Mme Charlebois : Oui? O.K.

Le Président (M. Tanguay) : Alors, répondez, on calculera. Merci.

Mme Charlebois : Bien, merci à mes collègues. D'abord, vous dire que j'ai rencontré les dirigeants de Portage à la mi-juin — je vois que vous êtes bien informé, vous vous tenez au fait — et on a discuté de plusieurs avenues de relocalisation. Vous avez raison, effectivement, ils sont sur un site qui est détenu par Batshaw, qui est une mission, aussi, importante. Dans les deux cas, quant à moi, les missions sont très importantes. Et j'ai fait faire l'examen au ministère concernant les services de Portage à savoir si nous avons d'autres ressources autour de l'île de Montréal qui donnaient le même type de services, et pas du tout.

Alors, pour moi, il est indispensable que, pour les personnes anglophones de l'île de Montréal qui sont en situation de difficulté... C'est ce qui est envisagé. Ceci étant, je leur ai dit qu'ils avaient mon appui, mais, cependant, ils doivent travailler à élaborer leur plan, travailler avec l'agence de santé et services sociaux de Montréal pour faire en sorte qu'on organise tout le continuum de services. Mais aussi ce n'est pas juste de demander de l'argent, là, il faut s'assurer qu'on bâtit un bon plan pour l'avenir, pour la suite des choses, puis qu'on ne se repose pas de question quand on est en plein déploiement des services estimés essentiels, quant à moi. Est-ce que ça répond à votre question? Je suis là pour les appuyer, bref.

Ceci étant, il est vrai que le site de Portage va fermer. Ils vont déménager, dans le comté de Prévost, au lac Écho. Ils ont déjà un site là. C'est un déménagement temporaire, et ils sont en train d'évaluer les possibilités, comment ils peuvent faire pour revenir. C'est ce qui est envisagé. Ceci étant, je leur ai dit qu'ils avaient mon appui, mais, cependant, ils doivent travailler à élaborer leur plan, travailler avec l'agence de santé et services sociaux de Montréal pour faire en sorte qu'on organise tout le continuum de services. Mais aussi ce n'est pas juste de demander de l'argent, là, il faut s'assurer qu'on bâtit un bon plan pour l'avenir, pour la suite des choses, puis qu'on ne se repose pas de question quand on est en plein déploiement des services estimés essentiels, quant à moi. Est-ce que ça répond à votre question? Je suis là pour les appuyer, bref.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. Malheureusement, le député de Rosemont avait terminé son bloc. Nous avons déjà, donc, entamé le prochain bloc des députés de la banquette ministérielle, qui est un bloc de 18 minutes. Donc, il reste 16 min 30 s. Et je reconnais le député de Papineau pour une question.

M. Iracà : Oui. Merci, M. le Président. Et ça me fait plaisir de poser ma deuxième question, ce soir, dans une commission qui va rondement, une atmosphère sereine. Je ne sais pas si c'est grâce à vous, M. le Président, mais...

Le Président (M. Tanguay) : Probablement.

M. Iracà : ...si vous voulez, prenez-en une partie, alors...

Le Président (M. Tanguay) : ...

M. Iracà : ...mais surtout, le fait qu'il y a, ce soir, beaucoup d'information qui est véhiculée, de l'information importante, je pense, pour les citoyens. Alors, je trouve que c'est une commission qui va bien, ce soir, M. le Président, là. Je tenais à le souligner.

Pour ma deuxième question, une question qui touche un sujet tout aussi important que les autres sujets qui ont été abordés ce soir, en lien avec l'offre de services de soutien aux familles, communément appelé les proches aidants... Vous savez, au Québec, ça touche plusieurs familles. Puis, lorsqu'il y a, dans une famille, une personne qui demande des soins particuliers parce qu'elle a une incapacité, la vie familiale semble être désorganisée. Je pourrais... Je pense que je pourrais enlever «semble», là, la vie familiale «est» désorganisée. J'ai reçu des témoignages de gens qui ont laissé leur travail pour s'occuper à temps plein de leur enfant ayant une déficience ou qui sont à bout de souffle et ne savent pas où trouver les services dont ils ont tant besoin.

Je pourrais... Le premier tournoi de golf, M. le Président, que j'ai présidé, c'était pour amasser des sous pour un enfant avec le spina-bifida, et la mère, qui avait un emploi... Puis là je relate un exemple que je connais personnellement, mais je pourrais nommer des milliers d'exemples au Québec, malheureusement, où des gens vivent des situations semblables, où la mère a dû quitter son emploi, un bon emploi au gouvernement, et qui a dû... qui a pris... Elle a pris la décision de quitter son emploi pour s'occuper à temps plein de son enfant en chaise roulante, un jeune garçon qui se nomme André, souriant, toujours souriant malgré toutes les difficultés qu'il peut vivre. Et la mère a décidé, consciemment, en sachant que c'était pour être difficile... parce qu'écoutez, là, on laisse un emploi, on perd des revenus, on est à la maison avec son garçon puis un petit peu isolée aussi socialement, ce qui fait en sorte qu'elle s'occupe à temps plein de son garçon depuis ce temps-là. Et, à ce tournoi de golf là, on a amassé des sous. On a réussi à acheter une van adaptée pour transporter son jeune garçon. On l'a aidée dans toutes sortes de situations où on a réussi à trouver des biens matériels qui l'aident actuellement grandement dans cette situation, dans sa situation, parce qu'évidemment elle a fait le choix de vivre avec son garçon et de ne plus avoir de revenu, mais de s'occuper de son enfant, ce qui est très louable.

• (22 h 10) •

Alors, il y a plusieurs familles, puis ces familles doivent être soutenues par notre système de santé, je le crois fortement. Elles doivent recevoir toute l'information, la formation et la supervision nécessaires pour réaliser les tâches qu'elles ont à effectuer. Elles doivent également savoir à qui s'adresser en cas d'urgence, et avoir accès à une aide immédiate. Il y a des gens... Puis il n'y a pas d'opposition noir ou blanc, là, dans ce dossier-là, là. Il y a des gens qui décident de placer une personne de leur famille dans des centres adaptés pour ces gens-là, pour toutes sortes de raisons : parce qu'ils n'ont pas la santé, parce qu'ils n'ont pas l'argent, parce qu'ils n'ont pas l'endroit physique pour accueillir un proche, et ils prennent la décision, en famille, de dire : Oui, mais je pense qu'il va recevoir de meilleurs services dans un centre adapté.

Il y a d'autres personnes, par contre, comme la dame que je vous ai mentionnée tantôt, qui disent : Bon, bien, moi, j'y vais à temps plein. Je saute, j'y vais à temps plein; je m'occupe d'un proche dans ma famille, chez moi, à la maison. Mais ces gens-là sont souvent laissés à eux-mêmes, ils ont besoin d'aide, ils vivent plusieurs difficultés, ils ne savent

pas toujours où aller. Alors, ce serait bon, M. le Président, que la ministre nous parle un peu de quels sont les services offerts aux proches aidants et à leur famille qui vivent ce genre de situation.

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Évidemment, la question dont nous parle le député... Je pense que tous les députés qui sont ici pourraient relater des cas dans leur propre comté. Moi, d'ailleurs, j'aurai une rencontre, en début de semaine prochaine, avec justement des parents d'une petite fille, qui s'appelle Dylane, qui vit des difficultés et dont les parents vivent avec cet enfant, et la mère a dû cesser justement ses activités professionnelles pour donner un service adéquat à sa petite fille. Ceci étant, puis, comme je vous dis, c'est certain qu'à peu près tous les députés qui sont ici auront un cas qui pourrait vous être relaté.

Ces parents-là, M. le Président, accomplissent un travail remarquable, parce que, nous... Moi j'ai eu des enfants, j'ai maintenant des petits-enfants, je vois mes enfants avec leurs petits. C'est déjà quelque chose en soi d'être parent, mais, quand on a des enfants qui vivent avec des déficiences, s'ajoute une problématique, et ces parents-là investissent le même nombre d'heures, la même ardeur, la même intensité que d'autres parents avec des enfants qui n'ont pas de déficience, mais en plus s'ajoute la problématique de la déficience. Alors, dans l'organisation du quotidien de ces parents-là, ça fait toute une différence, ça exige beaucoup de rigueur, mais beaucoup... Il s'accumule beaucoup de fatigue, beaucoup de stress. Beaucoup leur est demandé, à ces familles-là. Alors, c'est pour ça que, dans notre réseau de services à la population, il y a les centres de santé et de services sociaux qui sont là pour justement aider ces familles, identifier les problématiques et voir quelles sortes de services qui peuvent être déployés pour les aider. Parce que ce n'est pas une mince tâche, comme je vous le disais : il y a la fatigue, il y a le stress, il y a le manque d'espace, de temps — parce que c'est des personnes comme nous qui ont besoin aussi parfois d'avoir des loisirs.

Alors, en fonction des besoins, comme je vous le disais, le CSSS, centre de santé et de services sociaux, va référer les gens vers des organismes communautaires. Il y aura des services qui sont déployés par le centre de service santé et les services sociaux. Il y a des bénévoles, il y a du personnel, qui est embauché par les centres de santé et services sociaux, qui peut aussi donner du soutien. Évidemment, il y a les services de soutien psychosociaux, il y a du gardiennage, il y a du dépannage, du répit, il y a de l'aide dans les tâches quotidiennes, mais il faut passer par le centre de santé pour faire l'analyse de ce que ces familles-là ont besoin.

Évidemment, il y a des sommes qui sont consenties dans le réseau pour aider ces familles-là. Il y a, entre autres, eu un montant non récurrent de 8 millions, mais il y a 35 millions d'argent récurrent qui a été alloué aux personnes qui ont une déficience et spécifiquement en soutien aux familles de ces personnes-là qui ont des déficiences. Évidemment, ces sommes-là sont réparties pour les déficiences physiques et les déficiences intellectuelles, mais j'invite les gens à communiquer avec leur CSSS, ceux qui ont des besoins, qui pourront les référer pour les soins appropriés dans le réseau. Et je ne sais pas si M. le sous-ministre a des propos à ajouter à ma réponse, si vous me le permettez, M. le Président?

Le Président (M. Tanguay) : Oui. M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : Tout à fait, effectivement. En complément d'information, il y a un comité de travail, il y a déjà eu une première rencontre qui a eu cours pour justement, à travers la révision des pratiques, qu'on puisse recenser des initiatives qui sont porteuses en ce qui concerne, là, les outils existants pour intervenir auprès des familles. Il y a aussi des éléments de programmation de services qu'on veut regarder avec l'ensemble des agences.

Ce qui a été observé, puis le Protecteur du citoyen en avait fait état, c'est qu'on observe des disparités en regard d'un même besoin. Par exemple, on observe des disparités dans la réponse aux besoins d'une région à l'autre. Ça, nécessairement... la façon d'adresser ça, on l'a opérationnalisée en lien avec les allocations financières qui sont consenties au réseau. On parlait de 10 millions de dollars qui ont été alloués l'an passé. Ces argents-là ont été principalement alloués à cinq régions, donc dans cinq régions administratives, ce qu'on appelle le 450, de même qu'il y en avait pour l'Outaouais.

L'objectif, c'est de tenter de parvenir à un financement qui est équitable, compte tenu des besoins de la population, de sorte qu'avec ces travaux-là on va devoir compléter l'exercice puisqu'on est à revoir également... La politique de soutien à domicile Chez soi : le premier choix, qui date de 2003, sera revue, donc, à la manière de ces travaux-là. Et on pense qu'on sera en mesure de présenter des propositions en vue d'une prochaine politique qui va inclure des éléments de soutien aux familles probablement au cours de l'année 2015.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le sous-ministre. Maintenant, je cède la parole au député de Saint-Maurice, en vous indiquant qu'il reste un peu plus de six minutes.

M. Giguère : Merci, M. le Président. Nous savons que certaines grandes entreprises se sont penchées sur l'intégration des personnes handicapées en milieu de travail. Elles en sont venues à la conclusion que, s'il est vrai que nous avons fait des progrès en matière d'inclusion des deux sexes et des différentes minorités visibles, les personnes handicapées demeurent malheureusement mal représentées dans les milieux de travail.

Nous savons aussi que le vieillissement de la population créera une pénurie de main-d'oeuvre. Afin de trouver le personnel dont ils ont besoin pour pourvoir leurs postes, les entreprises et les gouvernements doivent chercher des gens dans tous les groupes de population et se montrer plus ouverts en ce qui concerne les personnes qu'ils sont prêts à embaucher. Les personnes handicapées représentent des expertises inexploitées qui ont des compétences diverses. Certaines études indiquent que les équipes diversifiées et hétérogènes sont plus créatives et plus innovatrices et qu'elles prennent de

meilleures décisions. Les personnes handicapées peuvent contribuer à la diversité des points de vue qui apportent des perspectives nouvelles et stimulent le sens de l'innovation au travail.

Dans mon comté, j'ai des amis qui ont des entreprises puis c'est des entreprises à succès puis ils ont engagé aussi des personnes handicapées. Puis ils ont découvert que ces personnes-là, elles ont un système D très développé. Le système D, pour nous, dans la Mauricie, c'est le système débrouillardise. Donc, pour eux, ils amènent... Quand ils ont des problèmes, ils ont... Ils ont vécu avec des problèmes, donc ils ont des solutions très développées.

Ma question, Mme la ministre, c'est : Suite à ce constat, j'aimerais savoir quels sont les outils fournis par le gouvernement du Québec pour aider l'entreprise dans l'intégration des personnes handicapées à leur milieu de travail?

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la ministre.

• (22 h 20) •

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. Évidemment, on a touché un petit peu une partie de ce côté-là avec le député de Rosemont. Et je veux remercier le député de sa question, mon collègue, parce qu'honnêtement ça va me permettre d'un peu préciser ce que j'aurais pu lui répondre un petit peu tôt, parce qu'il me parle d'un programme où je vais vérifier, mais je constate que... un, on fait tous le constat que d'intégrer les personnes handicapées dans toutes les sphères de la vie sociale et principalement l'intégration au travail, je l'ai dit tantôt, c'est primordial parce que ces personnes-là ont besoin aussi, tout comme nous, d'être valorisées et d'être utiles.

L'Office des personnes handicapées évidemment joue un rôle déterminant en matière d'éducation, de conseil, de coordination, de concertation, en vue d'accroître cette participation sociale des personnes handicapées. Et l'office a développé un site en collaboration avec le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Le site s'appelle *Ensemble au travail*. Je vous invite à aller voir ça, c'est fort intéressant. On y retrouve des histoires de réussite fantastiques. Il y a des prix reconnaissance aux entreprises, des programmes et services utiles aux employeurs et les candidats, évidemment. Et on y parle bien sûr de la politique À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité.

Il y a 247 mesures, M. le Président, et programmes du gouvernement du Québec qui sont destinés, en tout ou en partie, aux personnes handicapées. Je vais vous le répéter : 247. Ce n'est pas peu dire, là. Les ministères et organismes responsables du plus grand nombre de programmes, dans ces 247, sont, bien entendu, le ministère de la Santé et Services sociaux, où nous en avons 70 sous notre champ d'action. Il y en a, à la CSST, 45; au ministère de l'Éducation, Loisir et Sport, 27; et, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 24. Celui dont le député de Rosemont m'a parlé tantôt, c'est un de ces 24 là. Alors, il y a neuf ministères qui partagent la responsabilité des deux tiers des programmes, soit 66 %, alors que sept organismes sont responsables de l'autre tiers d'entre eux.

Les types d'interventions les plus fréquents sont la prestation de services, d'équipement, l'indemnisation des personnes et l'octroi des subventions. Les ministères et organismes ont investi 8,4 milliards en 2011-2012, M. le député, et tout ça, dans le cadre de programmes et mesures spécifiques pour les personnes handicapées. Avec les 70 programmes et mesures sous la responsabilité du ministère de la Santé et Services sociaux, c'est le ministère qui effectue les dépenses annuelles les plus importantes dans le cadre des programmes et mesures destinés aux personnes handicapées. C'est notre ministère qui a la plus grande responsabilité. Le total des dépenses réalisées par notre ministère, 2011-2012, s'élève à plus de 4,8 milliards. C'est une hausse de 6 % par rapport à l'année 2009-2010.

Parmi les mesures qui peuvent favoriser l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées, je peux vous en énumérer quelques-unes, si vous me le permettez, M. le Président. Chez Emploi-Québec, il y a des mesures de formation de main-d'oeuvre, il y a des mesures de... ils appellent de la découverte, soit des stages d'exploration, d'observation. Il y a de la préparation à l'emploi, c'est le volet d'insertion en entreprise, finalement. Il y a le volet Expérience de travail, où il y a des subventions salariales, il y a du soutien au travail autonome, il y a des suppléments pour le retour au travail, il y a du service d'aide à l'emploi, des programmes d'aide et d'accompagnement social, puis il y a des programmes pour la réussite, soit des études professionnelles ou postsecondaires. Bref, les efforts sont nombreux, sont multiples pour améliorer l'insertion des personnes handicapées. Est-ce que ça répond un peu à votre question?

M. Giguère : Très bien.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la ministre. Alors, il restait une vingtaine de secondes à votre intervention, mais je vous remercie beaucoup. Et maintenant je suis prêt à céder la parole au porte-parole du deuxième groupe d'opposition, le député de...

Une voix : ...

Le Président (M. Tanguay) : Drummond—Bois-Francs. Alors, à vous la parole, pour débiter un bloc de 14 minutes.

M. Schneeberger : Alors, merci, M. le Président. Mme la ministre, moi, je voudrais revenir sur un cas très précis qui est de mon comté mais qui pourrait très bien être partout au Québec. Il s'agit d'un organisme qui est financé, entre autres, par le ministère de l'Éducation et Services sociaux. Je vous explique le cas. C'est un organisme, centre La Traverse. C'est un centre que moi, j'appelle de dernier recours au niveau éducatif, c'est-à-dire que des élèves qui ont été jetés dehors des écoles, qui ont fait d'autres centres, finalement, c'était vraiment la dernière place. C'est des cas qu'on dit graves. C'est une école qui est là depuis plusieurs... C'est un centre... Je dis «une école», mais, dans le fond, c'est un centre qui est là depuis plusieurs années, qui a fait ses preuves. La communauté, là, appuie fortement ce centre-là.

Je vous explique son financement. C'est qu'elle est financée en partie par la commission scolaire, avec des budgets qui sont justement alloués pour les élèves en difficulté, mais aussi ce centre-là était financé jusqu'à il y a quelques années par le centre jeunesse, parce que le centre faisait aussi ce que moi, j'appelle de l'hébergement 24 heures, c'est-à-dire que les élèves, après les cours, dormaient là. Parce que le centre est établi dans un ancien couvent de soeurs, alors ils pouvaient... Justement, il y avait la place. Victime un peu du succès, ce centre-là — et aussi du grand coeur du directeur de la place — a pris plusieurs nouveaux étudiants ou élèves, où est-ce que, justement, l'approche pédagogique allait très bien pour ce type de clientèle.

Par contre, avec le budget restreint qu'il avait, certains élèves ne nécessitaient pas qu'ils dorment là, sur place, ils pouvaient très bien retourner chez eux, ce qui a fait en sorte qu'au niveau du centre jeunesse ils ont dit : Bien, nous autres, on coupe vos budgets parce que nous, on paie les budgets pour l'hébergement, ce qui a fait en sorte que, bon, contraintes financières, et aujourd'hui, bien, plus aucun budget du centre jeunesse, et le seul financement au niveau de la commission scolaire. Mais là le centre est en graves problèmes financiers, et ces derniers jours se sont finis, là, avec l'année scolaire. À l'heure, actuellement, il n'ouvre plus à l'automne, ce qui fait en sorte que la dizaine ou douzaine de familles qui étaient encore, justement, au service... avec ces étudiants-là, bien, aujourd'hui... bien, à l'automne se retrouvent devant rien.

Moi, ce que je veux savoir, dans des cas précis... J'ai rencontré le ministre de l'Éducation et puis, lui, il est prêt à faire sa part. Par contre, il veut aussi que le ministère Services sociaux fasse la sienne. Alors, moi, ce que je veux savoir, au niveau du point de vue de la ministre, quelle est la vision de son ministère ou sa vision à elle pour ce type de cas qui est, selon moi, très pertinent, type d'établissement pour donner un service à ces étudiants-là parce que c'est des étudiants que, s'il n'y a plus de suivi à ce centre-là, ils vont se trouver dans la rue et puis, bien, de toute façon, un autre service social... une autre branche du ministère va les ramasser, de toute manière.

Alors, moi, je veux savoir, maintenant, qu'est-ce que la ministre s'entend à faire, puis je ne veux pas... je comprends, là, vous ne connaissez pas ce cas précis, mais, dans ce genre de programme là où est-ce que, justement, cet organisme est entre deux chaises parce qu'il finance les deux places, et on tire un peu la couverture de chaque côté parce que... les restrictions budgétaires ou autres, ça finit que, finalement, le centre ferme et puis il y a des jeunes qui se retrouvent, on peut dire, dans la rue. J'aimerais ça entendre la ministre sur quelle approche entend-elle faire là-dessus.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, M. le député. Mme la ministre.

Mme Charlebois : Merci, M. le Président. C'est un dossier qui a été porté à mon attention récemment, et je vous ai entendu... j'ai entendu le député de Drummond—Bois-Francs — excusez-moi, M. le Président — nous dire qu'il a rencontré mon collègue de Jean-Talon pour parler de cette situation — le ministre de l'Éducation — et je vais certainement m'enquérir de la discussion que vous avez tenue avec mon collègue.

Ceci étant, en ce qui me concerne, en ce moment, je sais que l'agence de santé et services sociaux de votre endroit doit faire le point justement avec les gens, mais, quand on parle de coupures, ça fait déjà un an que le dossier est amorcé. Alors, c'est bien avant les coupures. On vient d'être élus en avril dernier, moi, j'ai été assermentée ministre le 23, ça fait que ça fait plus d'un an que votre établissement est en difficulté.

Pour ce qui est de la généralité, quand vous me dites : Il n'y a pas juste mon organisme, mais il y en a plusieurs qui se ramassent avec des interventions de plusieurs ministères, c'est ce que j'ai bien compris, vous voulez savoir ce que j'entends faire : bien, évidemment, il faut parler avec les différents ministères. Il y a beaucoup, beaucoup de services auxquels nous... nous devons donner à la population. Sur les services en question, nous devons faire des échanges et des partenariats avec les autres ministères, parce que c'est terminé, le temps où on pouvait travailler en silo. C'est terminé puis ça fait déjà un bout de temps que le constat est fait, je crois, au Québec, qu'il n'y a pas juste des problématiques en santé, puis il n'y a pas juste des problématiques en éducation, puis il n'y a pas juste des problématiques en emploi, c'est tout le monde ensemble qu'il faut s'attaquer aux diverses problématiques. Puis, souvent, on trouve des liens dans chacun des ministères.

Alors, c'est évidemment qu'il faut se mettre en communication, les différents ministères, et ça se passe au niveau des ministres, mais ça se passe aussi au niveau des ministères, des différents ministères. Les sous-ministres travaillent ensemble, étroitement, sur diverses problématiques. Vous me parlez de celle-ci, mais il y en a d'autres aussi où les sous-ministres et les directeurs des départements travaillent ensemble à trouver des solutions pour certaines problématiques qui touchent plus qu'un ministère, puis c'est récurrent qu'on va constater que souvent les gens qui ont des difficultés sont touchés par divers ministères. Alors, c'est là-dedans que j'entends m'activer. C'est dans ce sens-là. Je ne sais pas si ça répond à votre demande.

Le Président (M. Tanguay) : Merci, Mme la ministre. M. le député de Drummond—Bois-Francs.

M. Schneeberger : Oui. C'est ça, encore sur ce dossier-là, moi, ce que... je veux vraiment que la ministre me rassure, c'est que, bon, moi, j'ai fait diverses interventions, et puis ce n'est pas une question de budget, c'est vraiment quand les budgets descendent, après ça, bien, chaque organisme a un peu l'autonomie de faire ce qu'il veut avec son propre budget. La réalité, c'est que, finalement, ce centre-là ferme ses portes actuellement parce qu'il y a des décisions qui se sont prises plus bas qu'au niveau du ministère chez vous et puis... mais, sauf que ça reste que la triste réalité, c'est que ce centre-là ferme.

Alors, moi, ce que je veux savoir, c'est que... Durant les prochains mois, est-ce qu'il va y avoir des procédures particulières qui vont être faites dans des cas précis? Parce que c'était vraiment un cas précis, et je pense qu'il doit y en avoir d'autres à autres places au Québec.

Et puis je voudrais aussi dire que, si ce centre-là a été ouvert, actuellement, jusqu'à aujourd'hui... bien pas aujourd'hui même, mais à la fin de la saison scolaire, l'année scolaire, c'est que c'est grâce justement aux bonnes oeuvres des soeurs, qui ont fourni, les dernières années, l'établissement gratuitement — elles ne chargeaient plus de loyer — et puis aussi des mécènes, des mécènes... un riche industriel notamment, qui a donné une part, comme le député de Mercier qui dit qu'il ne paie pas sa juste part d'impôt, mais lui, il le fait autrement. Alors, c'est bien. Tant mieux pour lui.

Alors, moi, ce que je veux savoir, j'espère que... je veux être rassuré de la ministre que, dans des cas particuliers comme ça, il y a vraiment des procédures qui vont être faites, parce que je ne veux pas me retrouver à l'automne puis... ou avoir des élèves, des étudiants qui vont se retrouver nulle part.

• (22 h 30) •

Le Président (M. Tanguay) : Merci. Mme la ministre pour une dernière minute pour ce soir.

Mme Charlebois : Bien, ce que je veux rappeler au député : Ce n'est pas au ministère, effectivement, qu'on va régler l'affaire, c'est à l'agence de la santé et services sociaux qui est sur votre territoire, qui va... qui entame, qui a déjà entamé des discussions et qui va poursuivre les discussions pour trouver des solutions. Évidemment, ça répond sûrement à une clientèle particulière. Vous portez à mon attention votre dossier; il est évident que je vais demander un état de situation puis je vais suivre le dossier de près. Mais c'est vraiment... Sur le terrain, quand ça répond à une clientèle particulière puis qu'il y a un besoin, l'agence, je sais qu'elle est déjà en communication avec vos gens, puis on va trouver une solution. Puis je vais parler avec le ministre de l'Éducation, parce que, comme on l'a dit, ça interpelle plus qu'un ministère.

Le Président (M. Tanguay) : Merci beaucoup, Mme la ministre. Alors, rappelons-nous le consentement : nous devons siéger jusqu'à 22 h 32. Il est 22 h 32. Nous allons poursuivre ce bloc Services sociaux vendredi le 27 juin en matinée, et le temps non écoulé du deuxième groupe d'opposition sera, à ce moment-là, ajouté à cet effet et... Oui, Mme la ministre?

Mme Charlebois : Vous me permettez, M. le Président, d'ajouter? Parce que le député de Gouin m'a...

Le Président (M. Tanguay) : 10 secondes, 10 secondes.

Mme Charlebois : ... — oui — m'a demandé une question sur 1 million, sur une problématique précise. Nous allons lui répondre par écrit.

Le Président (M. Tanguay) : Parfait. Alors, la commission ajourne ses travaux jusqu'au jeudi 26 juin, à 9 h 30, où elle continuera l'étude du volet Santé des crédits du portefeuille Santé et Services sociaux. Merci.

(Fin de la séance à 22 h 32)