



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 8 mars 2000 — N° 32

**Examen des rapports annuels de certaines régions
régionales de la santé et des services sociaux (3)**

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Jean-Pierre Charbonneau**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats des commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 \$
Commission des affaires sociales	75,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture	25,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission de l'éducation	75,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des transports et de l'environnement	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

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

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 8 mars 2000

Table des matières

Auditions	1
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre	1

Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

Mme Manon Blanchet

M. Gilles Labbé

M. Russell Williams

M. Yvon Marcoux

M. Christos Sirros

- * Mme Kathleen Weil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- * M. Marcel Villeneuve, idem
- * M. Marc de Bellefeuille, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 8 mars 2000

**Examen des rapports annuels de certaines régies
régionales de la santé et des services sociaux**

(Neuf heures trente-cinq minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Si vous voulez prendre place, s'il vous plaît, les travaux vont commencer dans quelques minutes.

Nous avons maintenant le quorum. Alors, la commission des affaires sociales est réunie aujourd'hui afin d'entendre la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre dans le cadre de ses rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999 en application de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) sera remplacé par M. Sirros (Laurier-Dorion); Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil); Mme Loïselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je vous rappelle que nous disposons d'une période de trois heures. Trente minutes seront pour la présentation de l'exposé et 2 h 30 min environ pour les échanges entre les membres de la commission.

Auditions

Donc, sans plus tarder, je cède la parole à Mme Kathleen Weil, qui est présidente du conseil d'administration. Mme Weil, pour les fins de l'enregistrement, j'apprécierais que vous nous présentiez les gens qui vous accompagnent.

**Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal-Centre**

Mme Weil (Kathleen): Oui. Alors, Mme la Présidente, mesdames, messieurs, distingués membres de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, en tout premier lieu, je vous présente M. Marc de Bellefeuille, qui est le vice-président du conseil d'administration de la Régie, et M. Marcel Villeneuve, qui est le directeur général de la Régie régionale. Est-ce que vous voulez que je présente l'équipe derrière nous ou peut-être plus tard?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): On pourra les présenter s'ils doivent intervenir. S'ils interviennent plus tard, on pourra les présenter au fur et à mesure de leur intervention.

Mme Weil (Kathleen): À ce moment-là? Très bien. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est à vous la parole, Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Alors, il nous fait plaisir d'être entendus aujourd'hui par la commission des affaires sociales afin de contribuer à l'étude qu'elle désire faire de nos rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999. J'aborderai maintenant comment nous avons assumé le mandat qui nous a été confié et quels résultats nous avons obtenus. Au-delà des rôles et fonctions qui décrivent nos attributions dans la loi, la Régie a compris sa mission, au cours des dernières années, comme devant être de maintenir l'équilibre entre les besoins changeants de la population et une offre de services de qualité tout en utilisant de façon optimale les ressources qui nous sont accordées par le gouvernement du Québec. Ce n'est pas à nous de déterminer le niveau des ressources qui nous sont octroyées, mais c'est à nous d'en tirer le meilleur parti possible pour assurer l'accès à des services de qualité. C'est sur cet aspect que portera, pour l'essentiel, notre reddition de comptes.

Pour apprécier les résultats observés en 1997-1998, je vais commencer par vous présenter les éléments-clés du plan de réorganisation que nous avons adopté pour la période 1995-1998. Notre mandat était de résoudre une équation, comment répondre aux besoins tout en ayant une réduction nette de budget de 3 300 000 000 \$ à 3 100 000 000 \$ en trois ans. Notre défi était de rétablir un équilibre entre les ressources et les besoins en mettant pleinement à profit le potentiel des nouvelles façons de rendre les services, notamment grâce aux progrès de la technologie médicale et des soins à domicile, ce qu'on appelle couramment le «virage ambulatoire».

Pour réussir, il fallait, dans la région, arriver à un consensus sur un scénario intégré de transformation du réseau. Nous avons opté, à ce moment-là, pour une consultation publique en deux étapes. Une première série d'audiences publiques télévisées a eu lieu du 18 au 22 avril 1995. Cette première étape visait à bâtir un consensus sur le diagnostic et les orientations stratégiques fondamentales à retenir. Une seconde série d'audiences publiques télévisées s'est déroulée du 2 au 15 juin 1995. Cette seconde étape visait à atteindre un consensus sur un plan intégré de réorganisation du réseau. Au total, nous avons reçu 223 mémoires au cours de cette consultation.

Notre diagnostic était que le réseau, en 1995, était en déséquilibre et très mal adapté aux besoins d'une population vieillissante. Il y avait un trop grand nombre de personnes âgées, en attente d'hébergement ou de soins à

domicile, qui séjournaient dans les hôpitaux, il y avait un niveau insuffisant de ressources dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les soins à domicile étaient sous-développés, il y avait une absence de coordination et de continuité dans les services.

• (9 h 40) •

Un autre élément de consensus portait sur les orientations à prendre pour rétablir l'équilibre. Pour réussir, il fallait tirer le meilleur parti possible des procédures médicales moins invasives en accroissant la chirurgie d'un jour et en optimisant les durées de séjour à l'hôpital. Cela devait permettre de réduire le recours à l'hospitalisation et le nombre de lits. D'autre part, il fallait accroître les services à domicile ainsi que l'intensité des services d'hébergement tout en améliorant la coordination.

Un dernier consensus s'est fait sur l'approche à adopter pour résoudre l'équation financière. Pour passer d'un budget de 3 300 000 000 \$ à un budget de 3 100 000 000 \$, le réseau a opté pour des compressions ciblées sur un nombre limité d'institutions plutôt que pour des compressions, appliquées à tous, paramétriques. Le réseau a opté pour une augmentation des économies à faire, les faisant passer de 190 000 000 \$ à 345 600 000 \$ pour être capable d'investir 155 600 000 \$ afin d'améliorer les services, en plus de livrer la compression de 190 000 000 \$ demandée par le gouvernement. Donc, finalement, pour réellement faire une réforme, il fallait faire cette compression additionnelle pour réinvestir dans la première ligne et dans la longue durée.

Ces trois consensus expliquent les caractéristiques du plan de réorganisation que nous avons adopté pour la période 1995-1998. Pour atteindre les résultats visés, la Régie régionale a procédé, de 1995 à 1998, à des réductions des dépenses de 345 600 000 \$ dans certains secteurs d'activité et à des réallocations de ressources de 155 000 000 \$ dans les secteurs à développer pour arriver à une économie nette récurrente de 190 000 000 \$.

Les réallocations de 155 600 000 \$ ont toutes été confirmées en trois phases successives. Les réductions récurrentes des dépenses ont principalement été obtenues en procédant à la fermeture et à la conversion de neuf hôpitaux. En effet, 177 800 000 \$ des 190 000 000 \$ de réduction nette des dépenses sont issus de cette mesure. Ainsi, 82,7 % de toutes les autres économies réalisées ont été réinvesties dans le réseau régional de services au cours de la période 1995-1998 pour financer l'une ou l'autre des 39 mesures d'amélioration qu'il comportait.

Et, pour suivre l'évolution du projet de réorganisation et en évaluer les résultats, la Régie régionale s'était dotée, en 1995, d'une stratégie d'évaluation de la performance du réseau portant sur trois axes: un, l'impact sur la santé et le bien-être; deux, la productivité des ressources; et, trois, la satisfaction des usagers. De plus, pour suivre l'atteinte des résultats visés dans le plan 1995-1998, nous nous sommes dotés d'un tableau de bord comptant 18 indicateurs. Ce tableau de bord a été publié après chacune des trois années du plan.

Sans vous bombarder de chiffres, je vais vous rendre compte des résultats observés en 1997-1998

concernant les principaux objectifs de notre plan de réorganisation. Je vous présenterai quelques-uns des indicateurs qui ont eu un impact sur l'élaboration du plan d'amélioration des services que nous avons adopté récemment, en 1998. Le défi de l'accès. Ces indicateurs nous ont permis d'identifier les mesures à poursuivre et à consolider, ils nous ont aussi permis de pointer du doigt les secteurs nécessitant des correctifs et des améliorations.

De 1995 à 1998, est-ce que l'accès aux soins à domicile s'est amélioré? La réponse est oui, sans aucun doute. Notre tableau d'indicateurs montre une progression marquée de la clientèle desservie, qui est passée de 47 210 à 59 890 entre 1995 et 1998. Donc, c'est la clientèle posthospitalisée, postopératoire et les personnes âgées. Le budget per capita est passé de 47 \$ à 67 \$ de 1995 à 1998. Il est actuellement de 71 \$. Pour maintenir l'équilibre entre l'offre et la demande, il faudra atteindre 88 \$ per capita d'ici 2001.

Est-ce que l'accès aux services d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie s'est amélioré? Est-ce que l'intensité des services dispensés s'est améliorée? Dans les deux cas, la réponse est oui. En effet, de 1995 à 1998, le nombre de personnes en attente est passé de 1 954 à 1 583, et le délai moyen d'attente a chuté et est passé de 171,6 jours à 96,3 jours. En septembre 1998, la durée moyenne d'attente des personnes déjà admises était revenue à 61 jours. Est-ce mieux qu'avant? Oui. Est-ce satisfaisant? Non, si l'on considère que le délai moyen dans la province est de 47 jours. Le nombre de lits d'hébergement pouvant offrir 2,5 heures de soins et plus par jour est passé de 3 852 à 6 084. Est-ce mieux qu'avant? Oui. Est-ce satisfaisant? Non, ce n'est pas suffisant. Pour faire face au vieillissement de notre population, le nombre de lits de ce type doit être accru à 8 410, soit 60 % de l'ensemble des lits d'hébergement disponibles dans la région.

Comme nous venons de le voir, les réallocations faites de 1995 à 1998 en faveur des soins à domicile et des services d'hébergement ont porté fruit. Pendant ce temps, est-ce que le réseau hospitalier a maintenu la capacité de ses services? Dans notre plan d'action, nous nous étions donné un certain nombre de cibles: réduire le nombre de lits de courte durée de 8 500 à 6 000 lits, améliorer notre performance quant à la durée de séjour en la faisant passer de 8,6 à 6,8 jours, réduire de 5,6 % à 2 % le pourcentage de patients séjournant plus de 48 heures à la salle d'urgence en santé physique, maintenir la capacité opératoire et accroître le taux de chirurgie d'un jour. L'évaluation faite de cette partie du plan démontre que nous n'avons pas atteint ces cibles même si nous avons progressé en direction des objectifs visés. À titre d'exemple, notre durée moyenne de séjour en santé physique est passée de 8,6 à 7,8 jours en 1997-1998, soit un jour de plus que prévu.

Du côté des urgences, à la fin de notre plan, en 1997-1998, notre performance était meilleure qu'avant la réorganisation, mais nous n'avons pas atteint notre cible. En effet, en santé physique, le pourcentage de patients séjournant plus de 48 heures est passé de 5,6 % en

1994-1995 à 4,3 % en 1997-1998, donc encore plus que le 2 % visé. Du côté des listes d'attente, en 1998, nous avons des indications à l'effet que le nombre de personnes en attente connaissait une augmentation importante en orthopédie et en ophtalmologie et que les délais d'accès s'accroissaient en chirurgie cardiaque et en neurochirurgie. Il était donc apparent, suite à l'analyse de notre tableau de bord en 1997-1998, que des améliorations significatives étaient nécessaires quant à l'accès à certaines chirurgies et à la performance des salles d'urgence. Dans le secteur de la déficience intellectuelle, nous avons remarqué, de 1995 à 1998, que le nombre de personnes en attente de services est demeuré très élevé, passant de 1 064 à 1 196 personnes, et que le délai moyen d'attente, bien que s'étant légèrement amélioré, demeurerait inacceptable. Il était passé de 824 jours en 1995 à 784 jours en 1997-1998, soit plus de deux ans de délai d'attente.

Tout cela est bien intéressant, me direz-vous, mais quels résultats avez-vous obtenus en 1997-1998 sur le plan des ressources financières et des ressources humaines? Comme je l'ai mentionné précédemment, de 1995 à 1998, les réallocations de 155 600 000 \$ prévues dans notre plan de réorganisation pour améliorer notamment les services à domicile et les services d'hébergement ont été faites tel que planifié. Par contre, la compression budgétaire nette qui devait être de 190 000 000 \$ a été accrue à 276 600 000 \$, soit 86 600 000 \$ de plus, compte tenu de l'objectif d'atteindre le déficit zéro. Cette compression additionnelle a été accompagnée d'une entente entre le gouvernement et les syndicats permettant la mise sur pied d'un programme universel de départs à la retraite. Bien que ce programme ait facilité l'absorption des compressions additionnelles, il a laissé, après son passage, des vides importants, notamment du côté des infirmières où nous vivons une pénurie de personnel.

Il faut ajouter aussi, pour apprécier l'effort régional sur le plan financier, que nous avons dû, de 1995 à 1998, absorber sans compensation les hausses de coûts inhérentes au système, ce qu'on appelle couramment les «coûts de système». Au plan des résultats financiers, nous observons une croissance du déficit annuel, qui est passé de 13 600 000 \$ en 1995-1996 à 107 900 000 \$ en 1997-1998 puis à 156 900 000 \$ en 1998-1999. En somme, l'effort total demandé à la région de Montréal au cours des cinq dernières années s'est soldé, en 1998-1999, par un objectif de réduction des dépenses de l'ordre de 584 100 000 \$. Si l'on tient compte de la croissance de la demande évaluée à 2 % par année, évaluation comparable à celle utilisée par les experts du rapport Arpin, l'effort total exigé du réseau montréalais se chiffre à 872 500 000 \$ sur une base annuelle.

● (9 h 50) ●

Compte tenu du déficit observé de 156 900 000 \$, nous avons atteint 82 % de l'objectif. Le dernier 18 % est un objectif très difficile à atteindre, car la très grande majorité des établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire. Le déficit résiduel est donc concentré dans une vingtaine d'établissements offrant des services spécialisés et ultraspecialisés, comme les hôpitaux

universitaires et les centres jeunesse. Les CHU, par exemple, à eux seuls expliquent près de la moitié du déficit. Par ailleurs, ils font face à des hausses incompressibles de coûts pour assurer l'accès à des services vitaux comme la chirurgie cardiaque et la dialyse, à titre d'exemples. Suite à l'annonce de la prise en charge de la dette des établissements par le ministère, le retour à l'équilibre est prévu sur un horizon de trois ans avec la plupart des centres en situation de déficit. À ce jour, nous avons conclu des ententes tripartites avec 24 établissements sur les 26 visés. La Régie vient de finaliser des ententes avec le CHUM et le CUSM, qui seront déposées aujourd'hui au ministère.

Un dernier élément mérite d'être souligné quant à la réduction des dépenses, il s'agit du fait que nous avons cherché à la concentrer sur les services de soutien et les services administratifs. Les résultats obtenus démontrent que le financement des services directs est demeuré relativement stable à 2 300 000 000 \$, de 1995-1996 à 1998-1999. De leur côté, les services de soutien ont connu une baisse de 812 000 000 \$ à 729 000 000 \$, et les services administratifs ont chuté de 356 000 000 \$ à 303 000 000 \$ au cours de la même période. Bien évidemment, de telles réductions de dépenses se reflètent du côté des ressources humaines. De 1995 à 1998, le nombre de cadres a diminué de 20 % alors que, du côté des employés à temps complet et à temps partiel, l'effectif a diminué de 17 %, passant de 63 172 à 52 222. Cette évaluation des résultats obtenus de 1995 à 1998 a servi de point de départ au plan d'amélioration des services que nous avons adopté en juin 1998. Ce plan, intitulé Le défi de l'accès, couvre la période 1998-2002. Nous venons d'en compléter la première année d'implantation en 1998-1999.

Bien que s'appuyant sur les mêmes principes, le processus décisionnel retenu par la Régie présentait des différences significatives avec ceux utilisés en 1995, car le contexte et l'objet de la décision étaient bien différents. Notre défi, en 1998, ne consistait pas à réorganiser le réseau mais à choisir des solutions d'avenir pour réaliser un nombre d'améliorations bien ciblées en fonction de leur importance pour la santé et le bien-être de la population. Il fallait renforcer ce qui avait donné de bons résultats de 1995 à 1998 et viser des améliorations sur un nombre bien précis de cibles où la performance nécessitait de l'être.

La démarche de consultation choisie visait à favoriser l'atteinte d'un consensus le plus large possible sur le choix des priorités d'amélioration et à susciter l'adhésion des partenaires pour leur implantation. À la différence de 1995, le processus choisi n'a comporté qu'une série d'audiences publiques qui ont eu lieu du 9 au 11 mars 1998. Ces audiences ont été complétées par un colloque d'une journée sur les urgences, un forum jeunesse, un colloque des comités d'usagers et un sondage auprès de la population sur les priorités d'améliorations souhaitées. Sur cette importante consultation, nous avons adopté, en juin 1998, un plan d'amélioration des services couvrant la période 1998-2002. Ce plan a été approuvé comme cadre de référence pour l'organisation des services

sur l'île de Montréal dans le cadre de l'entente bipartite signée en juin 1999 par la Régie régionale et le ministère. Nous avons appelé ce plan Le défi de l'accès, car il a pour but l'amélioration des services dans certains secteurs bien ciblés. Il s'articule autour de 12 mesures centrales visant l'un ou l'autre des six continuums de services offerts à la population montréalaise.

Quatre de ces mesures sont proposées en santé physique. La première vise à améliorer l'accès aux soins médicaux de première ligne en mettant sur pied un réseau intégré de services s'appuyant sur le Département régional de médecine générale. Ce département sera composé de tous les omnipraticiens installés sur l'île de Montréal. Il aura pour mission d'assurer à toute la population une gamme complète de services: prévention, diagnostics, traitements, soins palliatifs, services de santé mentale. Cette mesure devrait permettre d'améliorer l'accessibilité aux consultations médicales avec rendez-vous dans un délai n'excédant pas quatre semaines, l'accessibilité aux consultations médicales sans rendez-vous 365 jours par année de 8 heures à 22 heures, l'accessibilité aux consultations médicales à domicile et en centre d'hébergement et de réadaptation et l'accès à un médecin de famille.

La deuxième mesure proposée en santé physique vise à régler de façon permanente l'engorgement des salles d'urgence. Nous croyons que la solution à ce problème se situe dans l'ensemble du réseau de services, donc avant l'hôpital, dans l'hôpital et après l'hôpital. Suite aux consultations que nous avons menées en 1998, nous avons mis de l'avant plus d'une vingtaine de mesures complémentaires pour améliorer la situation dans les salles d'urgence. Permettez-moi d'en mentionner quelques-unes: la mise sur pied de cinq centres ambulatoires, et, à ce titre, nous sommes heureux des annonces ministérielles qui confirment que ces projets iront de l'avant. Il faudra aussi assurer une meilleure accessibilité aux services diagnostiques, par exemple laboratoire et imagerie médicale, et aux traitements spécialisés. Pour atteindre cet objectif, il faudrait investir de 200 000 000 \$ à 300 000 000 \$ pour effectuer un rattrapage essentiel à la modernisation des équipements médicaux, par exemple des salles d'hémodynamie, fluoroscopes, accélérateurs linéaires, échographes, équipements de dialyse et tables d'opération. De plus, il faudrait, après ce rattrapage, hausser le budget annuel de remplacement des équipements de 8 000 000 \$ à 50 000 000 \$ par année. Il s'agit d'un objectif hautement prioritaire si l'on veut à la fois améliorer la productivité des hôpitaux et la qualité des services.

La troisième mesure centrale en santé physique vise à améliorer l'accès aux soins ultrasécialisés suivants: la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, la radio-oncologie. Essentiellement, il s'agit de donner des ressources additionnelles aux hôpitaux en fonction d'objectifs d'augmentation ciblés dans ces secteurs d'activité.

En santé physique, la quatrième mesure vise finalement à améliorer l'accès aux services de prélèvement

et d'analyse de laboratoire en généralisant l'accès aux prélèvements sans rendez-vous dans les 29 CLSC de l'île de Montréal.

Du côté des services aux personnes âgées, maintenant, nous visons à améliorer la réponse aux besoins de services de celles qui sont en perte d'autonomie. Pour y arriver, nous comptons sur deux moyens complémentaires: consolider et augmenter l'accessibilité des services à domicile dispensés par les CLSC et augmenter l'intensité des services dans les centres d'hébergement en faisant passer de 6 084 à 8 400 les lits pouvant offrir plus de 2,5 heures de soins par jour et en augmentant le taux de réponse aux besoins pour le hausser de 74 % à 80 %.

Du côté des personnes ayant une déficience intellectuelle, nous voulons desservir les 1 168 personnes en attente de services et réduire le délai d'accès actuel de 783 jours qui est inacceptable. La réalisation de cet objectif nécessite un développement de 12 000 000 \$ accompagné d'une réorganisation des services actuels. C'est les 12 000 000 \$ dont vous entendez parler, les 12 000 000 \$ manquants. C'est ça, ce fameux 12 000 000 \$.

Pour les personnes ayant une déficience physique, notre plan 1998-2002 propose des mesures pour améliorer l'accès aux services externes de réadaptation fonctionnelle intensive et aux services de maintien dans la communauté. En santé mentale, nous voulons améliorer l'accès aux services de base dans la communauté où se retrouve la majorité de la clientèle. Du côté de l'adaptation sociale, nous misons sur le développement, à Montréal, d'un projet jeunesse partagé et mobilisateur. Le but visé est d'arriver à un plan d'action concret par territoires de CLSC, mettant à contribution les ressources des CLSC, des centres jeunesse et des partenaires du milieu. Enfin, du côté de l'alcoolisme et de la toxicomanie, nous visons à mettre en place un réseau plus intégré de services en renforçant notamment la prévention, l'intervention précoce et l'accès aux traitements de la méthadone.

La réalisation de ces objectifs d'amélioration nécessitera des budgets additionnels de 147 000 000 \$ pour la période 1998-2002. De plus, il faudra rehausser le budget du réseau régional pour corriger les bases budgétaires des établissements, des ressources intermédiaires et des organismes communautaires. Il faudra aussi pourvoir au financement des coûts reliés aux nouvelles conventions collectives et ajuster le financement des services ultraspecialisés pour faire face à la hausse de la demande. Donc, au total, le budget requis en 2000-2001 serait de l'ordre de 3 550 000 000 \$. C'est 450 000 000 \$ de plus que le budget actuel, mais c'est 450 000 000 \$ de moins que ce que coûteraient les services, n'eussent été les efforts considérables faits au cours des dernières années.

• (10 heures) •

Pour suivre l'évolution de notre plan d'amélioration des services 1998-2002, nous nous sommes dotés d'un tableau de bord renouvelé comportant 26 indicateurs. Comme le précédent, il couvre les trois axes de la performance du réseau. Nous venons de rendre publics les résultats observés après un an d'implantation du Défi de

l'accès. Certains indicateurs démontrent des résultats positifs, alors que d'autres démontrent que l'on doit accélérer les efforts prévus dans notre plan d'amélioration si on veut obtenir les effets souhaités.

Commençons, si vous le voulez bien, par les aspects positifs, l'impact sur la santé. Les indicateurs développés révèlent que la transformation du réseau n'a pas eu d'effets négatifs sur la santé de la population. Dans certains cas, on observe même un impact positif, notamment quant au nombre d'hospitalisations qui peuvent être évitées. Les données sont particulièrement encourageantes sur ce plan pour le cas de l'asthme et de la pneumonie. Cette situation démontre une meilleure prise en charge et un meilleur suivi de ces clientèles.

Il n'y a pas non plus d'augmentation du taux de réadmission en centre hospitalier suite à un congé. Ainsi, en regard des indicateurs observés — fracture de hanche, infarctus, cancer du côlon et du rectum — et ce, malgré une diminution de la durée moyenne de séjour partout, aucune donnée statistiquement significative ne nous permet de conclure que les gens reviennent plus à l'hôpital dans les 30 jours qui suivent leur congé qu'avant la transformation. Le nombre de patients qui décèdent suite à une hospitalisation pour un infarctus du myocarde a diminué, et ce, malgré une durée moyenne de séjour réduite et un niveau de gravité clinique plus élevé.

L'accessibilité aux services. Le délai moyen pour une première admission en centre d'hébergement diminue constamment depuis 1995-1996. En fait, il a diminué de moitié depuis cette période. Dans les centres hospitaliers, la durée moyenne de séjour décroît progressivement depuis 1995-1996. Elle est maintenant de 7,3 jours pour les soins physiques. L'objectif visé est de 6,8 jours en 2002. Les séjours de plus de 48 heures sur civière dans une salle d'urgence pour des soins physiques sont de 3,3 % et diminuent progressivement depuis 1996-1997.

Les soins et services dans la communauté. Dans plusieurs secteurs, on constate une augmentation de la clientèle recevant des soins et services à domicile. Ainsi, dans la dernière année, le nombre de personnes recevant des soins et services à domicile suite à une opération, à une hospitalisation ou pour des soins palliatifs a augmenté de 11 %. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus recevant des services à domicile a aussi augmenté de 11 %, et le nombre de personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle recevant des services intensifs du CLSC a augmenté de 4 % depuis un an et de 9 % depuis deux ans. D'un autre côté, nous sommes préoccupés par l'évolution de l'accès aux chirurgies que nous avons ciblées: chirurgie cardiaque, prothèse de la hanche ou de genou et chirurgie de la cataracte.

Les ajouts de budget alloués aux hôpitaux ont amené, tel que prévu, une augmentation des opérations réalisées. Vous vous rappelez peut-être que le ministère, depuis 1998, injecte de l'argent ciblé dans ces domaines particuliers qui ont été ciblés aussi par la Régie régionale, et on a pu accroître la production, si vous voulez. Cependant, la demande pour ces chirurgies continue d'augmenter plus vite que le rythme d'accroissement des

ressources que nous y consacrons. Les indicateurs que nous avons développés démontrent que le nombre de personnes en attente de services a augmenté, et ce, malgré une augmentation du nombre d'opérations réalisées. En outre, plus de personnes attendent plus d'un mois pour un pontage et plus de six mois pour une chirurgie de la hanche, du genou et de la cataracte. À titre d'exemple, en chirurgie cardiaque, la liste d'attente atteignait 519 patients en décembre 1999, soit 35 % de plus qu'il y a un an et demi. De plus, 50 % de ces patients attendaient depuis plus d'un mois, et cela, malgré le fait que nous avons réalisé 4 883 pontages ou remplacements valvulaires en 1998-1999, soit 10 % de plus que l'année précédente.

Ces faits démontrent qu'il faut continuer à accroître les ressources dans ces secteurs, puisque l'accroissement de ressources a un effet direct sur l'augmentation du nombre d'opérations effectuées. En deux ans, 19 000 000 \$ ont été investis dans l'accès aux soins ultraspécialisés. Au total, nous estimons à 45 500 000 \$ les sommes nécessaires pour améliorer l'accès aux services dans ces secteurs où la demande continuera de s'accroître en fonction du vieillissement de la population.

Nous espérons que l'étude de nos rapports annuels et du bilan que je viens de dresser des résultats obtenus dans l'implantation du plan de réorganisation des services que nous avons menée de 1995 à 1998, de même que ceux obtenus et visés dans le cadre de notre plan d'amélioration des services 1998-2002, illustre notre grande priorité, assurer l'accès de toute la population à des services de qualité en tirant le meilleur parti possible des ressources qui nous sont allouées. Nous espérons pouvoir continuer dans cette veine d'ici 2002 pour améliorer l'accès et réduire les délais dans les secteurs importants pour la santé de la population ou qui affectent les groupes les plus vulnérables de notre société. Je vous remercie de votre attention, et nous sommes disponibles pour répondre à vos questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Mme Weil, pour votre exposé. Je tiens également à vous remercier pour la documentation que vous nous avez fournie, ça va sûrement aider les membres à comprendre mieux les efforts que vous avez déployés au cours des dernières années. Alors, sans plus tarder, je cède maintenant la parole à la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Merci, Mme la Présidente. Excusez si j'ai la voix qui va et vient, ce matin.

M. Labbé: Est-ce qu'il y a un médecin dans la salle?

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Blanchet: C'est ça. Excusez. Justement, Mme Weil, vous avez parlé des fameux 12 000 000 \$ en déficience intellectuelle. Moi, j'ai été beaucoup sensibilisée, au bureau de comté dans Crémazie, puisque, entre autres, dans mon comté il y a le siège social de

l'organisme Services de réadaptation L'Intégrale. Alors, j'ai eu plusieurs discussions avec les gens de l'organisme, et puis il y a aussi d'autres organismes de ce milieu-là qui sont venus chez moi. Plusieurs de ces organismes-là, lorsqu'il y avait 12 000 000 \$ qui avaient été annoncés sur trois ans, avaient prévu des activités, ou des soins, ou des services à rendre, et là, tout à coup, ces 12 000 000 \$ là ont changé de place, et plusieurs d'entre eux se sont retrouvés avec des problèmes financiers, puisqu'ils avaient déjà entamé, bon, peut-être à tort aussi, mais, selon ce que l'on me dit, avaient déjà entrepris des dépenses ou entamé des programmes, des services, et tout ça, et là ils se sont retrouvés avec des problèmes financiers. Pour certains, c'est quand même important, du personnel qu'on engage, et tout ça. Alors, je sais, selon les informations aussi que l'on m'a données, que ce serait suite aux annonces des priorités de la ministre en début de 1999 que la Régie de Montréal-Centre a décidé de réorienter les sous et de les mettre ailleurs. Alors, je vous pose la question pour savoir. J'ai eu un côté de la médaille. Ensuite, je reviendrai avec une autre question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Oui. Il faut comprendre un peu la séquence. Notre plan d'amélioration des services, ce qu'on appelle Le défi de l'accès, nous l'avons adopté au mois de mai 1998. Dans ce plan, on demandait 147 000 000 \$. C'était entre la période 1998-2002 et c'était dans différents domaines, et on avait ciblé justement la déficience intellectuelle comme un des domaines où il fallait investir. Mais tout ça, c'était sujet à un financement additionnel du gouvernement. D'accord? Alors donc, nous, les budgets des établissements n'ont pas été modifiés à la lumière de l'argent qu'on attendait ou qu'on soumettait comme étant le besoin de la région.

Ensuite, il y a eu des activités où le gouvernement a ciblé. À partir de 1998, on voyait beaucoup le ministère qui ciblait dans certains domaines où on voyait des besoins criants et urgents, en chirurgie, par exemple, et on a eu des argents qu'on a pu investir pour réduire nos listes d'attente en chirurgie. Mais il y a deux domaines où on n'a pas reçu d'argent: c'était ce fameux 12 000 000 \$ manquant, aussi dans la longue durée parce que, dans le reste du Québec, c'étaient des lits de longue durée, mais le problème à Montréal, à cause du vieillissement de la population, c'est que, dans tout le Canada, c'est la population qui a le taux le plus élevé de 75 ans et plus, donc de tout le Québec, mais, en plus, de tout le Canada. Alors, vous pouvez vous imaginer la pression à Montréal, et là ça nous prend un rehaussement, le 2,5 heures. Donc, c'est encore deux domaines, si vous voulez. Il y en a peut-être d'autres plus mineurs, mais les plus importants, c'est ces deux-là où il reste à aller chercher de l'argent et, en plus, évidemment, à continuer dans la veine des chirurgies cardiaques où la ministre a déjà ciblé. Donc, c'est ça, la séquence. Il nous resterait à aller chercher ce montant d'argent du Québec. Si ces organismes ont prévu des

dépenses ou dépensé, ils n'auraient pas dû parce que l'argent n'était pas là, n'était pas disponible. Je ne sais pas si, M. Villeneuve, vous avez quelque chose à rajouter.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va?

Mme Weil (Kathleen): Est-ce que ça vous...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, Mme la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Donc, si ça avait été annoncé comme une priorité où on avait dit... Donc, on n'a pas 12 000 000 \$, il nous faudrait 12 000 000 \$ de plus. C'est ce que vous me dites.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Weil.

● (10 h 10) ●

Mme Weil (Kathleen): C'est ça. Tout le plan est basé sur ça. On soumet le plan au gouvernement et on dit: Ça nous prendrait un financement de 147 000 000 \$ pour répondre à tous nos besoins. Parce que, pour une régie régionale, lorsqu'on fait notre consultation avec le public, il y a un consensus qui se développe, et ensuite, nous, on fait les choix selon les vraies priorités, et il n'y a pas une clientèle qui est négligée là-dedans. La clientèle de la déficience intellectuelle est aussi importante que la clientèle qui attend une chirurgie, et c'est ça, l'important, je pense, de comprendre cette vision de ce que ça apporte, la régionalisation, en tant qu'allocation des ressources. Il y a une enveloppe globale qui suit les orientations du ministère — ça, c'est toujours important — et là c'est au ministère de dire: Bon, voici le financement. M. Villeneuve.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve, en complément de réponse.

M. Villeneuve (Marcel): Oui. Alors, Mme la Présidente, peut-être pour ajouter un élément d'information, c'est que tout le plan — le plan d'ailleurs qui vous est fourni dans votre documentation de ce matin — repose sur un investissement additionnel et graduel au cours des années entre l'année actuelle, 1999-2000, et les deux années suivantes. En déficience intellectuelle, le 12 000 000 \$ dont il est question était réparti sur trois ans. C'est un petit peu ce pour quoi on est en demande auprès du ministère d'investir les sommes graduellement pour atteindre, à terme, 12 000 000 \$. Alors, l'investissement qui était demandé par la Régie en cette première année était de l'ordre de 2 400 000 \$, suivi, pour l'année qui s'en vient, qui va commencer dans quelques jours, de 4 800 000 \$ et de 4 800 000 \$ pour l'année suivante, ces sommes-là devant nous permettre d'atteindre l'objectif, et je pense que, pour la région de Montréal, c'est vraiment une priorité. Je pense qu'il faut insister sur le fait que c'est vraiment une priorité, on doit investir dans le domaine de la déficience intellectuelle, et je peux vous dire que la

Régie de Montréal en fera très certainement sa très haute priorité s'il advient qu'on a des sommes parce que c'est un domaine dans lequel on n'a pas eu de financement l'an passé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Mme la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Donc, lorsque vous parliez, Mme Weil, dans le futur, de justement diminuer la liste d'attente qui est vraiment inacceptable, ça ne peut se faire que par une injection supplémentaire, avec le détail que vous venez de donner, M. Villeneuve.

Mme Weil (Kathleen): C'est ça.

Mme Blanchet: O.K. Sur un autre sujet...

M. Williams: Est-ce que je peux, en complémentaire?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Complémentaire? Oui, sur le même sujet, M. le député de Nelligan. Vous permettez?

M. Williams: Merci beaucoup. Je suis content que la députée de Crémazie ait commencé avec cette question. J'essaie d'écouter les questions et les réponses et j'essaie de me placer à la place d'un parent. Avec tout le respect pour les questions et les réponses, je trouve ça complètement inacceptable. Je comprends que c'est une tâche difficile, mais, en même temps que le gouvernement a carrément refusé de donner 12 000 000 \$ pour corriger sur cette année fiscale, il est en train de cacher de l'argent à Toronto. Je m'excuse, là, on doit parler franchement. Nous avons eu 12 000 000 \$ pour corriger cette situation. Je voudrais souligner la présence de Robert Bousquet, le porte-parole du Comité des 12 millions manquants, qui s'est déplacé ici parce qu'il y a un besoin urgent. Je voudrais mieux comprendre comment ça marche. J'ai compris techniquement votre réponse, mais on ne parle pas juste des groupes communautaires, on parle des êtres humains, 1 100, 1 200 personnes qui attendent deux ans, trois ans et plus. Il me semble qu'il y a un système qui ne marche pas quand on ne peut pas prioriser 12 000 000 \$ pour ces groupes-là, particulièrement quand il y a des sommes disponibles.

Et je voudrais peut-être aller un peu plus loin. Je comprends que c'était difficile pour vous. Si vous n'avez pas les moyens, vous n'avez pas les moyens. Mais je voudrais mieux comprendre parce que le budget s'en vient mardi prochain. Je voudrais savoir comment nous allons avoir cette garantie l'année prochaine, parce que c'est fait pour cette année. Qu'est-ce que la Régie peut faire pour assurer que ces 1 200 personnes ne vont pas avoir la même réponse qu'elles ont eue l'année passée?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Dans un premier temps, je pense qu'il faut regarder la logique de la loi, d'abord, pour commencer. La logique de la loi, c'est qu'il y a des enveloppes régionales, et, à partir de ces enveloppes et d'une planification régionales, nous, on distribue cet argent selon les priorités de la région. Lorsque l'argent est ciblé par le ministère... Et c'est ce qui a été fait parce qu'il y avait des urgences, hein? Il faut voir ça aussi, je pense, au niveau d'un ministère qui a des listes d'attente en chirurgie, etc. L'argent est ciblé. Lorsque l'argent est ciblé, nous, on ne peut pas changer le point de cible. Ce que, nous, on va faire et ce qu'on fait, c'est de sensibiliser le ministère qui jusqu'à date a été très sensibilisé à toutes les priorités qu'on a mises de l'avant.

Mais je vous dirais que j'ai eu l'occasion de parler avec la ministre sur la question de la longue durée. La ministre est consciente que la prochaine étape, ça va être le rehaussement, mais une chose à la fois. Donc, tout ça vient de cette façon de faire, de cibler, ce qui fait en sorte qu'une régie régionale va, à partir des montants qui sont ciblés, les attribuer. On avait l'avantage d'avoir fait un plan qui était en parfaite harmonie — on l'avait fait en 1998 — avec les priorités du ministère, mais il reste ce bout qui manque, et on va continuer à demander et à sensibiliser le ministère pour qu'on puisse, à terme, répondre aux besoins.

M. Williams: Juste sur ça...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: ...il me semble qu'on doit changer le système parce que, quand la Régie trouve une situation aussi déplorable que ça, inacceptable... Vous avez mentionné ça deux fois dans votre mémoire, et je pense que les 1 200 personnes vont apprécier beaucoup. Mais, quand vous ne pouvez pas bouger, il me semble qu'il y a un problème. On doit donner plus de flexibilité. Une fois que vous avez vu un problème comme ça, vous pouvez agir. Parce que, quand tout le monde fait comme ça, là, il y a un problème, et je trouve encore une fois... Je demande une question plus directe: Selon vous, si vous avez accès à une partie de ces 841 000 000 \$, est-ce que ça va être une des priorités de corriger?

Mme Weil (Kathleen): Bien, il faut faire une distinction entre l'argent...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): ... — pardon, excusez-moi — récurrent et non récurrent. C'est évident que, nous, on veut de l'argent récurrent. Ça, c'est la première réponse.

M. Williams: Oui, oui, tout le monde veut avoir ça, mais il y a une urgence quand même.

Mme Weil (Kathleen): Oui, mais il faudrait cibler de l'argent récurrent.

M. Williams: Oui, oui. J'espère que dans le prochain budget nous allons avoir ça. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Nelligan, maintenant je vais céder à nouveau la parole à la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Merci, Mme la Présidente. Mme Weil, justement, et M. Villeneuve le disait tantôt, nous, à la Régie de Montréal-Centre, on veut vraiment sensibiliser et s'assurer que l'on ait les sous le plus tôt possible, puis, si ça peut être dans le budget de la semaine prochaine, de l'année prochaine, ce serait bien le fun. J'imagine que vous êtes en discussion et que vous faites des pieds et des mains, comme on dit, pour démontrer l'urgence de la situation. Alors, est-ce que vous pouvez nous dire où en sont vos discussions avec le ministère, si vous avez réussi à toucher une corde sensible pour qu'effectivement votre vœu se réalise et notre vœu à tous se réalise à l'effet que les gens pourront... Bon, je parlais d'organismes, tantôt, mais, effectivement, je pense que, comme mon collègue de Nelligan, c'est sûr que ça va à des services aux gens. Donc, où en seraient les pourparlers avec le ministère?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, récemment, nous avons eu une rencontre avec les officiers du ministère de la Santé, en particulier le sous-ministre adjoint, Pierre Michaud, qui est responsable de ce dossier-là, et lui-même, suite à une très forte sensibilisation qu'il avait eue du Comité des 12 millions manquants, d'une part, et dans les échanges continuels que la Régie de Montréal entretient avec le ministère de la Santé, M. Michaud a rencontré la ministre de la Santé et, ensemble, avec l'équipe ministérielle, ils ont abordé toute la question de la déficience intellectuelle, nous a-t-il dit, à ce point que la ministre, selon les informations que M. Michaud nous transmettait, bien sensibilisée au dossier, a permis à son sous-ministre d'affirmer que les éléments du plan de transformation qui sont soumis par la Régie de Montréal étaient agréés par la ministre et le ministère et que probablement — et là ça reste à définir au cours des prochains jours — il y aurait des budgets de développement qui seraient consacrés à la déficience intellectuelle en général au niveau de l'ensemble de la province et en particulier pour le plan montréalais, ce qui a été pour nous un encouragement, je dois vous dire.

Par contre, à ce moment-ci, les sommes, les montants, la hauteur des investissements n'est pas déterminée. Il semble bien que les arbitrages restent à se terminer au niveau du ministère, et ça, ça appartient, je pense, aux officiers supérieurs du ministère et à la ministre. Mais, à date, on peut dire que les dernières informations étaient encourageantes dans le dossier de la

déficience intellectuelle. Il reste probablement quelques jours durant lesquels les efforts devront continuer, je pense, si on veut vraiment que le financement de ce dossier-là soit à un niveau important.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. Ça va, madame? Alors, maintenant, M. le député de Vaudreuil, vous avez la parole.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, Mme Weil, M. Villeneuve et M. de Bellefeuille. On vous remercie de votre présentation. Également, on vous remercie pour la documentation que vous nous avez envoyée avant et celle que vous avez distribuée aujourd'hui.

• (10 h 20) •

En fait, j'ai une question un peu générale où je vais intercaler des sous-questions et qui touche un volet que vous avez discuté dans votre présentation et c'est le volet financier, qui est quand même relativement important, je pense, dans toute l'équation, comme vous avez mentionné. Vous avez déposé l'entente de gestion entre la Régie et le ministère ainsi qu'entre les établissements, les ententes tripartites, et je vous remercie. Premièrement, pour ce qui est des déficits qui ont fait la manchette beaucoup au cours des dernières années, pourriez-vous me donner, à la fin de l'année 1999, le montant total des déficits accumulés dans les établissements de votre Régie et également me dire si les versements prévus pour éliminer ces déficits-là ont été faits aux établissements ou s'il reste encore des versements à faire? Et est-ce que ces versements vont éliminer complètement les déficits accumulés à la fin de l'année 1999? Deuxièmement... Je vais vous les donner peut-être en série, puis ça permettra, après, peut-être même de répondre...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est une question à plusieurs volets.

M. Marcoux: Ce sont des sous-questions, parce que la présidente nous demandait de poser des questions précises. Alors, c'est ce que j'essaie de faire.

Deuxièmement, quel est, à ce moment-ci, le déficit que vous estimez pour l'ensemble de vos établissements au 31 mars 2000? Et ce que j'aimerais aussi que vous me précisiez à l'intérieur de ça, c'est quelle proportion du budget total représentent les établissements en déficit, parce que tantôt vous sembliez dire: Il y a peu d'établissements en déficit. Ça peut donner, pour le lecteur, pour celui qui écoute ça et qui ne connaît pas ça, un peu une mauvaise impression. Alors, quelle est la proportion du budget total que représentent les établissements en déficit? Là, on parlait d'une vingtaine seulement.

Troisièmement, quel était, au 31 mars 1999, le montant total des emprunts de fonctionnement des établissements de votre Régie? Quel est le montant total des emprunts pour les fins de fonctionnement et d'assumption des déficits que vous prévoyez au 31 mars

2000? Et qu'est-ce que vous estimez comme étant les coûts d'intérêts annuels afférents à ce montant total d'emprunts?

Autre sous-question: Quels sont les coûts reliés à la sécurité et à la stabilité d'emploi en 1999-2000? Et est-ce que vous avez un estimé pour 2000-2001?

Vous avez parlé — une autre question — des coûts de système et vous avez fait allusion... Je pense que c'était intéressant. Quel est le montant total des coûts de système que vous estimez pour 2000-2001 pour l'ensemble de vos établissements?

Dernière sous-question, et je pourrai revenir après: Quand vous parlez de correction des bases budgétaires, voulez-vous préciser un peu ce que vous entendez et qu'est-ce que ça représenterait comme montant requis en 2000-2001 pour, ce que vous dites, corriger vos bases budgétaires?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ça complète, M. le député de Vaudreuil?

M. Marcoux: Oui, bien, j'aurais peut-être une autre question, mais peut-être, avec celles-là...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous laisse autant de temps pour y répondre. Le premier intervenant, M. Villeneuve, hein? C'est ça? M. de Bellefeuille? D'accord.

M. de Bellefeuille (Marc): Je vais commencer puis je vais me faire aider, évidemment, parce qu'il y a pas mal de questions. Alors, au niveau de la première question, qui était: Quel était le niveau du déficit accumulé au 31 mars 1999? Il était de 387 000 000 \$. Avec les ententes de gestion qui ont été signées, comme vous l'avez dit, M. Marcoux, avec le ministère, et les établissements, et la Régie, il y a déjà un premier versement qui a été fait avec les établissements qui ont signé leur entente de gestion, 256 000 000 \$ qui a été distribué aux établissements pour combler le déficit accumulé de 387 000 000 \$. Il reste un solde de 129 000 000 \$ qui sera versé. C'est le solde qu'il reste à la conclusion de l'entente, parce qu'on n'a pas tout versé. Il reste un solde si les établissements respectent cette entente-là. Donc, au total, tout le déficit accumulé au 31 mars 1999 serait épongé avec les ententes de gestion.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Simplement sur ce que vous venez de mentionner, M. de Bellefeuille, si je vous ai bien compris, le deuxième versement, le solde, sera versé, me dites-vous, si les établissements respectent l'entente de gestion que les établissements ont signée avec la Régie.

M. de Bellefeuille (Marc): C'est ça.

M. Marcoux: Donc, on reviendra peut-être là-dessus, parce que je crois comprendre que, si l'objectif ciblé de réduction de déficit que vous prévoyez dans

l'entente avec les établissements n'était pas respecté par les établissements ou n'était pas atteint, à ce moment-là les établissements n'auraient pas le versement prévu, le deuxième versement.

M. de Bellefeuille (Marc): C'est ce que prévoit l'entente. À ce moment-ci, Mme la Présidente, nous n'avons pas d'indication à l'effet qu'ils ne respecteraient pas les ententes. Donc, à ce moment-ci, on est en mesure d'affirmer que les établissements sont sur la voie de la réalisation des ententes.

M. Marcoux: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, vous pouvez poursuivre, M. de Bellefeuille.

M. de Bellefeuille (Marc): La deuxième question était: Quelle est la hauteur du déficit estimé au 31 mars de l'an 2000? Ici, je dois faire référence, avant de répondre, aux ententes de gestion. Il y a 24 ententes de gestion qui sont confirmées, signées par le ministère. Il n'y en a que deux qui seront déposées aujourd'hui au ministère, qui concernent le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le CHUM, et le Centre de santé de l'Université McGill. Les deux seront déposées aujourd'hui. Dépendamment si le ministère accepte l'entente, le déficit de l'année en cours au 31 mars variera entre 138 000 000 \$ et 160 000 000 \$ parce que, dans les deux ententes des deux CHU, c'est de l'ordre de 22 000 000 \$ chacun, 11 000 000 \$ par le ministère qui injecterait, et, nous, on réinjecterait 11 000 000 \$. Donc, pour les deux établissements, c'est un 22 000 000 \$ d'écart. Ça varie entre 138 000 000 \$ et 160 000 000 \$ au 31 mars 2000, selon nos prévisions.

M. Marcoux: Je comprends, si le ministère accepte...

M. de Bellefeuille (Marc): Si le ministère accepte les...

M. Marcoux: ...de faire un versement additionnel...

M. de Bellefeuille (Marc): De 11 000 000 \$.

M. Marcoux: ...de 11 000 000 \$.

M. de Bellefeuille (Marc): Exact, à chacun des établissements.

M. Marcoux: À chacun des établissements, sinon ce sera 160 000 000 \$.

M. de Bellefeuille (Marc): Exact.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, vous pouvez poursuivre, M. de Bellefeuille.

M. de Bellefeuille (Marc): Pour ce qui est du nombre d'établissements en équilibre budgétaire, on sait que, dans la région de Montréal, nous avons 150 établissements. Il y en a 120 dont on peut affirmer qu'ils sont en équilibre budgétaire. Il reste 27 établissements particulièrement qui sont plus en déficit. C'est les établissements qui sont touchés, ciblés pour des ententes de gestion. Quelle est la proportion de ces établissements-là par rapport au budget global? C'est 66 % qu'ils représentent parce que c'est essentiellement les grands établissements hospitaliers et les deux centres jeunesse de Montréal.

M. Marcoux: Donc, ça veut dire, sur un budget de...

M. de Bellefeuille (Marc): De 3 000 000 000 \$...

M. Marcoux: ...3 000 000 000 \$...

M. de Bellefeuille (Marc): ...que 2 000 000 000 \$ seraient dans les établissements de courte durée.

M. Marcoux: C'est 2 000 000 000 \$, dans le fond. Les établissements en déficit représentent, dans l'ensemble... Le budget total de ces établissements est de l'ordre de 2 000 000 000 \$. Donc, c'est un impact important dans l'ensemble.

M. de Bellefeuille (Marc): Oui.

M. Marcoux: C'est relativement important parce que ces 20 là... Si vous disiez: Les autres, il y en a 50 petits en déficit, ça pourrait être 5 000 000 \$ de déficit. Mais ceux-là représentent une proportion très importante, si je comprends. Excusez, oui, M. Villeneuve.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous voulez ajouter quelque chose, M. Villeneuve?

● (10 h 30) ●

M. Villeneuve (Marcel): Oui, Mme la Présidente. En fait, ce qu'on observe dans la région de Montréal — et je crois que c'est la même chose à travers tout le Québec — c'est que le déficit des établissements est très concentré dans les hôpitaux et que les hôpitaux sont les établissements qui sont généralement de plus grande taille avec les plus grands budgets, ce qui est vrai dans la région de Montréal. Le déficit de nos établissements est concentré dans les hôpitaux, et ce déficit-là est plus concentré encore dans les grands hôpitaux.

M. Marcoux: Est-ce que je pourrais me permettre une question additionnelle, Mme la Présidente, là-dessus?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Si vous dites que les déficits sont principalement concentrés dans les hôpitaux, est-ce que

vous estimez que c'est parce que la gestion est moins bonne dans les hôpitaux qu'ailleurs?

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marcoux: Bien non, mais, écoutez, je pose la question innocemment.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve, à vous la réponse.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, non, pas du tout. Je pense que la gestion de nos établissements de santé est excellente. C'est vrai dans les hôpitaux, c'est vrai dans les autres établissements de nos réseaux, mais en particulier au niveau des centres hospitaliers, des établissements qui ont eu à faire face, au cours des dernières années, à des pressions immenses à deux niveaux, une pression venant du niveau de financement et une pression au niveau de la demande.

Mme Weil, la présidente du conseil d'administration, évoquait dans le discours que la région de Montréal — et, je pense, l'ensemble du réseau de la santé — a eu à donner une contribution importante à l'objectif gouvernemental du déficit zéro, objectif qui, il faut le rappeler, a fait un consensus dans toute la société, mais le réseau de la santé a été mis à contribution et la région de Montréal a fait aussi une contribution importante à l'atteinte de cet objectif-là. Dans ce sens-là, les établissements ont eu à penser d'une façon très précise l'ensemble de leurs activités, ont eu à résorber et à devenir plus performants dans des secteurs d'activité où il y a eu des baisses importantes de dépenses. On voit que nos établissements dans la région de Montréal, administrés comme ils le sont, ont davantage ciblé les services administratifs de soutien et de support pour atteindre les objectifs de réduction budgétaire. Ils ont protégé — et je pense que c'était aussi le voeu de la ministre de la Santé, celui des dirigeants de la Régie — les services. Par contre, à un certain moment il y a des choses qui sont possibles puis il y en a d'autres qui ne le sont plus, et, dans ce sens-là, la partie des ressources qui n'ont pas été résorbées se retrouve en déficit. Alors, dans ce sens-là, je vous dirais, pour répondre à votre question directement: Nos établissements sont bien gérés et leurs gestionnaires sont de haute qualité.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. Mme Weil, vous voulez, oui...

Mme Weil (Kathleen): Juste pour rajouter un peu, parce qu'on fait une analyse de cette situation depuis plusieurs années, Montréal a été très sensible dans ce dossier des déficits des hôpitaux et on a vraiment monté un dossier avec le ministère. Par exemple, on reviendra sur ce qu'on appelle «correctifs à la base budgétaire», certaines questions de budgétisation qui ont sous-estimé des rentrées pour les hôpitaux. Nous, on a fait un travail minutieux de voir exactement quels sont les correctifs à amener à ces

bases budgétaires. Si on enlève les coûts de système, si on enlève ces correctifs à amener, la pression réelle des hôpitaux, c'est le 2 % de pression sur les services. C'est un peu ça, on voit le portrait. Ce déficit, finalement, si on enlève les autres éléments, c'est la pression réelle, et les hôpitaux ont décidé de ne pas couper dans les services.

Il y avait un consensus, quand on y pense, un consensus sociétal tellement fort là-dessus que les hôpitaux ont pris un peu à leur charge: Non, on ne fera pas ce choix-là, on ne coupera pas les services. Et, quand on parle de gestion... Parce que, depuis une semaine, beaucoup de gens parlent de gestion du réseau. Est-ce qu'il est bien géré? Moi, j'ai vraiment envie de dire haut et fort — parce que je travaille avec des gestionnaires mais que je suis bénévole, je suis administratrice: J'ai, depuis 1993, l'honneur de travailler avec, ce que je pense vraiment, les meilleurs gestionnaires et je les vois au niveau des régions — souvent je côtoie aussi des gestionnaires d'autres régions — mais je le vois aussi au niveau de nos établissements, les gestionnaires institutionnels. La limite de leur capacité, c'est la limite du réseau lui-même, c'est-à-dire la coordination. Donc, eux, ils ont atteint la limite de leur efficacité, ils ne peuvent pas en faire plus, c'est la pression des services et c'est là où, nous, on doit mettre tous nos efforts juste pour avoir un portrait un peu global sur qu'est-ce qu'il reste à faire sur la coordination pour rendre leur capacité encore plus efficace, si vous voulez, et efficace. C'est un peu comme ça...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Pour revenir, M. de Bellefeuille, à ce que vous avez mentionné tout à l'heure pour le remboursement, le deuxième versement pour combler le déficit accumulé au 31 mars 1999, vous avez mentionné, je pense: Si les établissements respectent l'entente. Ce serait simplement pour une question d'information. Dans l'entente signée entre la Régie et le ministère, on indique que, pour 1999-2000, il y a une cible de réduction escomptée du déficit de 56 000 000 \$. Or, ce que vous m'avez dit, avec l'estimé du déficit prévu au 31 mars 2000, ce serait entre 138 000 000 \$ et 160 000 000 \$; mettons, pour les fins de la discussion, 150 000 000 \$. Est-ce à dire qu'avec cette équation-là... D'une part, vous dites: Ils doivent respecter l'entente. Deuxièmement, vous dites: Le coût estimé du déficit est de l'ordre de 150 000 000 \$. Troisièmement, pour respecter les ententes, semble-t-il, ils doivent résorber le déficit de 56 000 000 \$. Je me dis: S'ils atteignent le même déficit cette année que celui de l'an dernier, à peu près, comment peuvent-ils atteindre un objectif de réduction du déficit de 56 000 000 \$ pour 1999-2000? Comprenez-vous ma question?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Villeneuve.

M. Marcoux: C'est juste pour essayer de comprendre, là.

M. de Bellefeuille (Marc): Je vais laisser ça à M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, l'entente de gestion entre la Régie de Montréal et le ministère, donc l'entente bipartite, a été signée en juin et c'était basé sur des prévisions faites en juin. Depuis ce moment-là, on a été en processus interactif avec les établissements, et la cible de leur déficit courant de l'année actuelle, 1999-2000, a changé un peu, a changé dans le sens où les établissements nous ont très bien indiqué d'une façon très précise la partie des sommes qui étaient incompressibles et donc qui nous entraîneraient une augmentation du déficit prévu pour l'année 1999-2000, d'où le fait que ce serait à la lumière de chacune des ententes qu'il faudrait refaire le calcul et modifier ce qu'on retrouve dans l'entente bipartite entre le ministère et la Régie régionale. Ce montant-là est près de ce que M. de Bellefeuille vous a indiqué comme montant résorbé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va, M. le député de Vaudreuil?

M. Marcoux: Donc, ça prendra, si je comprends, une acceptation de chiffres un peu différents de la part du ministère si la Régie veut faire le deuxième versement pour rembourser le déficit accumulé au 31 mars 1999.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Alors, la réponse, c'est oui.

M. Marcoux: O.K.

M. Villeneuve (Marcel): Et la base telle quelle, c'est le sens des ententes tripartites. Dès que le ministère appose sa signature sur l'entente, on considère qu'il accepte le montage financier qui y est prévu.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce qu'on a répondu à tous les volets de votre question, M. le député de Vaudreuil?

M. Marcoux: Bien, je pense qu'il y en avait une sur les coûts de système.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Non, il reste encore... Alors, je laisse la parole à M. Villeneuve...
M. de Bellefeuille.

M. de Bellefeuille (Marc): Oui. Juste avant...

M. Marcoux: Les emprunts et les coûts de système.

M. de Bellefeuille (Marc): Les emprunts. Je vous réfère à la page 63, au tableau 47 de votre grille d'analyse

dans vos documents. Essentiellement, donc, le niveau d'emprunt au 31 mars 1999 était de 327 000 000 \$, et j'imagine que ce qu'il est important de retenir, c'est où on s'en va. Donc, au 31 mars 2000, nous devrions être aux alentours de 270 000 000 \$ parce qu'il reste probablement le 129 000 000 \$ de tantôt, que je vous ai dit qu'on n'avait pas remboursé, et le déficit accumulé de l'année courante, qui va être de l'ordre d'à peu près 150 000 000 \$, que je vous ai mentionné, ce qui donne à peu près 270 000 000 \$ qu'on envisage au 31 mars 2000.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. de Bellefeuille.

M. Marcoux: Pouvez-vous me donner simplement — et peut-être que M. Rouleau a tout calculé ça déjà — le montant estimé des coûts d'intérêts afférents à ce montant-là de 270 000 000 \$?

M. de Bellefeuille (Marc): 12 000 000 \$.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): En complément de réponse? Est-ce que vous avez terminé, M. de Bellefeuille? Oui? M. Villeneuve.

M. Marcoux: Les coûts de système, je pense.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Les coûts de système.

M. de Bellefeuille (Marc): Il reste la stabilité d'emploi, avant.

M. Marcoux: Oui. C'est ça, oui. Vous avez une meilleure mémoire que moi.

M. de Bellefeuille (Marc): Sur ce, peut-être Marcel sur la stabilité d'emploi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, au niveau de la stabilité d'emploi, on peut référer le député à la page 11 de la grille d'information qui a été soumise, au tableau 9.1 où on indique l'évolution du nombre de salariés au service régional de main-d'oeuvre, où le nombre total est passé, de 1996-1997, de 1 792, à la fin de 1998-1999, à 307. De ces 307 personnes, une bonne partie des individus, malgré tout, ont des affectations de travail à l'intérieur de l'organisation. Mais ça peut vous donner une idée du nombre de personnes qu'on retrouve actuellement dans nos listes de sécurité d'emploi.

• (10 h 40) •

Le coût, il faudrait le calculer à partir du nombre de personnes et des heures. Ce n'est pas une information qu'on a ici, mais ça peut vous donner une idée. Si vous tenez à avoir un chiffre précis, on pourra le calculer pour vous et vous le faire parvenir.

M. Marcoux: M. Villeneuve, vous permettez?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, c'est une information que vous pourriez faire parvenir au secrétariat. Merci.

M. Marcoux: Oui, parce que vous en touchez un mot dans l'entente de gestion. Ce n'est peut-être pas la même chose que la question que j'ai posée, mais on semble indiquer: Pour la sécurité et la stabilité d'emploi, les coûts s'élèvent à 17 000 000 \$. Est-ce que c'est la même chose que ce dont nous parlons tous les deux?

M. Villeneuve (Marcel): C'est la même chose. On reprend chacune des personnes qui sont en disponibilité, en sécurité ou en stabilité d'emploi dans chacun des établissements et on vise à trouver une solution pour chacune de ces personnes-là. C'est ça dont il est question.

M. Marcoux: O.K. Mais vous pourrez nous donner une précision sur le coût présentement. Parfait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Est-ce qu'il y avait d'autres... Oui.

M. Marcoux: Et les coûts de système.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Les coûts de système?

M. Villeneuve (Marcel): Oui. Au niveau des coûts de système, là, la notion de coûts de système, on peut la regarder d'une façon restreinte ou d'une façon élargie. On peut la regarder, donc, de deux façons. Si on la regarde de façon restreinte, c'est-à-dire telle qu'elle est généralement calculée, en partant des augmentations prévisibles au niveau de la main-d'oeuvre, au niveau des autres dépenses, autres dépenses étant ce qui est généralement utilisé par les organisations pour fonctionner — l'huile à chauffage, pour prendre ça, on sait que ça augmente...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Villeneuve (Marcel): ...puis il faut chauffer l'hiver, n'est-ce pas, nos établissements — toutes les denrées alimentaires, etc., généralement, le taux utilisé par le ministère pour calculer ces choses-là qui sont standard est basé sur les indices des prix à la consommation, et le taux est standardisé et nous est transmis. L'an passé — l'année actuelle — le taux utilisé par le ministère pour les coûts de système était un taux de 0,7 % du budget des autres dépenses. C'est ça. Ce taux-là est généralement, lorsqu'on le calcule bien, assez représentatif de la réalité.

Par contre, le panier de services utilisé dans nos organisations n'est pas généralement le même panier de services utilisé lorsqu'on fait les indices de prix à la consommation, et il y a des items en particulier qui

coûtent beaucoup plus cher et dont l'augmentation est beaucoup plus élevée que ce qu'on a l'habitude de voir dans nos paniers d'épicerie quand on va faire l'épicerie. Ces choses-là, c'est les médicaments, c'est les fournitures médicales spécialisées — par exemple, les cathéters, ces éléments-là.

Nous, dans la région de Montréal, on a voulu isoler ces phénomènes-là et ne pas les amalgamer avec ce qu'on appelle généralement les «coûts de système». Donc, le coût de système, si on le prend d'une façon restreinte, c'est environ 0,7 % des autres dépenses. Il faudra l'ajuster en fonction du coût du pétrole cette année puis peut-être d'autres éléments comme ceux-là. Mais on a aussi fait un calcul plus précis de l'augmentation spécifique des médicaments, de l'augmentation spécifique des autres fournitures qui sont dans les services spécialisés, et les conclusions auxquelles on arrive sont intégrées dans ce que Mme Weil mentionnait plus tôt dans son discours, on pense que tous ces phénomènes-là cumulés, c'est-à-dire l'augmentation des autres dépenses, l'augmentation nécessaire pour faire face à l'augmentation des coûts des fournitures spécialisées, l'augmentation reliée aux salaires du personnel, qui viennent tout juste d'être négociés, et les développements nécessaires pour faire face à l'augmentation de la demande, tout ça ensemble représente environ 450 000 000 \$.

La partie plus spécifique coûts de système est peut-être 20 % de ce montant-là, pour faire un chiffre plus spécifique relativement à ça, mais gardons à l'esprit que, pour faire face aux besoins de la région de Montréal, compte tenu des augmentations de prix, des augmentations de clientèle et de différents besoins, c'est un montant de l'ordre d'environ 450 000 000 \$ qui serait requis pour l'année 2000-2001.

M. Marcoux: Mais, si vous parliez plus spécifiquement de ce que vous entendez par coûts de système et que vous excluez ce que vous appelez les développements pour la demande avec le vieillissement de la population, et tout ça, ce serait, vous dites, à peu près 20 % de 450 000 000 \$, donc à peu près 100 000 000 \$, si je comprends, pour répondre à la fois aux augmentations de la main-d'oeuvre...

M. Villeneuve (Marcel): Non.

M. Marcoux: Ah non?

M. Villeneuve (Marcel): On a calculé pour la main-d'oeuvre, spécifiquement la main-d'oeuvre, que, compte tenu de ce qui a été annoncé dans les conventions collectives, ce seul item-là, main-d'oeuvre, serait un montant d'environ 125 000 000 \$ pour la région de Montréal, le coût inhérent aux conventions collectives récemment signées.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va, M. le député?

M. Marcoux: Ça va. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Avant de céder la parole au député de Masson, puisqu'on parle de conventions collectives, j'aimerais peut-être poser une question, parce que tout à l'heure vous disiez que les directions des institutions ou des hôpitaux, entre autres, devaient innover pour être capables maintenant de faire des compressions si on ne veut pas toucher, entre autres, aux services. Mais, puisque vous parlez de nouvelles conventions collectives et que vous mentionnez qu'il y aura des coûts qui y seront reliés, je sais qu'il y a plusieurs directeurs d'hôpitaux qui souhaitaient avoir beaucoup plus de flexibilité au niveau des conventions dans le but de les aider justement à consolider, à compléter la transformation au niveau de leur consolidation, et on n'en sait pas trop. On connaît quand même l'ampleur au niveau financier, la poussière commence à retomber, mais on ne connaît pas trop, trop qu'est-ce qui s'est passé au niveau des conventions du travail, des conventions collectives, au niveau de l'organisation du travail.

Vous qui êtes dans le milieu, est-ce que vous croyez qu'on a suffisamment donné de flexibilité pour permettre justement aux dirigeants des institutions d'avoir les moyens nécessaires ou d'aller chercher les sommes suffisantes pour ne pas affecter les services mais aussi pour pouvoir compléter la transformation? J'aimerais vous entendre là-dessus, Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Dans un premier temps ça, c'est un enjeu fondamental. Mais, d'après ma compréhension — parce que les directeurs d'hôpitaux et le côté patronal en parlent depuis que je suis membre de la Régie régionale; je sais que c'est un enjeu fondamental — semblerait-il, il n'y a pas eu plus de flexibilité. Donc, ça va toujours demeurer un obstacle à la marge de manoeuvre qu'aura un directeur d'hôpital. Je pense que tout le monde doit être conscient de cet élément-là. S'il y a eu plus que ça, moi, les informations que j'ai, c'est que ça a été un processus de négociations très centralisé.

Je pense que toutes les régies régionales ont pris une position là-dessus pour avoir plus de flexibilité, justement, parce qu'on leur demande d'être créatives, et c'est par la main-d'oeuvre et l'organisation du travail qu'on va être créatif. On va trouver des nouvelles solutions, au-delà de créer un réseau intégré, parce qu'on fait beaucoup d'efforts dans ce sens-là pour que chaque organisme lui-même essaie de trouver à l'intérieur de son organisme... Donc, ça, c'est un débat, je pense, très large, un débat de société qui n'a pas vraiment été entamé pendant la dernière période de négociations. Je ne sais pas si M. Villeneuve aurait des choses à rajouter.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Donc, si je comprends bien, c'est qu'ils ont encore les mains liées au niveau de l'organisation du travail, ils n'ont pas cette flexibilité qui aurait pu permettre de réorganiser le travail pour leur donner cette marge de manoeuvre au niveau des services au lieu d'investir à nouveau. Parce que je pense, entre autres, à ma région. Quand on retrouve trois ou quatre syndicats d'infirmières dans le même

hôpital, c'est inacceptable. Comment voulez-vous que la direction de l'hôpital gère bien si, par exemple, on n'a pas cette flexibilité sur l'organisation du travail? Alors, ça me déçoit un peu parce que vous venez de confirmer qu'il n'y a pas eu cette marge de manoeuvre ou cette flexibilité au niveau des dernières conventions, ce qui veut dire qu'on devra vivre avec ça encore pour les quatre, cinq prochaines années. Et la seule façon de combler cette lacune, finalement, ce sera en investissant des sommes nouvelles si on ne veut pas affecter les services.

• (10 h 50) •

Mme Weil (Kathleen): Oui, et je pense qu'on doit être sensible à ça lorsqu'on juge le réseau de la santé et lorsqu'on juge les gestionnaires de la santé. Je pense qu'il faut être très conscient de tout ce qu'ils ont fait, de tous les efforts qu'ils ont faits et de la limite de leur action. Que ce soit un choix de société, d'accord, mais qu'on soit conscient de ça, qu'on a fait ce choix-là de maintenir un système très centralisé. Qu'on accepte que ça va créer des limites à sa capacité. Ça, je pense qu'il faut mettre ça sur la table. Et, en plus de comprendre que, tout le reste, l'activité médicale, par exemple, aussi, tant qu'on n'aura pas touché, amélioré tout ce qui concerne l'activité médicale... Là aussi, il faut faire des pas de géant pour essayer de maximiser la gestion globalement du réseau. Je pense qu'il n'y a pas un acteur dans ce réseau qu'il faut pointer du doigt. Tout le monde ensemble, il faut aller regarder les points faibles, essayer de les corriger, mais avec un débat où tout le monde est conscient de ce qu'on touche quand on touche ces éléments-là. Et, si on est tous prêts à aller dans ce sens-là, bien, on fera les corrections. Alors, c'est dans ce contexte-là que, nous, on travaille.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Weil. Vous aviez un complément de réponse, M. de Bellefeuille?

M. de Bellefeuille (Marc): Oui, Mme la Présidente. Je vous remercie de me laisser parler. Je ne parlerai pas évidemment au nom de la Régie régionale, je ne suis pas certain que la Régie régionale ait beaucoup un rôle dans les négociations collectives, mais, puisque vous nous invitez à donner notre opinion... Moi, je suis un représentant, au conseil d'administration de la Régie, des hôpitaux de Montréal, donc je peux vous dire que nous sommes déçus, les hôpitaux de Montréal, de la conclusion des ententes au niveau de la question de la flexibilité qu'on recherchait. Il est très clair que nous n'avons pas obtenu la flexibilité recherchée. Le seul exemple que je vais vous donner, c'est au niveau de la prise de vacances des infirmières. Nous sommes en pénurie d'infirmières, il est annoncé que les difficultés de l'été vont être importantes et les hôpitaux ont perdu la flexibilité d'avoir une plage où les infirmières peuvent prendre leurs vacances — elle était peut-être de quatre mois. Cette plage-là a été rétrécie à une période, si je ne m'abuse, du 1er juin au 15 septembre, alors qu'avant elle était au moins d'un mois de plus avant et d'un mois de plus après.

Il est bien sûr qu'en réduisant cette période-là au moment où on manque d'infirmières ça n'aide pas les hôpitaux, ça n'aide pas l'administration des hôpitaux, et, évidemment, tu vas avoir des répercussions sur le nombre de lits que la région va pouvoir offrir, puisque, si on n'a pas d'infirmières, on ne pourra pas garder les lits ouverts. Alors, voilà un exemple où non seulement on n'a pas obtenu la flexibilité, mais on en a peut-être perdu. Alors, on peut rester un peu amer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie. Alors, je cède maintenant la parole au député de Masson.

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente. Mme Weil, M. de Bellefeuille, M. Villeneuve, bienvenue et merci de votre présentation. Une question courte mais avec des volets qui vont peut-être être un petit peu plus longs. On a parlé énormément de l'aspect financier. J'aimerais vous parler un petit peu plus des services comme tels. Malheureusement, j'ai eu votre document seulement ce matin au niveau de vos orientations pour 1998-2002, mais ça semble fort intéressant. Je regardais vos quatre priorités comme telles suite à la consultation que vous aviez faite. Je voudrais vous parler peut-être plus spécifiquement des priorités que la ministre nous a soulignées dernièrement. Je pense que vous êtes très sensibilisés, que vous en êtes très conscients aussi. Il y en a une, à mon point de vue, où j'ai trouvé plusieurs de mes réponses, qui est le service à domicile. Je pense que, dans votre document de présentation, c'est très bien élaboré.

J'aimerais par contre vous entendre sur l'état de la situation quand on parle des listes d'attente, entre autres, faire peut-être un petit peu le bilan et vers quoi vous vous en allez actuellement, comment ça va se présenter pour les mois à venir, toute la protection de la jeunesse aussi, dans le même ordre d'idées, et les urgences comme telles, comment ça s'oriente actuellement, et comment on va vivre ça dans les mois qui viennent, et s'il y a des correctifs ou si ça s'est nettement amélioré. Je sais qu'il y a certains éléments qu'on touche, mais, sur ces trois-là plus particulièrement, je pense qu'il y a un petit bout de complément que j'aimerais avoir. Alors, je suis prêt à vous entendre là-dessus, puis je compléterai par la suite.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Masson. Mme Weil?

Mme Weil (Kathleen): Dans un premier temps, puis ensuite des chiffres très chiffrés. On a préparé ça pour vous parce que c'est vraiment d'intérêt et d'actualité.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Comme vous dites, selon nous, il y a une concordance presque parfaite — sauf pour les 12 000 000 \$ manquants — entre la vision de la ministre par rapport aux priorités puis notre propre

planification, et ce n'est pas le hasard non plus, on travaille ensemble. Les orientations, il y a des débats publics là-dessus, des consultations avec des experts. Tout ça pour dire qu'on a axé sur les soins à domicile, les listes d'attente en chirurgie, et on a eu des investissements depuis 1998 pour faire ce qu'on appelle des blitz en chirurgie. Les médecins n'aiment pas, n'apprécient pas tellement qu'on fasse nécessairement des blitz en chirurgie parce qu'ils voudraient avoir un financement plus stable, mais ça a réussi à réduire nos listes d'attente.

Mais là on voit que, malgré une production accrue — on va regarder les chiffres tantôt — les besoins sont de plus en plus élevés. En partie, c'est le vieillissement de la population. Mais la question que, nous, on pose à nos experts à la Régie, c'est: Est-ce que, parce que le système n'est plus capable, il y a un niveau de production plus élevé, il y a d'autres gens qui se rajoutent à la liste? Il y a peut-être un phénomène, mais, quoi qu'il en soit, il y a un besoin, et le besoin est grandissant aussi parce que la population est vieillissante. En même temps, les coûts sont plus élevés parce que les chirurgies sont ultraspécialisées, les équipements, comme on le sait... puis, bon, des éléments: médicaments, cathéters, etc., tout ça plus cher. Alors, je ne sais pas, peut-être que sur cette question-là on va regarder les chiffres qu'on a puis qu'ensuite on reviendra sur les autres — l'urgence et les soins à domicile, je pense. En tout cas, pour les listes...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, d'abord, peut-être attirer l'attention des parlementaires sur un des documents qui vous étaient fournis ce matin, qu'on intitule *Tableau de bord central*. Ce document-là est notre façon, dans la région de Montréal, de suivre d'une façon très détaillée l'évolution de toutes les listes d'attente, de tous les grands paramètres qui sont contenus dans *Le défi de l'accès 1998-2002*. C'est une façon pour nous de rendre compte à la ministre de la Santé de l'évolution des services dans la région de Montréal. Ce document-là est produit deux fois par année et donc nous permet de bien suivre l'évolution de la situation.

Mme Weil le mentionnait, la ministre de la Santé a investi, au cours de la dernière année, des sommes importantes dans la région de Montréal pour nous aider justement à faire face à des clientèles prioritaires. Parmi celles-là, celles de la région de Montréal sont en tous points identiques, c'est les mêmes que les priorités de la ministre de la Santé, et c'est les grands phénomènes qu'on observe: la chirurgie cardiaque, les prothèses de hanche et de genou, les cataractes, la radio-oncologie.

Si on reprend chacun de ces éléments-là, pour vous situer où on en est aujourd'hui et qu'est-ce que ça nous prendrait pour vraiment continuer les efforts entrepris conjointement par le ministère de la Santé et la Régie de Montréal visant à régulariser les listes d'attente, on peut dire — et chacun de ces éléments est contenu dans le

tableau de bord et on continuera de les suivre aussi régulièrement — qu'au niveau de la chirurgie cardiaque, en mars 1998, nous avions 382 personnes en liste d'attente pour des chirurgies cardiaques, soit des pontages ou des changements de valve. En décembre 1999, la liste d'attente s'est accrue jusqu'à 519 personnes sur la liste d'attente, et ce, malgré le fait que, dans l'année 1998-1999, la région de Montréal ait fait plus d'activités. Grâce aux investissements consentis par la ministre de la Santé, nous avons pu réaliser 506 opérations de plus que l'année précédente, en 1998-1999. Et, malgré ça, malgré le fait qu'on a réalisé plus d'opérations, la liste d'attente s'est accrue.

Ça, ça illustre deux choses, fondamentalement: d'abord, la cible de la ministre était bonne et le choix de donner plus d'argent était également bon, ce qui a permis de réaliser plus d'opérations. Par contre, étant donné l'évolution de la demande, il reste quand même à en faire un peu plus. Il faut donc investir un peu plus pour améliorer la situation. Et ce qu'on a évalué dans la région de Montréal, c'est que, plutôt que de faire 4 883 opérations par année, ce qui est le régime actuel, il faudrait en faire 5 200, donc passer de 4 800 environ à 5 200. Il faudrait faire 400 opérations de plus par année. Ainsi, on reviendrait à la cible qu'on vise d'avoir une liste d'attente où les personnes n'attendent pas plus que quatre semaines.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, Mme Weil.

• (11 heures) •

Mme Weil (Kathleen): Merci, Mme la Présidente. Bon, il y a les listes d'attente en orthopédie, en ophtalmologie. Essentiellement, c'est un peu la même tendance, et je voudrais vous sensibiliser à quelque chose parce que vous lisez ça dans les journaux, faire la distinction entre les listes d'attente et les délais d'attente. Les experts nous disent: C'est plus le délai d'attente qui est important, de regarder: Est-ce qu'on attend plus d'un mois, par exemple, pour une chirurgie cardiaque? Si c'est urgent, c'est évidemment tout de suite qu'il y a une intervention, mais, pour ce qui est des autres, un pontage, etc., plus d'un mois, on a un système qui n'est pas capable de répondre aux besoins et donc il y a une faiblesse. Pour le remplacement hanche, genou, plus de six mois. C'est des experts, on a déterminé ces délais d'attente, donc c'est ça qu'il faut regarder.

Pour ce qui est de la radio-oncologie, je pense que ça vaut la peine peut-être de se pencher un peu sur cette question-là. Il y a des problèmes. Il y a des problèmes et il y a des problèmes à Montréal. On a des chiffres. Malgré le fait qu'on a eu des annonces du ministère qu'on va investir dans de l'équipement, il y a 834 personnes qui sont sur une liste d'attente, c'est-à-dire prêtes à recevoir leur traitement, mais le traitement n'est pas encore commencé.

M. Williams: Et le délai?

Mme Weil (Kathleen): Le délai, donc, il est à plus de 12 semaines en radio-oncologie, et on sait que les

experts disent qu'il faut commencer à l'intérieur de quatre semaines. Bon, c'est un problème qui est un peu généralisé au Canada. Vous avez vu, en Ontario, on envoie les patients de l'autre côté aussi de la frontière. Donc, c'est un problème d'effectif dans ce domaine-là, c'est-à-dire de planification à très long terme. Semblerait-il aussi que c'est un problème d'attirer suffisamment d'étudiants en médecine qui veuillent faire des études ou une spécialité en radio-oncologie. Semblerait-il que ce n'est pas très attirant. Donc, il va falloir peut-être regarder les incitatifs. C'est vraiment un problème à long terme. Donc, à court terme, voilà la situation.

En septembre, on pourra commencer à accélérer le traitement de ces patients parce qu'on va recevoir ces accélérateurs linéaires. Ils seront opérationnels au mois de septembre, je crois bien. Et on prévoit à plus long terme sept accélérateurs au total, donc quatre de plus que les trois qu'on a prévus. Alors, je ne sais pas si ça répond un peu...

M. Marcoux: Je me permettrais de poser une question incidente là-dessus.

Une voix: Une courte question.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une courte question, M. le député de Vaudreuil.

Une voix: Un volet. Ha, ha, ha!

M. Marcoux: Vous parlez d'accélérateurs linéaires. La ministre avait annoncé au printemps dernier l'achat et l'installation de quatre accélérateurs linéaires, trois à Montréal. Ça va prendre, semble-t-il, 18 mois pour que le premier soit en opération, et il semble que ce sont toutes sortes de délais administratifs et bureaucratiques qui ont fait qu'il y a un retard aussi important dans l'installation du premier. Vous savez, comme député, là, je suis convaincu que mes collègues reçoivent également des gens, des téléphones de personnes qui sont en attente et qui disent: Ça prend 18 mois à cause de délais bureaucratiques et administratifs pour acheter un accélérateur nucléaire, et c'est ce que la ministre m'a indiqué. Je me dis: Comment on peut leur expliquer ça quand on a les gens dans notre bureau?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, quand on parle de ce type d'appareil là, il y a un délai naturel forcé qu'on est obligés de subir à cause de la nature même du genre d'équipement dont il est question. Un accélérateur linéaire, c'est une installation qui nécessite une construction, et cette construction-là peut prendre plusieurs mois à se réaliser. Mais, fondamentalement, lorsqu'on parle de délais, c'est sûr qu'il y a eu, dans le cas qui nous occupe, certains délais à l'intérieur des établissements. C'est des équipements qui sont très

dispendieux et c'est le choix des médecins qui est fondamental sur le genre de puissance de l'appareil, les composantes qui sont requises à cet appareillage-là. Là, il y a un petit délai, mais ce n'est pas un délai qu'on peut qualifier de délai bureaucratique, c'est plus un délai professionnel pour choisir d'une façon appropriée le genre d'appareil.

Puisque ces appareils-là doivent être fabriqués par le fabricant, ce n'est pas des appareils qu'on trouve sur la tablette d'un supermarché, chacun des appareils est fabriqué à partir du moment où la commande a été passée et le délai de fabrication et de livraison est généralement de 12 mois. Lorsque l'appareil est livré, l'installer et le calibrer... C'est des instruments d'une extrême précision qui visent à aller toucher un cancer localisé dans une personne. Donc, la précision de l'appareil, son calibrage est fondamental, et ça, ça prend deux, trois mois à calibrer d'une façon précise l'appareil.

En tout temps, il est très difficile d'imaginer, entre le moment où la décision est prise et le moment où la livraison est faite et l'appareil est opérationnel, moins de 12 mois. C'est plus entre 12 et 15 mois qui est le délai optimal pour mettre en opération ce genre d'appareillage là. Il pourrait arriver que des circonstances exceptionnelles fassent que ce soit plus rapide. Par exemple, la construction, ce qu'on appelle le «bunker» est déjà là. Un appareil qui a été construit mais décommandé par un autre établissement est disponible, ça pourrait arriver. Ça a été le cas de Plattsburgh en particulier, là, on nous donnait une comparaison d'un système qui va très vite puis du nôtre qui va très lentement.

Il faut faire attention quand on regarde ces délais-là. Le délai est généralement, quoi qu'il arrive, de 12 à 15 mois, et à ceci il faut ajouter la composante professionnelle qui n'est pas ce qu'on peut qualifier de délai administratif relié à la bureaucratie qui tourne en rond, mais c'est vraiment relié à ce genre d'appareillage là. Évidemment, on pousse pour éliminer tout délai à l'intérieur de ces processus-là qui pourrait être de nature administrative, bien sûr, mais il faut faire face à ce genre de délai. C'est les délais qui sont habituels, qu'il est difficile de comprimer.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Mme Weil, ce n'est pas quelque chose qu'on aurait pu planifier il y a trois ans, par exemple, il y a quatre ans?

Mme Weil (Kathleen): Il faut dire que, nous, à la Régie, Mme la Présidente... Parce que j'ai posé la même question, c'est évident, en tant qu'administrateur, c'était ma préoccupation: Qu'est-ce qui fait que ça prend si longtemps? Nous, on avait pris la décision à la Régie très rapidement. On a envoyé notre recommandation à la ministre, c'était en mars 1998. La ministre a pris sa décision rapidement. Donc, c'est ça, de comprendre qu'est-ce qui a fait qu'il y a eu ce délai, parce que ce n'est pas au niveau de la Régie, la décision a été prise rapidement. On a fait une recommandation en mars 1998. Au ministère, ils ont agi rapidement aussi. Donc, l'explication

ce serait plus à ce niveau-là. La prise de décision a été rapide, on a évalué le besoin, on a décidé qu'il fallait agir rapidement. Je ne pense que c'est nécessairement au niveau bureaucratique que l'engouement est.

M. Marcoux: Ce que la présidente mentionnait: Est-ce que ça aurait pu être planifié un peu avant...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça aurait pu être planifié il y a deux, trois ans.

M. Marcoux: Est-ce qu'on ne voyait pas venir ça, la cohorte du vieillissement, puis surtout avec les programmes de diagnostic de cancer, notamment dans le cancer du sein? Je veux dire, c'est normal, je pense, qu'à un moment donné tu aies une augmentation plus... Excusez.

M. Labbé: Bien, ça aurait pu être planifié aussi...

M. Marcoux: Non, non, mais je n'essaie pas de mettre le... C'est parce que c'est sûr que, s'il y a des programmes de diagnostic, ça augmente le nombre de personnes, à mon avis, qui vont demander des traitements. Ça augmente la qualité de la vie de la population, ça, c'est excellent, mais je pense qu'à l'autre bout ça augmente aussi la demande de services.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Vaudreuil... Oui, M. de Bellefeuille, vous voulez ajouter quelque chose?

M. de Bellefeuille (Marc): Juste un complément. Si on veut bien planifier, il faudrait tout de suite penser qu'on va manquer de radiologistes. Si on n'y pense pas... Actuellement, l'âge moyen des radiologistes à l'Institut de cardiologie est de 61 ans. Ils vont quitter, deux radiologistes, et vont mettre en péril tout le fonctionnement de l'hôpital. Alors là, si on veut bien planifier, il faut regarder les effectifs parce que, même si on a de bons accélérateurs linéaires, si on n'a pas les effectifs, on va être dans le trouble.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je retourne l'appel. Je cède maintenant à nouveau la parole au député de Masson.

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente. C'était, en fait, ma question, parce que, là, on en implante trois en septembre. Est-ce qu'on a le personnel pour, justement? Si on est vraiment sur une ligne dangereuse, là, qu'on appelle — parce qu'il y en a d'autres qui s'en viennent aussi, on parle de quatre qui vont s'ajouter par rapport aux trois — est-ce qu'on est capable de penser qu'actuellement la planification est faite ou notre stratégie est faite pour avoir les gens qui vont être capables de les opérer à ce moment-ci?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): J'ai posé cette question, et on m'a répondu que oui. Est-ce qu'on a les ressources humaines et est-ce qu'on pourra étendre les plages horaires? C'est un peu le genre de questions qu'on se pose, maximiser l'usage de ces équipements très pointus. Alors, il y a un radio-oncologue pour l'été 2000 et déjà on prévoit un technicien de plus qui vont se rajouter au CHUM. Alors, la réponse à cette question que j'ai eue, c'est oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Oui, M. le député de Masson.

M. Labbé: En complémentaire, suite à ma première question, évidemment, je pense qu'au niveau des urgences les listes d'attente... Les listes d'attente, vous avez très bien répondu. Les urgences, je vais y aller avec votre tableau de bord, mais j'aimerais vous entendre sur la protection de la jeunesse. Quel est l'état de la situation?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

● (11 h 10) ●

Mme Weil (Kathleen): La situation à Montréal pour l'instant pour ce qui est de la protection de la jeunesse, c'est que ça va très bien. Vous savez que M. Lebon s'est penché sur toute cette question, et on n'a pas de liste d'attente en ce moment en évaluation. Donc, le système roule très bien tant à Batshaw qu'au centre jeunesse. On a investi un peu d'argent lorsque Batshaw... Le problème à Batshaw, c'est qu'ils avaient des problèmes à trouver le personnel pour faire les évaluations. Donc, ça, c'est un problème qui à long terme va peut-être demeurer, mais, généralement, ça va très bien. J'ai tous les chiffres ici. Je ne sais pas si ça vous intéresse, mais je vous dirais que ça va très bien à Montréal.

M. Labbé: Si votre tableau de bord est aussi bien fait que le reste de vos documents, madame, je devrais être capable de trouver tout ça.

Je voulais peut-être une question complémentaire: Est-ce que vous avez fait une étude, par exemple, compte tenu que, Montréal, bon, on parle de métropole, on parle de toutes sortes de choses? Actuellement, c'est très à la mode. Pour les gens qui sont soignés à Montréal, qui viennent de l'extérieur de Montréal — on sait que vous avez des institutions spécialisées, l'Institut de cardiologie, etc. — est-ce que vous avez fait une étude de la proportion de gens, au niveau des accouchements, à tous les points de vue, qui viennent de l'extérieur de Montréal, quel pourcentage de population? Parce qu'on parlait des besoins, de la croissance des besoins. Je sais qu'il y a le vieillissement, on s'entend là-dessus, mais une question que je me pose, c'est: C'est quoi, la proportion de gens de l'extérieur de Montréal qui viennent se faire soigner dans vos institutions sur le territoire?

Mme Weil (Kathleen): Oui, c'est surtout dans les services hospitaliers.

M. Labbé: Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, la population résidente de Montréal, c'est 1 800 000 personnes, et les établissements de Montréal, notamment les établissements hospitaliers, desservent 2 800 000 personnes. Donc, 1 000 000 de personnes qui ne sont pas des résidentes de l'île de Montréal viennent chercher leurs services sur l'île de Montréal, et la proportion varie d'une région à l'autre selon qu'on est en Montérégie, dans les Laurentides, dans Lanaudière ou à Laval. Mais, de façon générale, en moyenne 30 % des personnes de ces régions-là viennent chercher leurs services sur l'île de Montréal.

M. Labbé: Et ce sont surtout des services en centre hospitalier, on s'entend là-dessus?

M. Villeneuve (Marcel): C'est principalement de ces types de services là.

M. Labbé: C'est ça. Alors, ça a un impact au niveau des besoins chez vous, qui est énorme.

M. Villeneuve (Marcel): Tout à fait.

M. Labbé: Merci. Merci beaucoup, madame.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça va? Ça complète, M. le député de Masson? Merci. Alors, je laisse maintenant la parole au député de Nelligan.

M. Sirros: Mme la Présidente, juste en additionnelle, un peu pour approfondir...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Sur le même sujet, M. le député de Laurier-Dorion, très courte.

M. Sirros: C'est un des sujets que le député a abordés, la question des urgences, et il n'a pas eu le temps d'aller plus loin avec. Mais, en écoutant tantôt la présidente faire sa présentation, en lisant aussi, en tout cas, une question me vient à l'esprit quand je regarde à la page, je pense, 16 ou 17 quand vous parlez des mesures proposées en santé physique dans votre livre *Le défi de l'accès*. Vous avez identifié une série de mesures pour améliorer l'accès et, entre autres, quant à la santé physique, vous ciblez plus particulièrement les urgences, et vous dites qu'il faut désengorger de façon permanente les urgences, et vous proposez une série de mesures pour le faire.

Une des mesures que vous proposez, et vous le dites à la page 18, c'est: «Pour atteindre cet objectif, il faudrait investir de 200 000 000 \$ à 300 000 000 \$ pour effectuer un rattrapage essentiel à la modernisation des équipements médicaux: salles d'hémodynamie, fluoroscopes,

accélérateurs linéaires — on en a parlé un petit peu — écographes, équipements de dialyse, tables d'opération.» Ma question s'adresse peut-être à M. Villeneuve comme administrateur: Depuis quand le gouvernement est saisi de cette demande?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Dans le processus habituel de transmission de nos priorités régionales, c'est depuis, je vous dirais, l'existence même de la Régie régionale que l'ensemble des besoins de la région, priorisés, sont transmis au ministère de la Santé. Ces demandes-là sont évaluées, viennent des établissements, sont priorisées et transmises au ministère de la Santé régulièrement depuis des années, 10, 15...

M. Sirros: Donc, ça fait depuis un bon bout de temps que le gouvernement sait qu'on a besoin, à Montréal, de 200 000 000 \$ à 300 000 000 \$ non récurrents, si je comprends bien. Il s'agit bel et bien d'argent non récurrent?

M. Villeneuve (Marcel): Bien oui, parce que la définition même des équipements et des sommes non récurrentes... J'ouvre peut-être une petite parenthèse, compte tenu de certains équipements qui nécessitent de l'entretien. Là, il y a une partie récurrente qui va avec certains équipements, mais, de façon générale...

M. Sirros: Qui, de toute façon, doit être déjà assumée, étant donné qu'il y a de l'équipement qui doit être remplacé, qui, lui aussi, a besoin d'entretien; probablement moins si c'est des nouveaux équipements, j'imagine.

M. Villeneuve (Marcel): C'est ça. Dans le cas des équipements qu'on remplace purement et simplement, il n'y a pas de frais additionnels. Dans le cas d'équipements qui nécessitent plus d'entretien, il y en a.

M. Sirros: Vous me voyez venir, je pense, hein?

M. Villeneuve (Marcel): Mais, dans les faits, c'est des choses qui sont connues depuis fort longtemps.

M. Sirros: Vous me voyez venir, je pense. Donc, si je comprends bien, ça fait 300 000 000 \$ dont on a besoin pour moderniser. C'est de l'argent non récurrent. Est-ce que vous étiez au courant, vous, qu'il existait 800 000 000 \$ non récurrents qui auraient pu servir à ce genre de chose? Comme administrateurs, est-ce que vous n'avez jamais été mis au courant?

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, non, nous n'étions pas au courant. Moi, je n'étais pas au courant du tout.

M. Sirros: D'accord. Peut-être une dernière question à la présidente du conseil d'administration, qui représente un peu les besoins de la population puis le sentiment de la population: Vous non plus, j'imagine, n'étiez pas au courant que la possibilité existait de régler ce problème non récurrent?

Mme Weil (Kathleen): Non, mais je dois dire, et sans avoir chiffré, que, nous, on soumet des demandes à chaque année, parce qu'on connaît les limites du financement de ces équipements, pour un montant d'à peu près 25 000 000 \$ à 30 000 000 \$ par année. Maintenant, je dirais qu'il y a une prise de conscience généralisée, qui va au-delà des frontières du Québec — c'est un débat actuel dans d'autres provinces aussi — qu'il y a un besoin d'investir en équipements. On n'est pas les seuls à regarder puis à dire: Oups! il y a du rattrapage à faire.

M. Sirros: Merci. Non, je retiens...

Mme Weil (Kathleen): Non, mais tout ça pour dire de vraiment prendre conscience... Moi, j'ai eu l'occasion d'en parler avec la ministre il y a quelques mois. Personne n'avait vraiment chiffré exactement où on avait des besoins, mais il y a une prise de conscience qu'il faut investir dans ce sens-là pour moderniser nos façons de faire.

M. Sirros: Est-ce qu'il y a une explication, selon vous, pourquoi on ne l'a pas fait, étant donné qu'on avait la possibilité de le faire? Honnêtement, là, je ne veux pas vous placer dans des situations intenable, en quelque sorte, parce que je suis convaincu qu'il n'y a pas de raison autre que des questions comptables, etc.

Mme Weil (Kathleen): Comptables, c'est ça.

M. Sirros: Mais je regarde ça et je dis tout simplement que c'est non récurrent, on a un budget non récurrent. On a des besoins qu'on nous dit qui sont essentiels, un rattrapage essentiel, et on a 840 000 000 \$ en banque à Toronto. Même si c'est investi dans des bons du Québec ou peu importe, là, ce n'est pas investi pour un rattrapage essentiel. Moi, je ne comprends pas. Je suis convaincu que vous ne pourrez pas l'expliquer à ma satisfaction. C'était un peu le petit additionnel que je voulais faire avant de revenir sur une autre chose dont, je pense, on pourra parler de façon plus, en tout cas, calme, sur d'autres sujets. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, votre message est passé, M. le député de Laurier-Dorion.

M. Labbé: On va laisser préséance aux gens pour aller plus loin dans le cheminement plus tard.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, maintenant, je cède la parole au député de Nelligan à qui j'avais promis la parole.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci beaucoup pour votre présentation aujourd'hui et aussi merci pour votre travail quotidien dans la Communauté urbaine de Montréal. Ce n'est pas une tâche facile que vous avez. On peut être en désaccord de temps en temps avec les décisions, mais je sais que la Régie régionale essaie de faire le mieux selon ses moyens.

Mais je voudrais retourner sur la question des listes d'attente pour le secteur jeunesse. Je n'ai pas les mêmes chiffres que vous, là. Effectivement, sur les listes d'attente pour évaluation, ils ont eu un progrès, mais l'expert gouvernemental, M. Lebon, lui-même dit que ce n'est pas la liste d'attente la plus importante. La liste d'attente la plus importante, c'est ceux et celles qui attendent l'application des mesures. Une fois que vous avez eu une validation, vous avez les services nécessaires. Et là je vais sortir deux chiffres. Le 30 avril, avant que la ministre ait décidé d'aider les jeunes, la liste d'attente au centre jeunesse Montréal était de 107. Après neuf à 10 mois d'aide de la ministre, maintenant la liste d'attente, le 18 février 2000, c'est 129 au centre jeunesse Montréal. Effectivement, ils ont eu tout un autre progrès avec Batshaw. À Batshaw, à l'époque, le 30 avril 1999, c'était 43, et maintenant, selon les chiffres que j'ai reçus, c'est 16. Oui, il y a un progrès, malgré qu'ils aient financé sur un autre niveau que le centre Montréal, parce que, dans le jargon que nous avons discuté sur le financement, le centre jeunesse Montréal, c'est subventionné avec des dollars américains, le centre Batshaw est subventionné avec des dollars canadiens. Per capita, Batshaw a reçu 406 \$, et le centre Montréal a reçu 636 \$ per capita.

Je voudrais juste mieux comprendre qu'est-ce qui se passe dans ça. Je peux dire que, oui, sur le temps pour faire l'évaluation, ils ont eu un progrès, mais ça ne change pas grand-chose si vous n'avez pas les services et si, après, vous avez l'évaluation. Je voudrais demander à la Régie régionale d'aller un peu plus loin dans les discussions sur les listes d'attente pour la protection jeunesse.

◆ (11 h 20) ◆

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Alors, Mme la Présidente, dans la région de Montréal, on a vu une augmentation très importante du nombre de signalements, environ 20 % dans la dernière année, qui est relative à différents phénomènes mais aussi beaucoup à la publicisation des problèmes qu'on retrouve dans le secteur jeunesse. Ce que Mme Weil mentionnait, c'est que, dans la région de Montréal, la situation, on peut la considérer sous contrôle. Il est vrai qu'il y a des petites listes d'attente, mais la quantité de services disponibles fait que les prises en charge ne sont pas menacées et que les délais d'attente sont encore acceptables dans notre région, malgré le fait qu'il y a eu une augmentation importante du nombre de signalements — 20 % — ce qu'on ne voit pas à tous les ans.

Le centre jeunesse de Montréal réagit dans ce sens-là en adaptant ses services, en continuant à adapter ses

services, à les rendre plus disponibles, à les rapprocher du milieu, et, dans le fond, c'est un processus continu, ce qui, à ce jour, est suivi par nous d'une façon très détaillée, presque quotidienne. Mais on peut considérer que la situation n'est pas hors de contrôle, elle est même sous contrôle. Et c'est dans ce sens-là que Mme Weil indiquait qu'on ne considère pas qu'il y a un problème dans la région de Montréal au niveau de la situation chez les jeunes.

M. Williams: Et la différence de financement?

M. Villeneuve (Marcel): La différence de financement, pour répondre à votre question, il faut regarder l'ensemble de la province. Si on regarde l'ensemble de la province, le centre jeunesse de Montréal est celui qui jouit du plus haut per capita, la région de Laval, le second plus haut per capita, le troisième plus haut per capita, c'est Batshaw, que vous dites être financé en dollars canadiens, et l'ensemble des autres sont beaucoup plus bas sur le plan du per capita, ce qui pose un petit peu le problème de voir quelles sont l'équité montréalaise et l'équité provinciale par rapport à ça de l'ensemble des régions.

Moi, je pourrais vous dire par rapport à l'ensemble du dossier que ce qu'il faut regarder, c'est: oui, il faut réexaminer la distribution des services aux jeunes, pas uniquement dans les services offerts par les établissements spécialisés mais aussi ce qu'offrent les autres réseaux, notamment la première ligne, notamment les services qu'on appelle en amont de l'intervention spécialisée chez les jeunes, et, dans ce sens-là, l'examen de l'ensemble de ce portrait-là pourrait nous amener à des conclusions peut-être pas aussi directes de savoir: l'un a trop d'argent, l'autre n'en a pas assez. Il y a Montréal, l'ensemble des régions périphériques à Montréal et surtout l'investissement qu'on doit faire en première ligne au niveau des services aux jeunes afin de les prendre avant que leur situation se détériore tellement qu'on doit utiliser des services spécialisés.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. M. le député de Nelligan, vous avez d'autres questions?

M. Williams: Oui. Je pense qu'il y a une complémentaire, là?

Mme Weil (Kathleen): C'est ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): On est sensibles à ce problème-là et on a eu l'occasion d'en parler avec M. Baril. Dans un premier temps, Montréal est sensible au fait qu'il y avait un sous-financement pour les jeunes dans les autres régions, et c'était criant. Alors, on est un peu mal placés pour dire que Montréal rehaussait notre niveau

de financement pour les jeunes. En même temps, on reconnaît que les problématiques à Montréal sont très aiguës. La clientèle — et c'est souvent l'argumentation des centres jeunesse de Montréal — parce qu'elle vit en milieu urbain, la complexité de la clientèle fait en sorte que ce n'est pas une question d'abaisser le financement pour Montréal.

M. Williams: J'espère que non!

Mme Weil (Kathleen): Donc, à long terme, ce qu'on voudrait voir — et on en a parlé avec M. Baril — c'est que, dans un deuxième temps, une fois qu'ils auront rétabli un bon financement dans les autres régions, on pourra discuter de ce problème et essayer de voir si on peut rehausser en même temps toutes les autres mesures dont parle M. Villeneuve, c'est-à-dire la première ligne, une meilleure coordination. La Régie de Montréal a fait un forum jeunesse en 1998 pour regarder... Parce qu'on a quand même des bonnes ressources en centre jeunesse. Comment peut-on faire pour maximiser les retombées de ces ressources, tant en prévention qu'en traitement? C'est de mettre tout ce réseau-là ensemble, parce que, comme le réseau de la santé, le réseau social a fonctionné en silo et on fonctionne encore en silo.

En 1995, quand on a entamé nos audiences, c'était assez frappant, le nombre d'intervenants qui venaient nous dire: Bon, nous, en tant qu'hôpital... ou le centre jeunesse qui ne parlait pas au CLSC ni aux organismes communautaires, l'hôpital qui ne parlait pas au CLSC, aux centres de longue durée. Donc, tout ce travail de mettre en réseau, je pense qu'il faut essayer d'en maximiser les retombées, et là on pourra mieux voir s'il y a un sous-financement, à ce moment-là. Donc, tout ça pour dire que c'est un problème dont on est conscients, celui que vous soulevez, M. Williams.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Merci pour votre réponse, et comptez sur l'opposition officielle pour vous aider à convaincre le gouvernement d'augmenter les subventions.

Sur un autre sujet — si je peux, Mme la Présidente — vous êtes en charge de la coordination de nos urgences, et un sujet qui nous intéresse beaucoup, à la commission, c'est les services préhospitaliers d'urgence qui, à Montréal, sont très différents des autres territoires parce que nous avons Urgences-santé qui est une institution parapublique et que les autres régies ont des compagnies privées. Chez nous, dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal — ce n'est pas un cas de comté que je soulève aujourd'hui — et dans les périphéries ouest et est, Laval incluse, il y a un temps de réponse beaucoup plus lent qu'au centre et il y a moins d'ambulances disponibles. Mais — et j'étais là, quand la Régie était un conseil régional, à la création d'Urgences-santé — c'est assez étonnant de voir qu'officiellement — je ne parle pas de votre travail quotidiennement officieusement — malgré

que vous ayez la responsabilité de coordination de nos urgences, vous n'avez aucun rôle de coordonner Urgences-santé, ça relève directement du gouvernement. Il y a un comité provincial maintenant présidé par André Dicaire, ancien sous-ministre. Recommandez-vous qu'Urgences-santé soit soumise à la responsabilité de la Régie régionale de Montréal pour mieux coordonner les services ou avez-vous d'autres idées pour améliorer nos services?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, c'est un petit peu une anomalie de l'organisation du réseau actuellement qu'une pièce aussi importante que celui du transport ambulancier ne fasse partie de la planification régionale. Remarquez bien que nos rapports avec Urgences-santé, sur une base quotidienne et sur une base informelle, sont excellents, et on réussit quand même à faire un travail constructif avec Urgences-santé. Mais la dynamique des transports ambulanciers est excessivement importante, puisque les personnes partent de leur domicile vers les établissements de santé, vers les urgences, et il serait probablement normal qu'Urgences-santé soit assimilée à un établissement du réseau de la santé, et fasse partie de la planification régionale, et puisse s'asseoir aussi avec les autres partenaires que sont généralement les hôpitaux qui ont des salles d'urgence pour bien planifier le volume ambulancier, les temps de réponse que le député de Nelligan mentionne à juste titre, qui sont un problème à régler, d'avoir des temps de réponse équivalents sur l'île de Montréal. Ce serait des objectifs que, nous, on rechercherait si on avait juridiction sur Urgences-santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. M. le député de Nelligan.

M. Williams: Oui. J'essaie de passer mes questions vite parce que je sais qu'il y en a plusieurs autres, mais un autre sujet qui nous intéresse beaucoup, c'est que vous avez parlé qu'il y a une augmentation, je pense, de 11 % sur les besoins des soins palliatifs. Nous avons eu la chance de parler directement sur un projet communautaire. J'ai apprécié votre travail au début de ce programme. Je voudrais mieux comprendre c'est quoi, votre plan afin d'assurer qu'on prend cette priorité que vous avez mentionnée et qu'on peut agir immédiatement, sans entrer dans les débats encore sur la radio-oncologie, et tout ça. C'est une chose de prioriser quelque chose; c'est une autre chose de mettre ça en vigueur. Je voudrais vraiment savoir: Qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour assurer que la région peut répondre à la priorité que vous avez mentionnée, cette augmentation de soins palliatifs? Qu'est-ce que vous êtes en train de faire comme programmation pour les soins palliatifs?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

● (11 h 30) ●

M. Villeneuve (Marcel): Au niveau des soins palliatifs, on doit dire qu'il y a déjà plusieurs établissements dans la région de Montréal qui ont des unités de soins palliatifs. On pense que ces unités-là doivent continuer à assumer leur rôle. Il y a donc réponse à une bonne partie des besoins au niveau des soins palliatifs. On sait par ailleurs que la clientèle potentielle augmente au niveau des soins palliatifs. Il y a trois façons de rendre les services aux personnes en phase terminale: il y a les établissements eux-mêmes de la santé où on a des unités de soins palliatifs, les hôpitaux de courte durée et certains centres de longue durée. C'est une façon de répondre aux besoins de ces personnes-là.

Il y a une deuxième façon d'y répondre selon la volonté des gens qui veulent recevoir leurs services à domicile, et il y a des ressources sur l'île de Montréal qui desservent les personnes en phase terminale à domicile — les CLSC d'abord, l'Entraide Ville-Marie en second lieu, Entraide Ville-Marie qui est plus spécialisée auprès des personnes en phase terminale au niveau des soins palliatifs — et il y a une troisième voie qui est en émergence, qui est celle de recevoir et d'appuyer des projets qui viennent de la communauté, qui viennent d'une coordination et d'un partenariat entre les établissements, le réseau de la courte durée, le réseau des CLSC et la communauté elle-même, et la Régie de Montréal entend supporter des initiatives comme celle-là.

On sait qu'il y en a quelques-unes qui se développent, en particulier une dans l'Ouest-de-l'île de Montréal. On veut utiliser ces expériences-là, les supporter dans le cadre des moyens dont on dispose pour pouvoir faire en sorte que ce type de services là puissent se développer parce que ça répond à un des créneaux de clientèle que des gens désirent avoir, ce genre de services là, dans un milieu qui n'est pas institutionnel, dans un milieu qui est plus communautaire et plus près de leurs désirs. Alors, dans ce sens-là, la région de Montréal va très certainement accueillir des projets qui se développeraient comme ça et tenter de les supporter.

Dans la budgétisation 2000-2001, la ministre va bientôt nous faire connaître les enveloppes de développement. Si la région a des marges de manoeuvre à l'intérieur de ça ou a de la latitude pour attribuer les sommes, ça fera probablement l'objet d'un des éléments de développement qu'on soumettra à notre conseil d'administration. Alors, c'est dans ce sens-là, où il y a trois types de façons de répondre aux besoins de ces personnes-là, puis on entend les supporter.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. Une dernière question, M. le député de Nelligan?

M. Williams: Une dernière question, Mme la Présidente, sur un autre sujet, celui d'Hémas-Québec. Le gouvernement québécois a décidé de créer deux institutions sanguines malgré la première recommandation de la commission Krever. Dans le plan d'action que le gouvernement du Québec a décidé, il a désigné 20 hôpitaux en

charge de notre système, et je pense qu'il y en a quelques-uns sur l'île de Montréal. Mais une autre partie de l'idée était que les centres désignés vont commencer à charger, à facturer pour le sang et les produits sanguins. Ça a été reporté chaque année, mais c'est planifié pour le 1er avril 2000. Est-ce que, selon vous, nous allons commencer ce nouveau système de facturer les autres établissements pour les produits sanguins ou le sang à partir de l'année fiscale 2000-2001 dans votre territoire?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Écoutez, peut-être qu'il faudrait, pour répondre précisément à votre question, qu'on en fasse l'évaluation. Là, je n'ai pas l'information détaillée pour répondre à votre question, alors je vous proposerais de prendre les informations puis de vous donner réponse dès qu'on aura ces informations-là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Parfait.

M. Williams: J'accepte ça parce que, chaque fois que vous avez dit ça à moi, j'ai toujours eu une bonne réponse. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, vous transmettez votre réponse au secrétariat, M. Villeneuve. Je vous remercie. Alors, je cède maintenant la parole à la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Merci, Mme la Présidente. Avant d'être élue il y a un an et demi, j'étais attachée politique aussi dans le même comté, et, comme le député de Vaudreuil le disait tantôt, il nous arrive souvent d'avoir à répondre aux gens ou à donner des explications aux gens suite aux décisions ou aux priorités qui sont prises par la Régie régionale, et, depuis quelques jours qu'on rencontre différentes régies, on a souvent posé la question comment on pourrait mieux relayer l'information ou les explications à la population en étant, nous, les élus — peu importe, là, tous les élus de Montréal — vraiment ce relais-là. Je ne vous demande pas nécessairement de nous envoyer du jour au lendemain tous, tous, tous les papiers, toute la documentation, on en a amplement qui nous arrive de toute façon, mais comment est-ce qu'on pourrait — et aussi tout en respectant, des fois, je ne sais pas, les embargos ou les secrets, si je peux dire, qui doivent être gardés jusqu'à un temps x — mieux travailler ensemble justement pour répondre?

Parce que, souvent, pour les gens aussi, la Régie régionale, c'est loin — excusez-moi l'expression — c'est une grosse bibite. Ils ne savent pas où aller, où vous êtes, qui vous êtes. On le dit justement quand il y a des élections à chaque deux ans dans le réseau de la santé, il y a une participation tout à fait, je dirais, quasiment dérisoire versus la population parce que les gens ne se sentent pas concernés. Je vous avoue que, moi-même, avant de travailler dans le milieu, le CLSC, ça ne me

disait rien. Bon, je suis chanceuse, je ne suis pas souvent malade — sauf aujourd'hui — je n'avais jamais eu affaire que ce soit à l'hôpital dans le quartier ou au CLSC, rarement aux médecins, et tout ça. Donc, les gens se sentent loin de tout ça.

Comment on pourrait mieux les intéresser? Et comment, vous et nous, on pourrait justement être les messagers ou, en tout cas, mieux relayer l'information? Sans être tout partout, comme je disais tantôt, et sans nécessairement recevoir tout ce que vous faites, comment on pourrait, je ne sais pas, avoir un communiqué de presse pour prévenir de ce qui va être annoncé aux nouvelles à 18 heures ou dans le journal demain matin?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Globalement, on fait des rencontres peut-être deux fois par année avec des députés, et ça, c'est au-delà des demandes particulières qu'on pourrait avoir. Nous aussi, on sent le besoin de sensibiliser les députés aux questions de l'heure, surtout qu'ils sont confrontés aux mêmes manchettes que nous — ha, ha, ha! — presque tous les jours, et on sent généralement le besoin que tout le monde ait une meilleure compréhension d'un système extrêmement complexe qui a vécu des compressions sans précédent et des transformations sans précédent, des progrès sans précédent aussi. On l'oublie souvent, là, mais il y a eu quand même... et tout ça, nous, on a cette information.

Je vous dis que c'est sûr qu'il faut améliorer. Je suis d'accord avec vous, je pense qu'on doit mieux vous équiper. Vous, en même temps, vous avez un rôle pour nous sensibiliser dans votre propre comté, et on a toujours institué une politique de portes ouvertes et de transparence, et même au point, disons, que les bénévoles sont pas mal sollicités, parce qu'on fait beaucoup de rencontres. On sent vraiment un besoin en ce moment d'informer le public, d'être à l'écoute, d'essayer de trouver des solutions innovatrices, d'essayer de voir, bon...

Tout ça étant dit, peut-être qu'il y aurait lieu de regarder plus finement, par exemple, comme vous dites, notre dernier rapport d'évaluation. Les journalistes, s'ils viennent au conseil d'administration, c'est le premier endroit où on fait notre reddition de comptes, si vous voulez, au public. Il y en a certains qui sont là presque à tous les mois. Bon, le lendemain, il va y avoir une manchette là-dessus, les listes d'attente, etc., et souvent les informations que vous avez dans les journaux, c'est des informations qui ont été générées dans les régies de Montréal, par la Régie de Montréal. C'est un effort... pas juste un effort, une obligation, en vertu de la loi, de transparence et d'informer le public.

Est-ce qu'il y aurait moyen... Je pense qu'il faudrait faire des sessions d'information, vous faire des... Souvent, je fais des présentations à des gens qui connaissent mal le réseau. Ils se sentent mieux équipés, après ça. Dépendant de vos besoins, vous appelez à la Régie, puis, si c'est très, très particulier, votre besoin, on organise des rencontres.

Alors, vous devriez vous sentir tout à fait à l'aise de venir cogner à la porte en tout moment. C'est un réseau très complexe, la Régie, c'est quand même assez énorme, mais je vous dirais que vous allez recevoir toute l'attention dont vous aurez besoin, et on pourrait peut-être augmenter les rencontres plus statutaires, si vous voulez, avec chacun des caucous ou comme on fait généralement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Weil. Oui, Mme la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Alors, c'est ça, ce serait plutôt un commentaire, Mme Weil. Moi, je n'ai jamais eu de problème. Effectivement, chaque fois que j'ai téléphoné ou que, chez nous, au bureau, on a téléphoné — ça doit être certainement pareil pour tous les collègues — effectivement, on a eu l'information. Si ce n'est pas tout de suite, on nous rappelle.

Aussi, pour compléter, quand je parle des élus, ça pourrait être aussi notre personnel politique parce que peut-être, effectivement, quand, nous, on est en session ici, à Québec, c'est plus difficile, nos horaires sont plus compliqués, mais, en fait, c'est notre personnel... Finalement, lorsqu'on est trois jours ici, c'est le personnel qui reçoit les appels plus ou moins le fun parce que, justement, dépendamment des annonces ou des décisions... Alors, en fait, peut-être qu'effectivement ça pourrait être des rencontres avec notre personnel politique qui, de toute façon, nous laisse la documentation ensuite. Effectivement, on reçoit des interrogations, les souhaits de gens, et tout ça. Donc, tout ça ensemble, on pourrait mieux harmoniser les services aux citoyens. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, c'était un commentaire. C'est tout, Mme la députée de Crémazie?

Mme Blanchet: Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Laurier-Dorion.

• (11 h 40) •

M. Sirros: Merci, Mme la Présidente. J'aimerais, si vous permettez, aborder une question qui me tient à coeur, et vous le savez pertinemment bien, depuis fort longtemps d'ailleurs, toute la question des services d'hébergement aux clientèles issues de différentes communautés culturelles qui sont en perte d'autonomie. Je suis le dossier depuis, je dirais, facilement, de façon active, 15 ans, ayant présidé un comité qui avait émis un rapport sur la question de l'accessibilité des services aux communautés culturelles dans les années quatre-vingt, etc.

Je constate depuis un certain nombre d'années un changement d'orientation dans l'approche et la philosophie de dispensation de ces services. On est passé, à mon point de vue, d'un éventail complet de possibilités qui allaient de la mise sur pied des établissements adaptés particuliers pour une communauté particulière, avec des critères d'admission privilégiés mais non exclusifs intégrés à

l'intérieur du réseau, à des services adaptés à l'intérieur des établissements existants. On a comme — et je lis un peu vos documents ici, et c'est ici que je le vois de façon noir sur blanc écrit — écarté, et ça, depuis 1994, la question de l'intégration des établissements spécifiques par rapport aux communautés culturelles à l'intérieur du réseau. Je me permets de vous dire que je trouve que l'orientation qui est adoptée à l'heure actuelle est imparfaite parce que partielle. Il y aurait peut-être lieu de revoir cette décision. Je ne sais pas où ça a été pris et sur quelle base la Régie a fait ce changement d'orientation.

Alors, la première question que j'aurais, c'est: Sur quelle base est-ce que la Régie a décidé, à partir de 1994, d'annuler la possibilité de chercher à adapter des établissements à des communautés culturelles particulières, comme ça existe actuellement pour les Chinois, les Juifs, les Italiens, les Ukrainiens, les Libanais? Vous dites clairement que, «pour l'avenir, nous n'envisageons plus de développer de tels établissements». Alors, sur quelle base est-ce que cette décision a été prise? Ça, c'est ma première question.

La deuxième, c'est: Est-ce que vous ne croyez pas qu'il y a lieu de différencier par rapport à des communautés particulières? En gardant un éventail de services, ça ne nie pas le mérite de certains efforts de confort culturel, que vous appelez, mais, en niant la possibilité à certaines communautés de développer leurs propres services, vous éliminez la possibilité de ce que j'appelle une ancre de cette communauté à la vie sociale du Québec de façon plus immédiate. Alors, peut-être une première tranche de discussion philosophique. Je ne sais pas avec qui je vais l'avoir, mais on peut revenir après sur les cas concrets qui me préoccupent, dont vous êtes au courant aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Oui. Alors, Mme la Présidente, c'est un dossier qui est très complexe, on doit le dire, qui avait fait l'objet de beaucoup de réflexion, effectivement, de différents rapports également. Nous, dans la région de Montréal, on doit examiner la situation telle qu'elle est où il y a une concentration importante de personnes issues des différentes communautés culturelles. Il y a déjà un historique où des communautés culturelles avaient et ont des ressources qui leur sont plus particulièrement désignées, par exemple les personnes d'origine italienne avec le centre d'accueil Dante, les personnes de la communauté chinoise avec l'Hôpital chinois, et ainsi de suite.

On se rend compte, quand on observe l'évolution des besoins de cette clientèle-là, que, compte tenu du nombre de personnes, même dans ces communautés-là on a un problème de nombre de personnes à desservir. Le centre Dante devenant insuffisant, la communauté italienne nous a dit: Ça nous prendrait un deuxième centre destiné à la communauté italienne, et ainsi de suite. Donc, on a un problème d'adapter pour chacune des communautés

culturelles précisément à ses besoins le type de ressources, premier objet d'examen.

Le deuxième élément d'examen, c'est que les établissements de l'ensemble de la région doivent desservir toute la clientèle, qu'elle soit francophone, qu'elle soit anglophone, qu'elle soit pour les personnes issues des communautés culturelles, et de façon à ne pas déresponsabiliser l'ensemble de nos ressources, à dire: Il y aura une ressource pour les personnes d'origine italienne ou d'origine grecque faisant en sorte que les autres établissements sortent un peu de leur responsabilité à l'égard de ces personnes-là, qui est un deuxième problème.

Le troisième problème par rapport au développement des services, c'est que, depuis 1994-1995, l'île de Montréal n'est pas priorisée pour le développement de nouvelles places en hébergement de longue durée. Ce qui est ciblé par le ministère de la Santé, à juste titre il faut le dire, c'est la couronne autour de Montréal parce que les besoins sont plus élevés. Dans cette optique-là, lorsqu'on regarde ces trois éléments-là, la région de Montréal, en regardant le type de problèmes qu'on a en hébergement pour les personnes âgées, le réel problème n'est pas un problème de nombre de places sur l'île de Montréal, nous avons sur l'île de Montréal 14 000 places pour les personnes âgées en lourde perte d'autonomie. Ce qui est le réel problème, c'est le niveau de services à l'intérieur de ces lits-là. Dans le discours de la présidente du conseil d'administration plus tôt, on évoquait la nécessité d'augmenter l'alourdissement des clientèles dans ces centres-là. Donc, on a à résoudre plusieurs problèmes en même temps dans le cadre où il n'y a pas de développement de nouvelles places.

On se rappellera que les centres d'hébergement qui ont été développés pour des communautés culturelles spécifiques l'ont été à des époques où on était en fort développement. Le centre Dante a été développé par des nouvelles ressources, ainsi de suite, alors que, là, on est dans un contexte où on a une limite à notre développement, et ce qu'il s'agit de faire davantage, c'est d'augmenter la lourdeur, entre guillemets, et le niveau de services dans ces établissements-là. C'est la raison pour laquelle on a plutôt opté pour demander à notre réseau d'adapter à toute la clientèle... notamment de développer des programmes de confort culturel. On sait qu'il y a beaucoup d'Italiens; il faut développer de nouvelles places, à l'intérieur des établissements qu'on a déjà, de confort culturel pour les Italiens. C'est vrai pour les personnes d'origine hellénique, c'est vrai pour plusieurs communautés d'origine asiatique. Dans ce contexte-là, c'est l'orientation qu'on a prise pour les motifs qu'on explique, de trois natures: premièrement, adéquation des besoins à chacune des communautés culturelles spécifiques; deuxièmement, responsabilisation de l'ensemble de notre réseau à l'ensemble des clients; et, troisièmement, limite au développement de nouvelles places.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. M. le député de Laurier-Dorion.

M. Sirros: Merci. Vous me donnez, en fait, deux ordres de raisons, un qui est administratif et pratique, la non-existence de nouveaux lits qui viennent, puis l'autre ordre est un peu plus philosophique, si vous voulez. Pour le deuxième, là, vous soulevez une autre question qui est toute la nécessité de coordination entre Montréal et la couronne nord, par exemple. Il n'y a pas de mécanisme, à l'heure actuelle, formel de coordination et de planification régionales, on est en train d'en mettre un sur pied pour les villes. Il faudrait peut-être penser à mettre quelque chose sur pied au niveau de la santé. Moi, je le crois fermement parce qu'on ne peut pas parler de la planification, par exemple, des soins d'hébergement à Laval sans tenir compte du fait qu'il y a une population qui, elle, est mobile, et ça pourrait résoudre le problème que je soulevais tantôt.

Sur l'autre ordre d'idées, moi, je vous soumettrais que, à moins d'avoir un foyer d'expertise rattaché à des communautés, ça va être très difficile, entre guillemets, de responsabiliser — parce que c'est un beau terme qui paraît bien sur papier — les établissements par rapport aux communautés culturelles spécifiques. Ça risque, à mon point de vue, d'être un discours technocratique sur papier qui ne trouvera pas d'application réelle sur le terrain à cause d'une myriade de problèmes d'adaptation, et d'un manque d'expertise et de connaissances, et d'aucune possibilité pour les établissements publics qui auront cette responsabilité d'assurer un confort culturel vis-à-vis des communautés avec lesquelles ils n'ont pas d'affinités, à moins qu'ils puissent se référer à des foyers d'expertise. Par exemple, ça peut marcher très bien, je pense, avec la communauté juive, et vous avez d'ailleurs signé une entente, entre guillemets, de confort culturel avec la communauté juive et le centre sur la rue Jeanne-Mance. Ça peut marcher parce qu'il y a déjà un foyer d'expertise de la communauté juive avec le centre Maimonides, etc. Ça peut marcher avec tous les autres.

• (11 h 50) •

Donc, je vous soumetts encore une fois qu'il me semble que, pour les communautés où la taille le justifierait — puis le besoin est là, de toute façon, parce que ces gens-là sont dans le réseau à l'heure actuelle — ce ne serait pas bête d'envisager la possibilité pour ces communautés d'avoir leur propre conseil d'administration qui leur permettrait d'aller chercher les bénévoles dans la communauté, de faire du financement dans leur communauté, de rattacher les services communautaires auprès d'un établissement public, créant ainsi un lien beaucoup plus fort entre l'existence de cette communauté et la société en général ici, et l'évolution de façon intégrée entre une petite communauté et la société québécoise.

Je crains qu'en éliminant cette possibilité-là vous donniez un message que vous le mettez sous le vocable de «responsabilisation du réseau» mais que, en fait, ce soit reçu par la communauté comme un genre de: Chialiez-nous pas trop, là, vous êtes trop nombreux, on ne peut pas en avoir un pour les Chinois, un pour... Et le message qu'ils reçoivent, c'est style: Achalez-nous pas. Je vous le donne comme je le vois sur le terrain et je crois fermement que

c'est une erreur de poursuivre dans ça parce que c'est imparfait, c'est partiel. Il n'y a rien qui empêcherait de continuer avec ce que vous proposez mais de pousser de l'autre côté, avec les comités qui sont prêts à faire ces démarches, à instituer ce genre de possibilités là, ce qui m'amène à vous poser, M. Villeneuve, une question plus «picky», si vous voulez.

On avait discuté, vous et moi, de la possibilité pour la communauté hellénique d'acheter le permis d'un centre hospitalier privé mais conventionné et d'intégrer, ce faisant, le réseau public parce que le réseau public aurait assumé l'hypothèque de la bâtisse et que la bâtisse appartiendrait au réseau public. J'avais trouvé cette idée très intéressante et j'avais encouragé le conseil régional et les gens de la communauté hellénique à poursuivre dans cette voie-là. Est-ce que ça, ce n'est pas — je ne sais pas trop comment mettre ma question — contraire à ce que vous dites ici, à l'effet que vous ne voulez plus avoir ce genre d'établissement? Est-ce que vous m'avez donné là une ouverture à un changement d'orientation de la Régie pour revenir à ce qui existait avant? Parce que vous vous rappellerez qu'en 1994, par exemple, il y avait un engagement de principe de la part du ministère de procéder à ce genre d'établissement pour la communauté hellénique. Je ne sais pas si la question est claire, là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Oui, la question est très claire. Vous le savez, dans tous les échanges qu'on a eus dans les problèmes qui nous ont été soumis, on a voulu donner une approche concrète de tenter d'améliorer la situation. On s'est parlé sur ces questions-là. Nous, comme organisme, la Régie régionale, on cherche à améliorer les services à la population de l'île de Montréal, bien sûr, évidemment, aux personnes issues des communautés culturelles, et on a perçu la démarche faite par la communauté hellénique dans le cadre de l'achat d'un permis comme justement celle d'améliorer le confort culturel, de le concentrer davantage.

Vous vous rappellerez qu'on a toujours dit qu'il n'y avait pas d'exclusivité absolue pour les clientèles, et c'est dans la perspective que je vous l'indique vraiment, de trouver une approche qui permette d'améliorer le confort culturel des personnes originant de la communauté grecque, et on poursuit dans cette veine-là. Après les démarches qu'on a faites, cette possibilité-là n'ayant pu être mise de l'avant parce que la personne qui était propriétaire de l'établissement n'était plus d'accord pour vendre son permis, on s'est rabattu sur d'autres établissements en disant: Est-il possible, avec un établissement public, de faire exactement la même chose, c'est-à-dire de développer à l'intérieur d'un établissement public, dans ce cas-là, une unité, une masse critique suffisante pour que les services soient bien adaptés aux personnes de la communauté hellénique? Dans ce sens-là, que ce soit par la voie qu'on avait imaginée — peut-être qu'une opportunité se représentera bientôt, une personne

qui voudrait vendre son permis — de concentrer davantage une partie de la clientèle dans un établissement, avec un réseau privé si c'est possible mais aussi dans le réseau public, c'est ça qu'on recherche actuellement.

Alors, moi, je vous dirais qu'il n'y a pas de contradiction entre les deux approches parce que ce qu'on désire fondamentalement, c'est de donner et d'améliorer les services aux personnes de la communauté grecque. C'est vrai aussi pour d'autres communautés. Alors, c'est dans ce sens-là qu'on va continuer à travailler et, je l'espère, avec des représentants de la communauté hellénique. Le message qu'on a toujours voulu passer aux personnes, c'est de dire: Comment est-il possible concrètement, avec les moyens qu'on a, d'améliorer la situation?

M. Sirros: Donc, pour conclure... Je m'excuse.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous avez un complément de réponse, Mme Weil?

Mme Weil (Kathleen): Surtout juste pour bien saisir, quand vous parlez de la planification au niveau métropolitain, est-ce que vous voyez là un élément de solution acceptable pour la communauté hellénique, par exemple, dans votre cas, qu'on pourrait regarder avec une entreprise métropolitaine?

M. Sirros: Moi, je pense que ça saute aux yeux. Tu sais, ça saute aux yeux que la planification régionale doit entrer en...

Mme Weil (Kathleen): Oui, dans tous les autres domaines, là, mais je parle en particulier, pour résoudre ce genre... la longue durée.

M. Sirros: Dans la mesure où ce n'est pas utilisé par la Régie régionale de Montréal comme une échappatoire à la responsabilité de faire quelque chose en refillant la balle à Laval, oui. La réponse est oui.

Mme Weil (Kathleen): Est-ce que ça répond aux besoins, c'est-à-dire, et aux attentes de la communauté, par exemple, hellénique qu'on pourrait regarder afin de satisfaire les besoins de la communauté qui viendrait de la couronne et de la ville?

M. Sirros: Effectivement. Je pense que, tu sais, il n'y aura pas de problème. En tout cas, oui, ça pourrait être regardé. Mais c'était juste pour résumer sur les dernières paroles de M. Villeneuve. Donc, si je comprends bien le paragraphe que vous écrivez à la page 47 — et je suis très pointu parce que ça m'a sauté aux yeux — de votre *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux*, vous envisagez la possibilité également d'avoir des établissements qui auraient leur propre conseil d'administration à l'intérieur du réseau public à l'encontre de ce que vous écrivez ici. Vous ne l'excluez pas, en tout cas, si c'est possible de le faire, parce que vous prenez une approche pratique.

M. Villeneuve (Marcel): Ce n'est pas exclu. Ce qu'on indique ici, c'est le développement de l'établissement exclusif.

M. Sirros: Exclusif, ça n'a jamais été le cas de personne, je pense.

M. Villeneuve (Marcel): Mais c'est parce qu'il faut quand même répéter ce genre de chose là pour être sûr qu'on se fait bien comprendre. Mais qu'un établissement ait un conseil d'administration... Vous connaissez quelle est la composition des conseils d'administration.

M. Sirros: Je ne veux pas abuser du temps de mes collègues, mais je n'ai pas souvent cette opportunité-là. Je vous prierais de lire avec moi la page 47 où vous dites: «Pour l'avenir, nous n'envisageons plus de développer de tels établissements.» C'est assez tranchant parce que, avant ça, vous parlez du passé où vous dites: «On a obtenu des développements et l'intégration dans le réseau public d'établissements ayant des critères d'admission privilégiés mais non exclusifs.» Et là vous dites: On ne fera plus ça. Par contre, tantôt, quand on explorait la possibilité de l'achat du permis privé pour le transformer en permis public, c'était effectivement ça qu'on envisageait. Donc, je voyais là une contradiction, une confusion, tout au moins, que j'aimerais que vous clarifiez surtout pour le bénéfice de vos subalternes qui auront à travailler avec les gens des différentes communautés. Ils reçoivent un message qui leur dit: Non, non, non, ne faites pas ça, puis un autre message qui leur dit: Bah, peut-être. Alors, je vois que Mme Weil a levé... Moi, j'arrêteraï là parce que je sais que mes collègues ont d'autres...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Juste rapidement, j'ai eu l'occasion de poser ces mêmes questions parce que je suis à un conseil d'administration. On essaie de comprendre les orientations. Moi, ce que j'avais vraiment bien saisi, c'est que l'introduction à ce paragraphe, c'était dans un contexte historique et économique, et je pense qu'il faut comprendre le contexte économique dans lequel on fait nos planifications. Le contexte dans lequel on vit — on travaille, on développe des orientations — il n'est jamais tranché, tranché, dans le sens qu'il n'y a pas un fondement nécessairement philosophique. Ce n'est pas à nous de faire ça en tant que régie régionale, c'est plus dans la mesure de nos capacités, généralement. Donc, je pense que, s'il y avait une ouverture là, c'est parce qu'on souhaiterait avoir une ouverture envers la communauté hellénique. Donc, dans la mesure où nos capacités économiques feraient en sorte qu'on pourrait trouver des solutions imaginatives, on irait dans ce sens-là.

Moi, en tant qu'administrateur, je vois ça comme ça, mais je pense que vous allez nous aider avec vos réflexions parce que vous avez quand même une sensibilité plus poussée à ces questions; nous, on l'a de façon

générale. Mais est-ce que le contexte économique va nous permettre de trouver des solutions pour répondre à une communauté historique aussi, hein, une communauté historique? Il y a cet élément aussi.

M. Sirros: On va le voir mardi.

Mme Weil (Kathleen): Il y a des communautés historiques à Montréal qui sont là de longue date. On ne parle pas des nouveaux immigrants, on parle de communautés juive, grecque, italienne où il y a beaucoup de personnes âgées. Donc, il faut être quand même plus sensible à cette dimension-là. Je ne sais pas si ça répond de façon... mais c'est un peu comme ça que, moi, je l'ai vu, parce que je vous dis que, moi aussi, j'ai essayé de bien saisir où est-ce qu'on s'en va sur cette question. Est-ce qu'on a peur de créer des ghettos? Est-ce que c'est ça, la préoccupation, ou est-ce que c'est réellement parce qu'on a une limite? Et en même temps on voulait pousser le réseau public à assumer ses responsabilités. Ça, c'est réel. Il y a toujours cette sensibilité dans le contexte de Montréal. Donc, il y a tout ça, mais ce n'est jamais tranché pour toujours, il y a toujours une évolution à ces orientations.

• (12 heures) •

M. Sirros: Je dis simplement que le réseau sera plus responsable quand il y aura des gens qui vont pousser un petit peu, et les gens vont pousser... Quand on voit que les centres spécifiques sont débordés et qu'on ne peut pas en avoir d'autres, alors ils disent: Aïe! le réseau, assumez-vous. Puis il va y avoir au moins un foyer qui va faire ce genre de pressions. En tout cas, j'arrête là.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Laurier-Dorion, je vous remercie de votre question. Je vais céder maintenant la parole au député de Masson.

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente. Alors, je vais essayer de pousser un petit peu, moi aussi, mais sur une autre question. C'est la question, en fait, de toute la notion d'imputabilité. Alors, je pense que, à mon point de vue, ça peut, de notre côté, clore un petit peu, en tout cas pour moi, ma partie. Il y a d'ailleurs de vos collègues d'une autre régie que je ne nommerai pas qui sont allés assez loin à ce niveau-là en nous disant, même en mentionnant qu'eux autres étaient prêts puis qu'ils étaient d'accord avec ça que, même si on a un principe de reddition de comptes actuellement qui est existant, c'est-à-dire qu'on... un peu ce qu'on vit aujourd'hui — et il y a d'autres façons aussi de le savoir, de valider et de vérifier tout ça — ils allaient plus loin, ils disaient: Écoutez, si vous nous accordez le financement de base auquel on a droit normalement à partir de critères, de grilles, peu importent les façons — vous pourriez peut-être élaborer là-dessus, si c'est faisable ou non — on serait prêts à aller plus loin, à aller en termes d'imputabilité, et on parle même, sans aller jusqu'à la notion de secrétaire-trésorier de municipalité où il n'y a rien qui se signe par le trésorier

ou par la personne responsable des finances, par exemple, tant qu'on n'a pas la garantie qu'on a les fonds nécessaires ou qu'on a au moins les autorisations pour le faire, etc. Donc, ils allaient quand même très loin à ce niveau-là.

Moi, j'aimerais vous entendre à partir de ça, compte tenu de ce qu'on vit dans le réseau de la santé. On comprend qu'il y a eu des compressions, on comprend qu'il a fallu réinjecter des sous, il y en a qui ont été faits, il y en a qui vont se faire encore, et, pour nous permettre de le faire encore, il faut peut-être garder des fois des 840 000 000 \$ quelque part pour bien le planifier, pour ne pas envoyer ça n'importe comment. Et, si le fédéral nous aide aussi, ça va nous permettre d'injecter beaucoup plus de sous. Moi, j'aimerais voir avec vous autres un petit peu: C'est-u faisable de penser qu'on peut aller plus loin à ce niveau-là? Est-ce qu'il y a des choses qu'on peut améliorer, autant pour une présidente de conseil d'administration comme vous, Mme Weil? Je pense que ce serait rassurant de voir s'il n'y a pas des façons de contrôler nos fameux déficits, qu'on peut expliquer. On passe plus de temps à les expliquer finalement puis à les comprendre que peut-être à les faire, dans ce sens-là. J'aimerais vous entendre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): C'est une question qui est très grande, et il y a plusieurs angles pour essayer de la comprendre. Il y a toute la question: Pourquoi est-ce qu'on veut resserrer l'imputabilité? Et on voit d'autres systèmes qui regardent... en Alberta, justement, où ils n'ont pas encore trouvé la formule magique parce que l'imputabilité exige des sanctions puis que dans notre système c'est juste le ou la ministre qui est imputable. Donc, comment resserrer le lien d'imputabilité jusqu'en bas, du directeur général d'un établissement ou de la directrice à la région régionale, entre la région et la ministre, et finalement c'est la ministre devant le public? Je pense qu'il y a plusieurs choses à faire.

Premièrement, il faut rétablir une confiance, je pense, entre le gouvernement et ses acteurs, disons, les régions régionales. Qu'est-ce qu'on peut faire pour faire en sorte que le gouvernement va vraiment sentir que, là, le conseil d'administration, par exemple, c'est un conseil d'administration dans lequel je peux avoir confiance, c'est des bons administrateurs? Donc, est-ce qu'il faut jouer dans la question des élections, des nominations? C'est quelque chose à regarder. Moi, j'ai mes opinions là-dessus. On regarde d'autres modèles, parce qu'il faut regarder les modèles de régionalisation. Nous, pour l'instant, on a un modèle hybride, on a un modèle qui est un peu décentralisation politique et décentralisation administrative. Donc, si on allait complètement dans le sens de la décentralisation politique — il n'y a pas un autre système au Canada qui est allé jusque-là — il faut aller vers la taxation, etc. Mais on a des élus à nos conseils d'administration. Donc, c'est hybride et c'est un mélange de deux... pas tellement cohérent, finalement. Est-ce que

ça prendrait, pour établir une certaine confiance, tant au niveau du gouvernement envers ses régies régionales que du public envers des instances décisionnelles régionales, peut-être un autre modèle? C'est à regarder.

Toute la question d'imputabilité, ça implique des sanctions. C'est sûr qu'il faut renforcer ce lien d'imputabilité, mais il faut que les objectifs soient clairs, et il faudra toujours que l'imputabilité soit un peu nuancée. On parlait tantôt des conventions collectives et des marges de manoeuvre qui sont un peu limitées, hein? Les premiers acteurs dans le réseau, c'est les directeurs, par exemple, d'établissement, des hôpitaux. C'est quoi? Sur un budget de 3 100 000 000 \$, c'est 2 000 000 000 \$. Quand même, c'est important. Donc, c'est les premiers acteurs. Mais on sait déjà qu'il y a une certaine limite à leurs activités.

L'activité médicale, c'est un autre élément qui y échappe pour l'instant. Il y a pour l'instant un projet d'établir ces départements, ces DRMG qui vont nous faciliter la tâche, mais jusqu'où on peut aller pour vraiment instaurer une pratique de médecine de famille puis qu'on va créer un réseau intégré? C'est ce qu'on est en train de faire. Donc, tout ça pour dire que l'évolution que devra faire le système pour être très performant... Et je vous dirais que le système québécois a fait des pas de géant. Regardez tout ce qu'on a fait en l'espace de cinq ans, c'est des pas de géant dans un contexte extrêmement difficile qu'on connaît, des compressions budgétaires, l'atteinte du déficit zéro parce qu'on avait pris du retard, etc. Il va falloir être prudent lorsqu'on établira ces critères d'imputabilité, ne pas faire les erreurs comme on a faites, c'est-à-dire trop s'attendre trop rapidement alors que le réseau est en transformation. Donc, oui, il est resserré. Jusqu'où il est serré? C'est la question des sanctions.

Moi, j'ai souvent l'occasion de parler avec des médecins pour tout ce qui est de l'évaluation. Ils disent: Faites attention quand vous parlez de sanctions et de récompenses dans notre réseau, parce que, s'il y a des déficits des hôpitaux, ce n'est pas parce qu'il y a eu une mauvaise gestion. Regardez vraiment précisément les pressions qu'ils sont en train de vivre. Souvent, c'est en rendant publiques les informations. C'est peut-être l'outil le plus important qu'on pourrait avoir pour créer la pression qu'il faut. Il y a toutes sortes d'efforts en ce moment pour rendre plus transparent et pour essayer d'aller chercher la transparence vraiment au maximum. Nous, on le fait en publiant nos rapports d'évaluation, et, quand vous voyez dans les manchettes les listes d'attente, c'est parce qu'on a rendu public... On fait exprès pour que les gens comprennent mieux qu'est-ce qu'on est en train de vivre et comprennent mieux les investissements qui doivent être mis dedans. Donc, je pense que ça passe par une bonne transparence, une bonne information publique.

Pour ce qui est du palier régional et de l'allocation des ressources, selon moi, c'est évident qu'il faut continuer dans l'esprit de la réforme qui a été entamée. La loi, si vous la relisez, c'est une très bonne loi, selon moi, mais il faudrait la pratiquer dans les pratiques. C'est-à-dire, par exemple, les budgets historiques des établissements, on touche rarement à ces budgets historiques, hein? C'est des

budgets historiques. Mais est-ce qu'une régie régionale n'aurait pas plus de marge de manoeuvre si on était vraiment imputable? Et tout le monde accepte — on fait un débat public là-dessus — qu'on va être imputable. Donnez-nous les moyens, et on sera imputable, et on va faire une reddition de comptes, et on va vous livrer la marchandise. Mais il faut nous donner la marge de manoeuvre. Il faut créer un consensus avant de commencer à toucher à ces budgets historiques même si, en vertu de la loi, on avait le pouvoir. Donc, un financement global suffisant, mais permettre aux régies régionales d'avoir une meilleure marge de manoeuvre.

L'occasion, en 1995, des compressions importantes qu'on a eues, finalement, ça a été une occasion pour nous de faire ce qu'on voulait faire, ce que des gens bien avant moi ont voulu faire à la Régie régionale, c'était une transformation. Ça faisait des années que des gestionnaires et des penseurs dans le réseau de la santé savaient qu'on avait pris du retard par rapport à d'autres pays. On avait nos taux d'hospitalisation, les durées de séjour étaient trop longues, on n'avait pas mis assez en soins à domicile, dans la longue durée. Tout ça, les gens le savaient, mais on n'avait pas d'occasion pour le faire. On ne pouvait pas parler de fermeture d'hôpitaux, c'était impossible. En dépolitisant le processus avec des régies régionales, premièrement, et en donnant une marge de manoeuvre suffisante au niveau régional, les choix et les arbitrages peuvent se faire plus facilement parce que, dans un sens, on connaît mieux les besoins.

Par exemple, on parlait du 12 000 000 \$ manquant et des montants qui manquent en longue durée pour l'alourdissement, donner l'enveloppe, et c'est là, au ministère, les grandes priorités, les grandes politiques et les enveloppes régionales, qui sont un exercice important. À partir de ce moment, chaque région pourra faire les choix qu'elle fait, et c'est toujours suite à des consultations. Donc, quand on fait ces choix-là, il n'y a pas de surprise. Les gens qui sont venus participer à nos plans, ils connaissent bien les priorités, ils connaissent l'orientation, ils font avec nous ces choix-là. Donc, dans l'imputabilité, la reddition de comptes, je pense qu'on peut aller un peu plus loin. Pour vraiment que ce soit significatif, il faut, dans nos pratiques, être tous d'accord que l'allocation des ressources, c'est par ça qu'on va être capables de livrer ce qu'il faut et en même temps continuer à travailler sur la coordination. La coordination, on en parle souvent, mais c'est un gros défi. Mais il faut continuer dans ce sens-là. Est-ce que ça répond à la question?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Weil.

M. Labbé: Peut-être un commentaire, madame. Compte tenu que je ne reviendrai pas pour d'autres questions, je tiens à vous remercier pour la qualité de vos réponses, tous les intervenants. C'est très apprécié quand vous dites «prendre confiance au niveau des régies». Je pense que vous nous avez aidés aujourd'hui à cheminer dans ce sens-là, puis je vous félicite aussi. Quand vous

nous parlez d'une bonne loi puis qu'il y a eu des pas de géant depuis les cinq dernières années, j'apprécie évidemment que vous nous le disiez. Merci beaucoup, madame.

• (12 h 10) •

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Masson. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Dans un premier temps, j'aimerais revenir brièvement sur une question dont nous avons discuté tout à l'heure avec M. Villeneuve, et ça touche les coûts de système. C'est compliqué, puis, moi, ça me prend un peu plus de temps à comprendre. Pour 2000-2001, pour l'année budgétaire qui s'en vient, quel est le montant global des coûts de système dans votre région pour votre Régie? Vous avez votre montant de 3 100 000 000 \$ de budget de fonctionnement. Vous dites: Il y a les coûts de main-d'oeuvre, il y a les autres dépenses. Donc, si vous calculez ça, quel est le coût total que vous estimez comme étant le total des coûts de système pour 2000-2001, excluant le développement, simplement coûts de système, comme on l'entend, je pense, normalement selon l'acception du ministère?

M. Villeneuve (Marcel): Comme on l'entend normalement, dans une forme restreinte de ce que sont les coûts de système...

M. Marcoux: Vous réferez, par exemple, dans votre plan de consolidation, à la page 117, là... Vous dites «non-financement des coûts de système». Alors, si vous prenez pour 2000-2001...

M. Villeneuve (Marcel): Si on fait référence à ces coûts-là spécifiques, il resterait à le calculer d'une façon fine, mais c'est environ entre 0,7 % et 1 % des dépenses de la région de Montréal. L'an passé, pour vous donner l'exemple, les coûts de système dans la région de Montréal ont été autour de 25 000 000 \$. Faisons quelques ajustements pour les augmentations, les coûts de système restreints pourraient peut-être être de l'ordre de 30 000 000 \$.

M. Marcoux: Et fait partie des coûts de système la main-d'oeuvre aussi. C'est-à-dire, la main-d'oeuvre, il y a une augmentation à la fois salariale de 2,5 % cette année, et vous avez également vos coûts de promotion, si je comprends. L'ensemble de ça, ça représente quoi?

M. Villeneuve (Marcel): Bon, ces coûts de système là, quand on les prend d'une façon restreinte, ce que je vous ai dit, c'est environ 30 000 000 \$. Avec les nouvelles conventions collectives et les augmentations attribuées au personnel, vous ajoutez à ça 125 000 000 \$. Donc, pour répondre à votre question, dans la définition que vous en avez, c'est 155 000 000 \$.

M. Marcoux: Maintenant, si j'en viens à ce dont vous parlez, je pense, au développement, où vous réferez

aux dépenses qui augmentent de façon structurelle, excluant la main-d'oeuvre et les fournitures ou les services, le chauffage, etc., quel montant ça représente pour 2000-2001?

M. Villeneuve (Marcel): Ce qu'on a évalué en termes de développement, ce qu'il faudrait mettre de l'avant pour...

M. Marcoux: ...vieillesse de la population, le volume naturel de demandes qui arrivent dans le système.

M. Villeneuve (Marcel): Le calcul qu'on en a fait, je vous donne ça de mémoire. Il faut exclure de ces éléments-là 30 000 000 \$. Bon. Là, je vais ouvrir une parenthèse pour répondre à votre question. C'est la question des bases budgétaires. Est-ce que vous incluez à l'intérieur de votre question la régularisation des bases budgétaires?

M. Marcoux: Oui, ce que vous appelez, pour dire, ramener — si je comprends dans votre langage — le réseau à un niveau où je n'aurai plus de déficit structurel qui revient d'année en année, parce que, automatiquement, vous partez au début de l'année puis vous dites: Écoute...

M. Villeneuve (Marcel): Donc, ajoutez à ce que je vous ai dit 240 000 000 \$.

M. Marcoux: Ce que vous appelez «ajustement des bases budgétaires».

M. Villeneuve (Marcel): Ajustement des bases budgétaires et ajout de ressources pour faire face à la croissance de la demande dans les services spécialisés et ultraspecialisés.

Il manque un petit quelque chose pour compléter, c'est un ajout pour les services qui sont à l'extérieur des services spécialisés et ultraspecialisés en longue durée et en déficience intellectuelle. Il faut ajouter à ce montant-là que vous avez déjà 55 000 000 \$.

M. Marcoux: Sur une base annuelle.

M. Villeneuve (Marcel): Oui.

M. Marcoux: Merci. Vous permettez, Mme la Présidente?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Concernant le personnel infirmier — et on commence à en parler, de ce temps-ci — d'abord une question préliminaire: Combien d'infirmières, de personnel infirmier a quitté dans le cadre de l'opération de mise à la retraite anticipée et de départs assistés? Combien?

Maintenant, pour l'année qui vient et notamment durant l'été, on semble indiquer que les centres hospitaliers seront obligés de fermer beaucoup plus de lits que d'habitude. J'imagine qu'il y aura peut-être un impact dans les CLSC et aussi dans les CHSLD. Alors, quelles sont les mesures qui sont prises présentement? Est-ce que vraiment on aura une pénurie d'infirmières? Ce serait quoi, le nombre d'infirmières dont vous auriez besoin dans la région de Montréal présentement? Et, pour l'été, compte tenu de ce que M. de Bellefeuille a mentionné, les changements pour les vacances, qu'est-ce que vous prévoyez comme mesures pour continuer d'offrir les services requis à la population?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Mme la Présidente, d'abord, à la première question, c'est environ 6 000 infirmières qui ont quitté avec le Programme de départs volontaires.

M. Marcoux: Dans la région de Montréal-Centre?

M. Villeneuve (Marcel): Dans la région de Montréal. Au cours de l'été, les prévisions actuelles... Ces prévisions actuelles là sont préliminaires, on doit le dire, et font suite à des échanges et à des rencontres que la Régie a tenues avec les établissements de la région de Montréal, notamment les directrices et directeurs de soins infirmiers. La prévision qui nous a été mentionnée est de l'ordre d'entre 1 000 et 1 500 lits, dans la prévision préliminaire dont il est question, qui pourraient être fermés dans la région de Montréal pendant l'été. De façon générale, la région de Montréal, pendant l'été, ferme ou a la capacité de fermer environ 600 lits de courte durée. L'an passé, qui était une année où on a commencé à vivre d'une façon plus importante une pénurie pendant l'été, on a fermé 700 lits dans la région de Montréal, donc un peu plus que ce qu'on est habitués de fermer. Les discussions préliminaires qu'on a avec les directrices de soins infirmiers nous laissent penser que ça pourrait être entre 1 000 et 1 500 lits, selon leurs évaluations à elles.

La pénurie qui est mentionnée varie, selon les estimations qu'on fait, entre 700 infirmières et 1 500 infirmières. Pourquoi un tel écart? Parce que, à l'intérieur de l'évaluation — on est en train de décortiquer les chiffres, là — il y a deux éléments, la pénurie pour l'été qui s'en vient et la pénurie d'infirmières qui serait consécutive aux réorganisations de travail et aux transformations à l'intérieur des établissements, établissements qui transforment un certain nombre de postes, par exemple, d'infirmière auxiliaire en infirmière. Donc, les établissements accentuent dans une certaine mesure leur propre pénurie en transformant de tels postes, mais, lorsqu'on fait le déparage des deux... Si on dit, par exemple, aux établissements: Retardez donc vos objectifs de transformation des postes d'infirmière auxiliaire en infirmière, probablement que la pénurie la

plus réaliste est autour de 1 000 infirmières dans la région de Montréal.

Maintenant, les mesures qui sont prises. On est en échange intensif avec les établissements et ce qu'on a mis de l'avant, c'est, avec les établissements, d'abord de voir comment il est possible d'utiliser d'autres catégories de personnel aux fins de libérer les infirmières de tâches qu'il n'est pas nécessaire qu'elles soient faites par des infirmières; par exemple, faire intervenir davantage des infirmières auxiliaires, des préposés aux malades, des technologistes médicaux pour faire les prélèvements, les pharmaciens en termes de préparation des médicaments à la pharmacie plutôt que sur les unités des soins.

La deuxième mesure prise, c'est, avec l'Ordre des infirmières, de voir la possibilité que les candidates infirmières, donc les étudiantes de deuxième année, puissent avoir un permis restrictif de travail sous supervision des infirmières, de faire une catégorie de tâches qui peuvent être faites par des étudiantes et non pas par des infirmières.

● (12 h 20) ●

Le troisième type de mesures, c'est de s'entendre avec les établissements pour que les services dits critiques à l'intérieur des établissements soient prioritairement couverts. Par exemple, ce qu'on a observé l'an passé comme problématique, au-delà de la pénurie, c'est la couverture des soins intensifs, salles d'urgence, unités coronariennes, salles d'opération. Puisque ces services-là sont critiques à l'intérieur des établissements, les établissements prennent des mesures pour que les infirmières soient prioritairement formées et affectées à ces services-là de telle sorte que l'hôpital continue de fonctionner et de travailler.

La dernière mesure qui est envisagée actuellement, c'est toute la question plus administrative de faire en sorte que les infirmières soient dégagées du travail de papiers que très souvent elles ont à faire autour des dossiers et de l'ensemble des formulaires à remplir pour les dégager d'une partie de ces tâches manuelles, papiers, pour qu'elles soient davantage au chevet des malades. Toutes ces mesures-là ne nous apporteront probablement pas de miracle, et donc il faut prévoir un été difficile, quoi qu'il arrive, un été difficile qui va probablement entraîner une plus grande fermeture de lits que celle de l'an passé. Le nombre précis reste à estimer et va nécessiter de la part et des établissements et de la Régie régionale une coordination extrêmement minutieuse, quotidienne probablement, pour s'assurer que les services sont rendus.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci. Vous avez parlé des techniciens médicaux. Je pense qu'il semble y avoir présentement des discussions ou des problèmes sur le plan des relations de travail. Est-ce que ça va avoir un impact, notamment au niveau des prélèvements et des laboratoires?

Deuxièmement, ce qui paraît encore peut-être plus important, c'est la grève des technologues. Dans la région

de Québec, il semble que déjà on doive commencer, même si on assure les... à remettre des traitements pour des patients qui étaient dus, puis on les décale. Est-ce que la même situation va se produire dans la région de Montréal, vous pensez? Dans quelle mesure? Est-ce que ça veut dire qu'on va encore allonger les listes d'attente finalement en radio-oncologie?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Oui, bien, évidemment, s'il y a des arrêts de travail, il y aura des conséquences. C'est pourquoi on pense que, dans le domaine de la santé, l'application de moyens de pression qui ont un impact sur les clientèles est inappropriée, quoi qu'il arrive. Il faut viser à éviter que les personnes utilisent des moyens de pression qui affectent la clientèle. Ça a toujours été la position qu'a prise la Régie régionale à l'égard de toute grève ou de tout mouvement dans le domaine de la santé, et c'est inacceptable.

Ceci dit, évidemment, il faut et on souhaite que les ententes entre le gouvernement et les syndicats se réalisent le plus rapidement possible pour éviter ces situations-là. Je peux vous dire que, nous, on intervient, quand on a à intervenir, pour limiter les impacts négatifs lorsqu'il y en a. On l'a fait dans le cas de la grève des infirmières, il y a eu des impacts négatifs. On a pris les positions que je viens de vous mentionner. Il nous apparaissait inacceptable que des moyens de pression viennent toucher la clientèle. En même temps, je pense qu'on presse aussi les parties de s'entendre ensemble pour régler le litige. On est dans un système, il faut le rappeler, au sortir de transformations importantes, qui est encore fragile, et ces mouvements-là le fragilisent encore plus.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Je comprends bien votre position et ce qui devrait être fait, mais, présentement, compte tenu de la situation et des règles qui existent, est-ce qu'il y a déjà un impact et est-ce que vous prévoyez que, si ça continue, il va y avoir un impact pour les patients, notamment du côté de la radio-oncologie?

M. Villeneuve (Marcel): Au moment où on se parle, on ne peut pas le dire. On n'a pas de chiffres qui nous montrent, qui nous font la démonstration qu'il y a un impact. Il est évident que, s'il y a un ralentissement de travail — on l'a vu dans les listes d'attente qu'on a en radio-oncologie — il y aura un impact. S'il y a des moyens de pression qui réduisent la capacité de recevoir et de traiter des personnes, oui, évidemment, il y aura un impact.

M. Marcoux: Un dernier aspect, les effectifs médicaux — vous y aviez brièvement fait allusion, je pense — pour ce qui est des médecins, cette fois-ci. Est-ce qu'il y a présentement sur votre territoire des manques

d'effectif? Vous avez parlé, Mme la présidente, des omnipraticiens tantôt, du DRMG. Vous pensiez que ce serait en application en septembre 1999, si je comprends. Nous sommes rendus en mars 2000, et puis ce n'est pas encore en application. Donc, du côté des omnipraticiens... Et quelle est la situation en termes d'effectifs médicaux pour les spécialistes par rapport aux besoins que vous prévoyez présentement et qui vont évoluer au cours des prochaines années?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme Weil.

Mme Weil (Kathleen): Bon, pour les médecins omnipraticiens, au 31 mars 1999, 1 755; la cible, c'était 1 800, donc il y a un écart, un manque de 45. Pour les médecins spécialistes, 3 051 au 31 mars 1999; la cible, 3 130, donc un écart de 79. Et là il faut regarder un peu les spécialités, parce qu'on est en train de régler le problème — et bientôt je pense que le problème va être réglé — pour les anesthésistes parce qu'il y a des sortants cette année qui vont régler ce problème-là. Il y a d'autres domaines, c'était en néphrologie et puis en radiologie, mais je n'ai pas les chiffres.

Donc, votre question, c'est: Est-ce qu'il y a... Je n'ai pas le chiffre devant moi, mais, par rapport au nombre de personnes qui attendraient un médecin de famille, je pense aussi qu'il y a des problèmes à ce niveau-là. Je n'ai pas le chiffre devant moi, là. Je ne sais pas si, M. Villeneuve, vous l'avez en tête.

M. Villeneuve (Marcel): Le nombre de clients? C'est que, dans la région de Montréal, il y a environ un tiers de la population qui a un médecin de famille, un tiers de la population qui voudrait avoir un médecin de famille et qui n'en a pas et le troisième tiers qui n'en veut pas. Il ne veut pas de médecin de famille, il ne veut pas de suivi régulier. Alors, dans le fond, c'est le tiers en question qui...

Une voix: ...pas être malades, eux autres.

M. Sirros: Ils ne sont jamais malades, sauf en commission parlementaire.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Villeneuve (Marcel): Ils sont peut-être malades, mais ils ne veulent pas être suivis de près.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. Est-ce que ça complète, M. le député de Vaudreuil?

M. Marcoux: Oui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Encore une petite intervention de la part de la députée de Crémazie?

M. Marcoux: Bien, moi, je vais peut-être simplement, comme mon collègue de Masson, vous remercier de votre présentation et également vous remercier de votre travail. Je sais que vous faites énormément d'efforts. Je sais que M. Villeneuve et son équipe travaillent beaucoup. Alors, je voudrais vous remercier, Mme la présidente, M. Villeneuve et tous les membres de votre équipe.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je permettrai une dernière intervention à la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Une petite question bien courte. Merci, Mme la Présidente. Peut-être que je l'ai manqué, je n'ai pas saisi. Justement, la direction régionale, le DRMG, puisque effectivement ça n'a pas pu être comme prévu en septembre dernier, où on en serait? Quel est le nouvel échéancier, tout simplement?

Mme Weil (Kathleen): Bien, il y a des négociations qui sont en cours en ce moment, qui ne sont pas encore conclues avec le ministère, donc je ne sais pas si on peut prévoir...

Une voix: ...ministère.

Mme Weil (Kathleen): C'est là que c'est pris, les travaux sont là par rapport...

Une voix: Négociation de l'entente.

Mme Weil (Kathleen): Négociation de la rémunération.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça convient, Mme la députée de Crémazie? Ça répond à votre question?

Mme Blanchet: Ou M. Villeneuve?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Villeneuve.

M. Villeneuve (Marcel): Oui, Mme la Présidente. À compter du moment où l'entente entre le gouvernement et les médecins omnipraticiens serait conclue, six mois après, le DRMG pourrait être en place, parce que ça prend six mois à organiser.

Mme Blanchet: O.K. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je ne voudrais pas priver le député de Nelligan qui veut absolument avoir une dernière question. M. le député de Nelligan, je vous cède la parole.

M. Williams: Merci, et ça va être très, très, très bref. J'ai vu une certaine réaction non verbale du directeur

général quand le député de Laurier-Dorion a parlé de coordination métropolitaine. Je voudrais vous donner en conclusion la chance de faire quelques commentaires...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: ...sur vos idées sur la coordination métropolitaine dans le secteur de la santé. Je voudrais vous limiter juste au secteur de la santé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, c'est plus un commentaire, M. le député de Nelligan. Madame...

M. Williams: M. Villeneuve?

Mme Weil (Kathleen): C'est quoi, la question, exactement: C'est quoi, notre vision?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ça semble être un commentaire.

M. Williams: Non, c'est la question sur... parce que nous avons plusieurs régies...

M. Sirros: Que voulait dire la réaction non verbale du directeur général quand on a parlé de coordination interrégionale? C'est ça, la question.

Mme Weil (Kathleen): On trouve ça très intéressant, et on reçoit très bien ce commentaire, et ça fait partie de notre plan. On en parle toujours, qu'il faut absolument avoir une coordination métropolitaine, je pense que c'est l'évidence même. Si on regarde, il n'y a pas de frontières, de réelles frontières. La mobilité des gens où ils vivent et où ils utilisent leurs services, c'est absolument essentiel.

M. Williams: C'est assez intéressant, parce que 30 % des patients de Lakeshore viennent d'un autre territoire...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: ...et c'est pourquoi je voudrais avoir les commentaires du directeur général de la Régie régionale de Montréal.

● (12 h 30) ●

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): On aura compris que la collaboration est acquise, mais je vais quand même permettre à M. Villeneuve d'avoir le dernier mot.

M. Villeneuve (Marcel): Merci, Mme la Présidente. En effet, quand on regarde le bassin métropolitain de Montréal, avec une clientèle très mobile d'une région à l'autre, il nous apparaît indispensable que la planification sur l'organisation des services de santé soit faite à l'échelle métropolitaine parce que les grands services, les grands équipements sont souvent sur l'île de

Montréal et desservent la clientèle du bassin métropolitain de Montréal et qu'on désire faire ça bien sûr de concert avec nos collègues des autres régies régionales au bénéfice de la population, si bien que la démarcation et les frontières qui existent entre les régions autour de Montréal devraient être abaissées de telle sorte qu'on ait vraiment une fluidité entre les régions autour de la région de Montréal pour la clientèle. Dans le fond, c'est pour viser à améliorer les services à la clientèle et c'est la perspective dans laquelle on veut travailler et qu'on propose, d'ailleurs, que ce soit le bassin métropolitain conçu comme une seule unité de planification et d'organisation des services de santé et des services sociaux.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Villeneuve. Ceci met fin à nos travaux. Je voudrais remercier Mme Weil, M. de Bellefeuille et M. Villeneuve de même que les gens qui les accompagnent. Je remercie aussi les membres de la commission, Mme la secrétaire et tout le personnel et j'ajourne les travaux sine die.

(Fin de la séance à 12 h 32)