

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

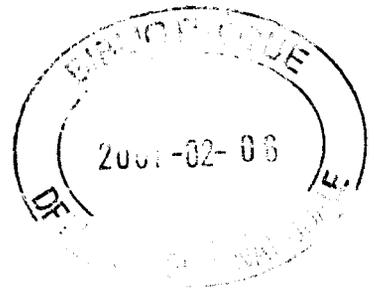
Journal des débats

de la Commission permanente
des affaires sociales

Le mardi 5 septembre 2000 — N° 60

Examen des rapports annuels de certaines régies
régionales de la santé et des services sociaux (4)

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 mardi 5 septembre 2000

Table des matières

Auditions

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean	1
Document déposé	10
Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides	22

Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

M. Yvon Marcoux

M. Gilles Labbé

Mme Margaret F. Delisle

Mme Diane Barbeau

M. Stéphane Bédard

M. Russell Williams

M. Jean-Claude St-André

M. Yves Beaumier

* Mme Lili Simard, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean

* M. Louis-Philippe Thibault, idem

* M. Ghislain Girard, idem

* M. Pierre Laflamme, idem

* M. Gilles Madore, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

* M. Jean-Marc Roy, idem

* M. Michel Léger, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 5 septembre 2000

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

(Quatorze heures sept minutes)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Si vous voulez prendre place, s'il vous plaît. Alors, la commission des affaires sociales se réunit afin de procéder à l'étude des rapports annuels 1998-1999 des régions régionales de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean et des Laurentides et de les entendre à cette fin, conformément à l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

M. le secrétaire, est-ce qu'il y a des remplacements?

Le Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Leduc (Mille-Îles) est remplacée par M. Bédard (Chicoutimi); M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) par Mme Delisle (Jean-Talon); Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) par M. Marcoux (Vaudreuil); Mme Loïselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, à compter de maintenant, nous allons entendre les représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean jusqu'à 16 heures. À 16 heures, nous entendrons la Régie des Laurentides, et nous ajournerons à 18 heures.

Alors, la répartition du temps est comme suit, c'est-à-dire qu'il y a deux heures par régie, ce qui signifie 30 minutes pour l'exposé de l'organisme et, par la suite, 1 h 30 min, 90 minutes, pour les échanges avec la commission, étant partagées, bien sûr, à parts égales entre les deux groupes parlementaires.

Alors, sans plus tarder, j'inviterais Mme Simard. Si vous voulez, Mme Simard, nous présenter les personnes qui vous accompagnent, et, par la suite, je vous laisse la parole pour une période d'une trentaine de minutes environ.

Auditions

**Régie régionale de la santé et des services
sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean**

Mme Simard (Lili): Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Bienvenue, d'ailleurs, à cette commission parlementaire.

Mme Simard (Lili): Merci, Mme la Présidente. Alors, les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui: Mme Édith Pelletier, membre du conseil d'administration, élue au collège électoral des organismes communautaires; M. Michel Truchon, vice-président du conseil d'administration du collège électoral des établissements; à ma droite, M. Louis-Philippe Thibault, directeur général; et, derrière moi, M. Pierre Laflamme, directeur de la coordination des services; M. Gilles

Simard, directeur des ressources humaines; M. Claude Dionne, directeur des ressources financières et matérielles; M. Andy Kennedy, directeur de la santé publique; Mme Michèle Harvey, chef du service à l'évaluation; M. Ghislain Girard, adjoint au directeur de la coordination des services; Mme Rena McKoy, secrétaire administrative, et M. Jean-François Saint-Gelais, conseiller en communication.

Alors, bonjour à vous tous. Dresser le bilan de nos activités, c'est préciser les changements majeurs liés à l'organisation des services opérés au cours des dernières années dans notre région, mais c'est surtout exposer les défis que la région a relevés pour améliorer la qualité des services, en accroître l'accessibilité et l'efficacité pour le bénéfice des citoyennes et citoyens.

● (14 h 10) ●

Notre propos se déroulera en deux temps: nous expliciterons d'abord les six grands axes du travail accompli dans notre région depuis les premiers pas de la transformation, soit l'autosuffisance régionale, le virage en promotion-prévention, l'intégration des services, le maintien en milieu naturel, la concertation et les résultats financiers à la lumière de la colossale opération budgétaire qui a accompagné la transformation du système de santé. Nous terminerons cette partie par un bref aperçu de notre plan de travail 1999-2002. En deuxième partie, nous profiterons de votre invitation pour vous faire part des préoccupations de notre conseil d'administration à l'égard de l'équité interrégionale et de la régionalisation.

Abordons dans un premier temps la question de l'autosuffisance régionale. Dans le dessein de garantir à la population du Saguenay—Lac-Saint-Jean les services et les soins auxquels elle a droit, la région est fière d'avoir maintenu l'autosuffisance dans l'ensemble des programmes de services, sous réserve du programme de réadaptation physique, et ce, malgré les compressions budgétaires des dernières années.

En matière de services spécialisés et ultraspecialisés en santé physique, l'atteinte de l'autosuffisance est de l'ordre de 95 %. Toutefois, cette réussite n'est possible qu'au prix du maintien de nos investissements actuels en santé physique — 50 % du budget régional par rapport à 45 % dans l'ensemble du Québec — ce qui empêche, par ailleurs, de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle des autres programmes. L'annonce et le démarrage du Centre de réadaptation physique au centre hospitalier Jonquière permettront à la population de ne plus avoir à se déplacer vers Québec pour bénéficier de services spécialisés en réadaptation physique. Le Saguenay—Lac-Saint-Jean était la seule région qui ne disposait pas d'un tel centre.

Ces réalités ne doivent pas occulter deux problématiques en lien avec l'autosuffisance qui sévissent depuis plusieurs années dans la région, et plus fortement au cours des 24 derniers mois, et qui risquent de réduire la réponse aux besoins de notre population. D'abord, le Saguenay—Lac-Saint-Jean est aux prises

avec une pénurie criante d'effectifs médicaux en spécialités et ultrasécialités. Au 31 mars 2000, 75 spécialistes étaient à recruter dans la région. Pire encore, le nombre de médecins en place tend à fléchir. Enfin, l'autosuffisance en matière de services de santé et de services sociaux est toujours tributaire des budgets mis à la disposition de notre région. Mentionnons à cet égard que les compressions budgétaires conjuguées à l'obligation de l'équilibre budgétaire en 2000-2001 n'ont pas permis de mettre en place le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, alors que les femmes de notre région se classent parmi les plus affectées par cette maladie.

Le deuxième grand axe dont nous voulons vous entretenir concerne le virage en promotion-prévention. À la lumière des résultats du Plan stratégique de transformation 1995-1998, la Régie régionale concluait que le virage promotion-prévention n'avait été que partiellement réalisé, et ce, en dépit d'un investissement de 1 million à ce chapitre. Il nous est donc apparu impératif de définir des stratégies d'action afin de rendre ce virage plus opératoire.

Notre plan d'action stratégique 1999-2002 inclut une orientation spécifique visant à élaborer et à mettre en oeuvre un plan directeur régional en promotion-prévention. La démarche du plan directeur de santé publique a fait l'objet d'une consultation auprès de 300 personnes provenant du réseau régional de la santé et des partenaires multisectoriels. Le conseil d'administration de la Régie régionale l'a approuvée en décembre 1999. Actuellement, nous poursuivons la phase d'implantation dans tous les territoires.

L'objectif du plan directeur est double: d'une part, amener les différents acteurs à prendre le virage promotion-prévention tout en permettant de dégager une vision commune et, d'autre part, regrouper de manière cohérente et organisée les actions préventives à réaliser dans la région.

Trois principes directeurs découlant des priorités nationales de santé publique 1997-2002 ont guidé la démarche d'élaboration: agir en amont des problèmes, intensifier les actions dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être et intensifier la collaboration intersectorielle. Les jeunes de zéro à 17 ans ont été identifiés comme clientèle prioritaire, et une intensification des actions préventives auprès de ce groupe d'âge est en voie d'opérationnalisation. L'implication étroite des équipes de la Régie régionale auprès des partenaires du réseau sociosanitaire et multisectoriel a permis de constituer des leviers qui viennent renforcer les actions préventives. En témoignent la mise en place du projet sur le renforcement des habiletés parentales, dans plus de 60 écoles primaires et six écoles secondaires, le développement de projets de recherche sur les habitudes de vie des jeunes et la mobilisation des milieux autour de leurs jeunes, les taux de couverture vaccinale infantile, qui sont parmi les plus hauts du Québec, et l'établissement d'un réseau de travailleurs de rue auprès des jeunes en difficulté dans tous les territoires de CLSC de la région.

Pour faciliter le virage promotion-prévention, la Régie régionale a défini une stratégie de financement. Ainsi, 10 % de tous les budgets de développement de services sont, lorsque possible, spécifiquement dédiés

aux activités préventives. Reste qu'au-delà de la stratégie de financement de la Régie régionale le virage en promotion et prévention nécessiterait des investissements majeurs de la part du ministère. L'accroissement des budgets en cette matière est une condition essentielle à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être auxquels doivent concourir l'ensemble des ministères. Nous sommes d'avis qu'il faut investir autant d'énergie et de ressources en regard des objectifs de santé, par exemple la diminution des facteurs de risque et de maladies cardiovasculaires, qu'en regard des objectifs de services comme l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services de chirurgie cardiaque.

L'intégration des services constitue la troisième ligne de force qui témoigne de notre volonté d'améliorer la continuité et l'accessibilité des services à la population. L'intégration volontaire des services au niveau de l'organisation administrative s'est traduite, dans notre région, par un réseau qui est passé de 30 établissements en 1994-1995 à 14 en 1997-1998. Notons les fusions d'établissements de CLSC, des centres hospitaliers et des centres d'hébergement de longue durée en un seul dans deux territoires, La Baie et Maria-Chapdelaine, et bientôt dans un troisième, Jonquière.

Au niveau des secteurs jeunesse et de la déficience intellectuelle, tous les établissements ont été regroupés en un seul, centres jeunesse et CRPDI. Dans les territoires Domaine-du-Roy et Lac-Saint-Jean-Est, les missions de longue et de courte durée ont été fusionnées. Enfin, dans le territoire Chicoutimi, les deux CLSC ont été regroupés. Tous ces regroupements ont été réalisés sur une base volontaire des membres des conseils d'administration, qui croyaient à l'amélioration et l'accessibilité des services à la population.

Ce phénomène d'intégration des établissements au niveau local a permis une plus grande cohérence des actions et une meilleure cohésion des équipes de services, qui se sont traduites par une responsabilisation plus grande à l'égard de la population du territoire desservi.

L'adoption des plans de réinsertion sociale en déficience intellectuelle, en 1995, a conduit au déploiement des établissements concernés dans chacun des territoires de CLSC. Réalisés en totalité, ces plans ont notamment assuré la désinstitutionnalisation et l'insertion dans les programmes socioprofessionnels.

Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle a adopté, en juin 2000, une planification stratégique quinquennale qui prévoit des ajustements majeurs en termes de services aux clientèles, notamment un renforcement du soutien à la clientèle par la création d'un programme d'assistance aux rôles parentaux, la création d'un programme d'intervention sociale spécialisée, la mise en place d'une équipe multidisciplinaire régionale spécialisée destinée à assurer le support et la planification des services à la clientèle 0-5 ans, et un déplacement d'une quinzaine de postes affectés à l'hébergement, environ 700 000 \$, du secteur Lac-Saint-Jean vers le secteur Saguenay afin d'équilibrer l'offre de services globale en hébergement. Il faut souligner que ces quelques éléments, dont l'actualisation s'amorce dès cette année, s'inscrivent dans les orientations ministérielles du projet de politique clientèle en déficience intellectuelle.

En réadaptation physique, l'annonce ministérielle de la création du Centre de réadaptation en déficience physique du centre hospitalier Jonquière, en 1997, a permis aux établissements concernés d'y regrouper les programmes en déficience physique, notamment la déficience motrice, la déficience visuelle et auditive, les aides techniques et la clinique des maladies neuromusculaires. En 1999, le Centre de réadaptation en déficience physique a mis en place 12 lits de réadaptation fonctionnelle intensive, sur un objectif de 25.

Le regroupement des établissements dédiés aux jeunes sous l'appellation de «centres jeunesse» constitue un pas important vers une meilleure intégration des services de réadaptation et des services psychosociaux.

● (14 h 20) ●

Depuis deux ans, les CLSC et les centres jeunesse, de même que les différents partenaires des milieux communautaires et de l'éducation, inspirés par le rapport Cliche, ont investi beaucoup d'efforts à bâtir un réseau de services mieux intégré, qui présente une plus grande continuité dans la prestation de services, moins de doublages et plus de complémentarité. Le regroupement des établissements à vocation régionale a facilité la cohérence de leurs actions avec les services locaux dans chacun des territoires de CLSC.

Notre Régie régionale a atteint ses objectifs reliés à une problématique qui est au cœur des services dispensés à la population: le maintien en milieu naturel, quatrième grand axe de notre exposé.

En regard des clientèles en santé physique, nous avons atteint le ratio de 2,5 lits par 1 000 habitants pour l'ensemble de la région et affiché un taux d'hospitalisation à la baisse qui est d'ailleurs inférieur à la moyenne québécoise. Le nombre de chirurgies d'un jour est passé de 53 % à 57 % de l'ensemble des chirurgies, alors que le nombre de malades traités en médecine de jour a doublé. Conséquemment, les jours-présences ont chuté de 300 000 à 200 000.

Nous avons également consenti énormément d'efforts dans des programmes spécifiques de médecine de jour. À ce sujet, signalons le développement d'un réseau régional de cliniques de médecine, dont les cliniques de prévention des maladies cardiovasculaires, les centres d'enseignement sur l'asthme et les centres d'enseignement sur le diabète. Mises en place dans les différents territoires de CLSC du Saguenay—Lac-Saint-Jean, ces cliniques dispensent des programmes d'enseignement en collaboration avec les médecins traitants. Ce modèle d'organisation s'inscrit précisément dans l'objectif de rapprocher les services du milieu naturel.

Notre région obtient également des résultats significatifs en regard des clientèles en maintien à domicile. La cible prévue de 65 \$ per capita a été atteinte dans tous les territoires. Notons des augmentations du nombre d'usagers variant de 10 % à 60 % dans l'ensemble des territoires de CLSC. Quant au nombre d'interventions par usager, tous les territoires confondus, il a connu une recrudescence de 2 % à 31 % chez les moins de 65 ans et de 18 % à 52 % chez les 65 ans et plus.

En ce qui concerne les soins de longue durée, les mécanismes d'accès en CHSLD ont été décentralisés

dans les territoires de CLSC. L'ajustement du critère d'admissibilité à la clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus par jour a été réalisé partout. À l'échelle régionale, le ratio de quatre lits d'hébergement par 100 personnes âgées est réalisé. Quant au délai d'attente moyen par personne admise en CHSLD, il a chuté de 52 jours en 1994-1995 à 13 jours en 1999-2000.

En santé mentale, la mise à jour du plan régional d'organisation des services est en voie de finalisation. Pour accomplir ce travail, nous avons déployé beaucoup d'efforts pour impliquer tous les acteurs concernés afin de mettre en place un modèle régional respectueux des orientations ministérielles et de nos orientations régionales pour l'intégration des services et le maintien des bénéficiaires dans leur milieu de vie.

Ainsi, la durée moyenne de séjour en psychiatrie a beaucoup diminué, se rapprochant de la cible ministérielle de 20 jours. Le ratio du nombre de lits pour hospitalisation a, à toutes fins pratiques, atteint la cible proposée pour 2002 de quatre lits par 1 000 personnes. Toutefois, beaucoup reste à faire pour mieux répondre à la crise psychiatrique, l'intégration sociale et le support aux familles. À cette fin, des changements de pratique seront aussi nécessaires, ce à quoi nous allons nous investir dans les années à venir.

Il faut aussi souligner que nous avons mis en place la Stratégie québécoise sur le suicide, en collaboration étroite avec le milieu. De plus, nous avons travaillé à la consolidation des services aux personnes autistes, suivant le guide de planification et d'évaluation du ministère en impliquant en premier lieu les parents.

Nous sommes extrêmement fiers d'avoir instauré, à même nos ressources financières, le service Info-social, en 1998-1999. Résolument bien implanté, Info-social offre des services d'intervention en situation de crise, de support, d'information, d'orientation et de référence accessibles sept jours sur sept, en dehors des heures d'ouverture des CLSC. Le service mis en place par la Régie régionale a d'ailleurs inspiré des initiatives semblables dans d'autres régions.

La concertation est une valeur fondamentale de notre Régie régionale, qui l'a traduite en actions concrètes, symbole, s'il en est, d'une instance régionale forte. Nous avons plus que jamais l'intime conviction que la Régie régionale ne peut réaliser la mission qui lui incombe sans l'implication de l'ensemble de ses partenaires. Le citoyen, les réseaux naturels d'aide, les administrateurs, gestionnaires, professionnels et employés du réseau, et les organismes communautaires, pour n'en énumérer que quelques-uns, sont des partenaires de premier ordre.

Les lignes de force tangibles de la concertation régionale au cours des dernières années sont nombreuses. En témoignent d'abord l'importante implication du public qui a guidé en 1995 l'élaboration de notre Plan stratégique de transformation, son évaluation en 1998, l'élaboration du deuxième Plan stratégique en 1999, la première réflexion sur la traduction régionale de la Politique de santé et bien-être et, enfin, le Plan directeur régional en prévention-promotion.

En témoigne également le titanesque travail réalisé au niveau des ressources humaines, qui ont été fortement touchées par la transformation du système: surcharge de travail, insécurité face aux changements, réduction des effectifs de 3 % chez les salariés et de

25 % au niveau des cadres, départ massif pour la retraite de personnes d'expérience; tout cela dans un contexte de croissance des besoins de la population.

Par ailleurs victimes d'une mauvaise presse qui alimente les critiques fallacieuses à l'égard du milieu de la santé et des services sociaux, les ressources humaines subissent depuis plusieurs années des pressions de tout acabit. C'est dans ce contexte difficile que la Régie régionale agit comme partenaire actif dans le développement d'une approche réseau visant la mobilisation et le développement des ressources humaines.

À la suite du diagnostic porté par la commission Rochon sur l'état général de la gestion des ressources humaines dans le réseau en 1990, nous avons initié la création du Regroupement d'établissements de santé et de services sociaux, région Saguenay—Lac-Saint-Jean. Encouragé par une adhésion formelle de tous les établissements, le Regroupement a donné naissance à plusieurs comités régionaux, dont le Comité de développement des ressources humaines, le Comité organisateur du colloque annuel en ressources humaines et le Comité sur le développement du personnel d'encadrement. Pour la seule année 1999-2000, 89 activités de formation et de développement ont été réalisées touchant quelque 4 000 personnes du réseau régional.

Parallèlement, la Régie régionale supporte activement le Forum des présidentes et présidents des conseils d'administration en vue de susciter chez les membres des C.A. des établissements une pensée et une action centrées sur la solidarité des diverses composantes du réseau régional. À ces activités destinées aux syndiqués cadres et membres de conseils d'administration des établissements se conjugue un ensemble de démarches de consolidation des équipes de direction. Financées et supportées par la Régie régionale, ces activités cherchent, dans une démarche globale de développement des compétences, à promouvoir une stratégie collective d'accompagnement du personnel d'encadrement.

Au niveau du personnel, des efforts importants ont été dédiés à la réduction des coûts reliés à la sécurité et à la stabilité d'emploi. De concert avec l'ensemble des établissements, nous avons piloté ce dossier à travers une approche réseau impliquant un redéploiement de la main-d'oeuvre. A découlé de cette concertation régionale le transfert avec succès de plusieurs infirmières auxiliaires vers les CLSC. Facilitée par l'utilisation judicieuse d'un budget régional d'adaptation de la main-d'oeuvre, l'opération a d'ailleurs vu un des établissements partenaires de cet effort régional couronné d'un prix provincial. Il s'agit du projet L'employabilité, un plus pour la clientèle du Centre Maria-Chapdelaine, qui consistait à intégrer les infirmières auxiliaires dans des équipes multidisciplinaires de maintien à domicile.

Au chapitre de la sécurité d'emploi, le Service régional de main-d'oeuvre a coordonné toutes les activités régionales à travers une action collective avec les comités paritaires représentant les accréditations syndicales concernées. Résultat: de 1996-1999, des 567 salariés inscrits en sécurité d'emploi, 473 ont été replacés dans différents établissements de la région. Au 31 mars 2000, 21 restaient en sécurité d'emploi pour

l'ensemble des établissements du Saguenay—Lac-Saint-Jean. Si l'on considère que chaque dotation de poste implique au moins trois mutations, c'est plus de 4 000 postes qui ont été impliqués au cours de ces années de transformation, sur un total de 8 500 employés.

La volonté d'agir collectivement a également obtenu des échos significatifs auprès des organismes communautaires. Leurs rapports avec la Régie régionale ont fortement évolué depuis la période de transformation du système. Le passage d'un programme SOC centralisé, géré par le ministère, à un programme décentralisé a permis de renforcer la relation Régie-organismes communautaires par le biais de réalisations concrètes. Le meilleur exemple est certes l'instauration d'un cadre de coopération posant des balises claires pour le financement des organismes, l'allocation des fonds, les mécanismes de concertation et d'arrimage, la formation et l'évaluation. De surcroît, la participation des organismes communautaires à divers comités de travail a bel et bien démontré les avantages des efforts collectifs dans l'organisation des services destinés à la population.

Par ailleurs, le réseau régional a joué un rôle important dans le déploiement des mesures d'urgence lors des inondations de juillet 1996 et de l'incendie de l'Hôtel-Dieu de Roberval en 1998. Notre expertise a aussi été mise à profit pour venir en aide à la région de la Montérégie lors de la crise du verglas en 1998.

● (14 h 30) ●

Reconnaissant que la population est la raison d'être de notre réseau de services, la Régie régionale a mené une vaste enquête en 1998 dans le but de connaître et de mesurer les attentes et la satisfaction des usagers ayant reçu des services d'un centre hospitalier, d'un CLSC et/ou d'une clinique médicale. À une question d'ordre général demandant aux usagers d'exprimer leur degré de satisfaction, l'enquête révèle que 52 % se disent très satisfaits des services, alors que près de 42 % s'estiment assez satisfaits. L'analyse des résultats indique qu'en regard de chacune des 38 attentes identifiées celles qui suscitent le plus de satisfaction concernent principalement les dimensions liées à l'humanisation et à la personnalisation des services.

En continuité avec cette enquête, la Régie régionale a inscrit l'amélioration de la satisfaction des usagers dans son Plan d'action stratégique 1999-2002. L'orientation vise à mobiliser le réseau et à favoriser la création en janvier 2000 d'un comité régional auquel participent tous les établissements du réseau.

Arrêtons-nous maintenant au sixième axe de notre propos, soit les ressources financières et informationnelles. Dépassant les 51 millions de dollars, les efforts budgétaires de la région incluent le non-financement de la croissance des coûts des services existants, pour 24 millions, et la réduction budgétaire demandée pour la contribution de notre région à l'assainissement des finances publiques et la réalisation des économies pour répondre à de nouveaux besoins au titre des priorités nationales et régionales, pour 27 millions dont 13,7 ont servi aux réallocations intra-régionales.

L'ensemble du réseau régional présentait une situation budgétaire équilibrée au début de la période de transformation, en 1995-1996. Il s'est retrouvé, au terme

de l'année 1998-1998, avec un déficit accumulé de l'ordre de 35,2 millions de dollars. Bien que le gouvernement ait pris à sa charge les déficits accumulés au 31 mars 1999 et au 31 mars 2000 et ait aussi rehaussé les bases budgétaires des établissements pour l'exercice financier 2000-2001, certains établissements ont une situation financière précaire causée notamment par les variations de volume de la demande de services, l'alourdissement des clientèles et l'impact des nouvelles technologies.

Tous reconnaissent le rôle incontournable des ressources informationnelles dans la mise sur pied et la gestion efficace d'un réel réseau intégré de services. Nous devons toutefois signaler que les développements commandés par le ministère ont nécessité et nécessitent encore d'importants investissements. Les investissements ont été réalisés en partie en période de rationalisation et de restriction budgétaire. Comme les subventions consenties par le ministère couvraient en partie seulement la mise en place de l'infrastructure technologique requise, les établissements ont dû supporter les coûts élevés de formation, d'implantation de ces systèmes et technologies et les coûts récurrents pour supporter les systèmes.

Dans ce contexte difficile et particulièrement depuis l'adoption de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public, des établissements n'ont pas le choix de reporter la réalisation de certains projets déjà amorcés, par exemple l'informatisation des laboratoires.

Pour poursuivre harmonieusement le virage technologique, il nous apparaît essentiel de concentrer les énergies sur les implantations déjà amorcées et de fournir aux établissements les ressources financières qui leur permettront de bien gérer les impacts de ces implantations et d'en assumer les coûts récurrents.

Posons maintenant un regard sur nos perspectives triennales. Même si le présent bilan met en évidence les nombreuses transformations et améliorations du réseau régional, nos efforts devront se poursuivre au cours des prochaines années pour en assurer leur réalisation complète et leur consolidation. Pour ce faire, nous continuerons à travailler résolument dans le cadre de l'entente de gestion signée le 25 juin 1999 pour atteindre les cibles convenues avec le ministère sur l'accroissement de l'accessibilité aux services d'urgence et la diminution des délais d'attente, l'accès aux services spécialisés et surspécialisés, le soutien à domicile des personnes âgées et l'amélioration des services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille.

Nous déploierons aussi beaucoup d'efforts pour atteindre les objectifs prioritaires fixés par notre région, particulièrement pour l'intensification de la promotion-prévention dans le cadre d'un plan directeur en santé publique, la mise en place de services en déficience physique sous la responsabilité d'un centre de réadaptation et la consolidation des services aux personnes âgées, plus spécifiquement au niveau des services d'hébergement et de longue durée.

Enfin, dans notre Plan d'action stratégique 1999-2002, nous avons convenu, entre autres priorités, d'investir beaucoup d'efforts pour assurer un financement adéquat et stable pour les organismes communautaires, ce qui, soit dit en passant, ne pourra se faire sans un support financier du ministère. Nous avons

aussi convenu d'encourager de façon tangible l'enseignement et la recherche dans notre région, tant au niveau médical que social, et, dans cette optique, nous souhaitons que le ministère puisse supporter ces efforts en désignant éventuellement le Complexe hospitalier de la Sagamie comme centre hospitalier affilié.

Il va sans dire que tous ces efforts devront se faire dans le respect des cadres financiers qui nous sont dévolus et dans le respect des orientations ministérielles en matière de santé et de services sociaux.

Nos préoccupations à l'égard de l'équité inter-régionale dans l'allocation des ressources financières. Considérant que la population du Saguenay—Lac-Saint-Jean compte pour environ 4 % de la population du Québec et prenant en compte notre autosuffisance régionale, notre région devrait recevoir environ 4 % des budgets dédiés aux établissements de santé et de services sociaux. Sur cette base, notre région souffre d'un manque à gagner de l'ordre de 15 à 20 millions auquel s'ajoute un montant du même ordre si on tient compte de l'enveloppe de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Au-delà de ce per capita brut, si on tient compte des besoins sociosanitaires de la population tels qu'édictés dans la loi, nous évaluons que ce sous-financement est plutôt de l'ordre de 40 millions auxquels s'ajoute toujours un autre 20 millions en regard de l'enveloppe de la RAMQ.

Sur la base des mêmes chiffres, soit ceux de l'année 1996-1997, le ministère conclut à un surfinancement pour notre région de l'ordre de 25 millions, excluant la RAMQ. L'écart de 65 millions qui en résulte équivaut à 20 % de notre enveloppe budgétaire régionale, ce qui constitue un enjeu de taille pour notre région. Cet écart aussi important s'explique essentiellement par le choix de l'indicateur des besoins de la population. D'une part, le ministère utilise un indicateur théorique basé sur la structure d'âge, le sexe, l'espérance de vie et la scolarité, alors que nos estimés, tout en utilisant la même méthode de calcul et les mêmes chiffres que ceux du ministère, prennent la consommation réelle comme indicateur des besoins de la population.

Le choix de l'indicateur de besoins prend donc une grande importance dans le calcul de l'équité interrégionale, car, selon qu'on retienne l'un ou l'autre de ces deux indicateurs, le portrait provincial change radicalement pour plusieurs régions du Québec. Actuellement, l'indicateur retenu par le ministère désavantage toutes les régions du Québec au bénéfice des régions en périphérie de Montréal et Québec, si on prend pour acquis que la consommation réelle est plus près des besoins réels.

Mais quel est donc le meilleur moyen d'estimer les besoins sociosanitaires des populations des régions du Québec? La réponse à cette question est d'autant plus importante qu'elle peut nous faire reculer si on prend la mauvaise direction. Au cours des dernières années, notre Régie régionale a réalisé et publié des travaux qui démontrent que les écarts de santé entre les populations régionales sont très grands et tendent à s'accroître. Ces travaux permettent aussi d'affirmer que les conditions socioéconomiques agissent comme le déterminant premier et quasi exclusif de ces écarts de santé. Les populations manquant chroniquement d'emplois ont des

revenus inférieurs, ce qui fait en sorte qu'on y retrouve plus de pauvreté, et, dans ce contexte, les déterminants individuels de la maladie — stress chronique, alimentation déficiente, environnement défavorable — font leur oeuvre, fabriquant systématiquement dans ces populations plus de personnes malades devant faire l'objet d'onéreuses hospitalisations.

Ce constat, vérifié sur près de 10 millions de jours d'hospitalisation, rejoint ce que les gens reconnaissent d'expérience: Pauvreté et maladie vont de pair, ce qui rejoint aussi le discours scientifique national et international.

La mesure du manque d'emplois au sein des populations est, selon nous, le critère le plus universel et le plus efficace pour mesurer le déterminant de la maladie et prédire la consommation de services. L'allocation des ressources par l'État, et au premier chef par son ministère de la Santé et des Services sociaux, devrait retenir ce critère pour réorienter fondamentalement la trajectoire de notre régime public, pour réduire les écarts de santé d'une région à l'autre et assurer un niveau de services correspondant aux besoins réels des populations régionales.

En 1998, les régies régionales et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont convenu de faire expertiser nos travaux et ceux du ministère. Malheureusement, cette expertise a été confiée à un organisme interne du ministère, soit le Fonds de la recherche en santé du Québec. Le rapport produit par cet organisme témoigne éloquemment de sa situation de juge et partie. Je vous demande de ne pas me croire sur parole. Je vous invite à vous procurer ce rapport pour en évaluer sa rigueur scientifique et surtout son objectivité.

• (14 h 40) •

Les régies régionales et la régionalisation. Pour parler du rôle et de l'utilité d'une régie régionale, il est très important de se replacer dans une perspective historique de l'évolution du système de santé québécois. Il faut examiner son fonctionnement avant et après la réforme de 1993 qui mettait en place les régies régionales dans une perspective de décentralisation, de régionalisation du système de santé pour mieux l'adapter aux besoins des populations régionales et des communautés locales. C'est d'ailleurs principalement sur cette base qu'il nous faut nous demander si notre Régie régionale constitue une valeur ajoutée pour mieux répondre aux besoins de nos communautés locales et régionales.

Rappelons brièvement qu'avant la réforme de 1993 tous les pouvoirs décisionnels en regard du système de santé étaient exercés par Québec, ce qui avait par ailleurs provoqué, depuis la première réforme en 1973, la mise en place d'un réseau provincial d'influence. Ce réseau d'influence, qui prétendait parler au nom de la population et de ses besoins sociosanitaires, défendait plutôt dans les faits les intérêts institutionnels, corporatistes et professionnels de leurs commettants. Résultat: les institutions, les corporations et les associations professionnelles les plus puissantes s'en tiraient toujours avec la part du lion, ce qui évidemment favorisait les grands centres au détriment, bien souvent, des régions.

C'est d'ailleurs ce mode de fonctionnement que la commission Rochon a dénoncé et remis en question

en 1988, en concluant que le réseau de la santé de l'époque était traversé par tant de tensions divergentes qu'il était au bord de l'éclatement. C'est sur la base de ce triste constat que les ministres de la Santé de l'époque, Mme Thérèse Lavoie-Roux et M. Marc-Yvan Côté, ont réorienté le système de santé sur la voie de la décentralisation et de la régionalisation.

Après sept années de décentralisation et de régionalisation, où en sommes-nous? Il est clair que les lobbys provinciaux ont perdu du lustre au profit des communautés régionales et locales, qui, par les personnes qui les représentent dans les décisions régionales, trouvent une réponse mieux adaptée à leurs besoins sociosanitaires.

Par-delà les mots, voici quelques illustrations des avantages de décider nous-mêmes au niveau régional. Québec aurait-il pu redéployer nos ressources entre le Saguenay et le Lac-Saint-Jean pour permettre aux personnes âgées de Jonquière, en particulier, d'être hébergées dans leur communauté plutôt qu'au Lac-Saint-Jean et, à l'inverse, permettre aux malades psychiatriques du territoire Lac-Saint-Jean-Est de recevoir des services sur place plutôt qu'être transférés à Chicoutimi? Dans le contexte difficile des contraintes budgétaires et sous l'influence des puissants lobbys, Québec aurait-il pu réallouer 9 millions du milieu institutionnel pour rapprocher les services le plus près possible des communautés locales, particulièrement en matière de services de maintien à domicile? Croyez-vous que notre foyer pour personnes âgées de Normandin, qui compte 36 lits, aurait été reconstruit par Québec, qui fixe à 60 lits la norme de rentabilité d'une telle installation?

C'est d'ailleurs plus sous les impératifs de toujours mieux intégrer les services à l'échelle des communautés locales et régionales que nos établissements se sont regroupés par territoire de CLSC, faisant ainsi de plus en plus s'effriter les lobbys institutionnels au profit des communautés locales et régionales.

S'il y a une valeur ajoutée depuis la réforme de 1993, c'est bien que la régionalisation aura permis de faire évoluer le système de santé davantage en fonction des besoins des communautés que des intérêts institutionnels, corporatistes et professionnels.

Ces quelques changements parmi bien d'autres sont à mettre au crédit de la régionalisation et de la capacité des régionaux de décider eux-mêmes de ce qui est bien pour eux. Au sein de notre conseil d'administration, tous ont la conviction que la régionalisation constitue toujours la voie d'avenir dans l'amélioration des services auxquels la population a droit.

Mme la Présidente, mesdames, messieurs, au terme de la présente reddition de comptes qui permet d'apprécier le chemin parcouru depuis les cinq dernières années et de visualiser les changements qu'il nous faut poursuivre et consolider, qu'il me soit permis de remercier publiquement toutes ces femmes et tous ces hommes qui se sont investis et continuent de s'investir bénévolement au sein des conseils d'administration des établissements et de notre Régie régionale. C'est grâce à leur volonté et leur engagement que notre réseau régional a pu relever les nombreux défis auxquels il a été confronté.

Nous vous remercions de votre attention et sommes disposés à répondre à vos interrogations.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie, Mme la présidente. Alors, je vais maintenant permettre l'échange entre les parlementaires membres de la commission. J'ai déjà une demande de la part du député de Vaudreuil, et par la suite j'accepterai une autre question de la part du député de Masson. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Alors, bienvenue à Mme Simard, présidente du conseil, ainsi qu'à toutes les autres personnes qui vous accompagnent.

Mme Simard (Lili): Merci.

M. Marcoux: Je voudrais vous remercier de votre présentation également, vous féliciter de la qualité de votre présentation.

J'aimerais poser quelques questions relativement au sujet du financement. Comme vous le mentionnez vous-même, je pense, au début de votre présentation, il est bien sûr qu'il y a des projets ou des orientations qui dépendent du niveau de financement que vous pouvez obtenir. J'avais une première question: Quel est, au 31 mars 2000, le déficit réel de l'ensemble des établissements qui sont couverts par votre Régie régionale? Parce qu'il y avait des déficits estimés au mois de mars, mais vous avez certainement maintenant le déficit réel. Et, après, j'aurais d'autres questions qui sont relatives, dans le fond, au financement.

Mme Simard (Lili): M. le directeur général.

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

M. Thibault (Louis-Philippe): Pour l'ensemble des établissements de notre région, c'est 22 millions, au 31 mars 2000.

M. Marcoux: Et, si je comprends, ce montant a été entièrement comblé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre des allocations budgétaires de 2000-2001.

M. Thibault (Louis-Philippe): À l'exception d'un établissement dont le dossier n'est pas tout à fait réglé, pour un montant variant entre 1,5 million et 2,5 millions. Le restant est tout réglé, oui, effectivement.

M. Marcoux: Et quel est cet établissement dont ce n'est pas réglé encore, la question?

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est le centre hospitalier de Jonquière.

M. Marcoux: Y a-t-il des raisons particulières pour lesquelles le déficit n'est pas comblé?

M. Thibault (Louis-Philippe): Oui, c'est que le niveau de déficit réel qui nous a été communiqué après la fin de l'année était supérieur à l'estimé qu'ils nous

avaient déposé. Donc, c'est l'analyse financière de cet établissement-là qui est en cours présentement.

M. Marcoux: Et ce déficit réel, c'est celui qui avait été accepté par les vérificateurs de l'établissement?

M. Thibault (Louis-Philippe): Oui.

M. Marcoux: Mais il y a, si je comprends, des éléments qui ne sont pas reconnus.

M. Thibault (Louis-Philippe): Pour le moment, oui.

M. Marcoux: Qui sont reliés surtout à quoi?

M. Thibault (Louis-Philippe): Qui sont reliés principalement au fait que l'établissement avait mis de l'avant un ensemble de projets dits autofinancés, et les économies qui ont été réalisées, plutôt que de servir à rembourser les emprunts, ont été utilisées pour répondre à des besoins criants du côté de la longue durée, pour l'essentiel.

M. Marcoux: Le gouvernement a fait adopter à la fin de la session la loi antidéficit, à laquelle, Mme la présidente, vous avez référé d'ailleurs dans votre présentation. Est-ce que ces prescriptions de la loi antidéficit ont amené des réductions ou des coupures de services dans les établissements de votre région?

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

Mme Simard (Lili): Oui.

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

M. Thibault (Louis-Philippe): Ça serait prématuré de répondre à la question pour le moment. Tous les établissements ont, à l'exception d'un, déposé des budgets équilibrés cette année sans annoncer de mesures de coupures de services à la population.

Par contre, tous nous ont alerté sur le fait qu'il y avait des zones dites de fragilité où, dans certains secteurs, il y a des risques de voir des dépassements survenir par rapport à leurs prévisions, des dépassements principalement liés, là, à l'évolution technologique, aux coûts des médicaments, au vieillissement de la population.

M. Marcoux: J'avais peut-être... Évidemment — vous permettez, Mme la Présidente — il y a maintenant un nouveau langage, je pense, là, qui a cours dans les régies régionales et au ministère, où on semble avoir une aversion pour le mot réel de «déficit», et on parle maintenant de «zone de fragilité», ce qui semble être, à moins que vous me corrigiez...

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est vrai que c'est le nouveau vocabulaire.

M. Marcoux: Et vous qui êtes un administrateur fort chevronné, là, M. Thibault... Je

comprends mal la différence, moi — pour un profane, là, qui a déjà été dans l'entreprise — entre des «déficits escomptés» puis des «zones de fragilité». Comment vous vivez avec ça, vous? Et comment les gens comprennent ça? J'avoue que ça me surprend un petit peu.

Et, quand vous disiez qu'il n'y a pas de coupure de services, c'est que j'ai relevé, en fait, ce qui semble être certaines déclarations, là, de directeurs généraux ou encore de conseils d'administration d'hôpital — je pense à l'Hôtel-Dieu de Roberval — où on dit... Bon, M. Cloutier affirme que, pour l'instant, les services au public ne sont pas touchés. Pas encore, sauf que, si des augmentations de volume sont constatées, c'est certain que les délais d'attente seront allongés.

● (14 h 50) ●

Dans le cas du Centre Maria-Chapdelaine, où on dit — je pense que c'est le directeur général: «Il n'y a plus de marge de manoeuvre, contrairement à ce que prétendent le ministère et la Régie. On est sur l'os. Il faudra couper dans les services aussi essentiels que l'entretien ménager.» Je comprends que ce n'est peut-être pas essentiel pour fournir les services, mais être dans un lieu propre, pour un hôpital, il me semble que c'est de base. En tout cas, si on se fait traiter dans un hôpital.

Également, par exemple, je voyais une déclaration dans *Le Réveil*, du Dr Kennedy, je pense, qui est ici et qui nous disait que le Programme de dépistage du cancer du sein dans la région du Saguenay—Lac-Saint-Jean est retardé en raison de l'adoption de la loi n° 107, qui interdit aux centres hospitaliers de faire des déficits.

Et vous-même, Mme la présidente, dans votre présentation, vous y avez fait référence en ajoutant d'ailleurs, ce que je trouve fort louable, «que les femmes de notre région se classent parmi les plus affectées par cette maladie».

Donc, tout ça me paraît un peu... Vous me dites: Non, il n'y a pas de coupure de services ou de réduction de services à cause de la loi antidéficit. Là, je dois vous avouer que, devant ça, je me pose des questions.

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

M. Thibault (Louis-Philippe): Peut-être qu'il s'agit de bien s'entendre. Lorsqu'on parle de coupure de services, il est évident que, dans le contexte de restrictions budgétaires qu'on a connu, puis à l'heure où il faut mettre les budgets en équilibre, chacun y va des efforts qu'il pense pouvoir faire. Par contre, chacun observe aussi que des prévisions, ça demeure des prévisions. Donc, ça veut dire, ça, qu'on établit des équilibres à partir d'une certaine lecture de ce que sera la réalité, mais tous nous disent: Soyons prudents. On n'a pas beaucoup de marge de manoeuvre dans cette lecture-là. Quand on nous dit, par exemple: Pour le moment, il n'y a pas de réduction de services, mais il pourrait y avoir des délais, c'est qu'on anticipe que la situation pourrait se détériorer, ou il pourrait y avoir une demande supérieure à celle qu'on a escomptée. Donc, c'est par rapport à cette prudence-là que les gens avancent leur discours présentement.

Effectivement, par contre, il y a un élément qui n'est pas, lui, de l'ordre prévisionnel mais qui est une

réalité actuelle, c'est que la région s'était préparée à démarrer le Programme de dépistage du cancer du sein, je crois que c'était pour le mois d'avril, et, au moment où on s'appretait à lancer le Programme avec la collaboration des établissements, ceux-ci nous ont signifié très clairement que, dans le contexte actuel où la loi était déjà en perspective et exigeait l'équilibre budgétaire, ils ne pouvaient plus se permettre de prendre ce genre de risque là. Et, dans ce sens-là, ils ont fait le choix de la prudence, et nous, on a avec eux documenté le besoin financier pour pouvoir implanter le Programme dans la région, et c'est de l'ordre de un demi-million, 500 000 \$ environ.

Maintenant, dans d'autres régions, peut-être que si on avait pu démarrer plus tôt, fort possiblement que, comme dans d'autres régions, ça serait venu grossir le déficit et ça aurait été pris à charge par le gouvernement, ce qui n'a pas été le cas, malheureusement.

Alors, c'est dans ce sens-là qu'on attire l'attention de la présente commission sur cette réalité et aussi sur le fait qu'il y a un besoin très bien démontré et documenté dans notre région par rapport à cette problématique-là.

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

Mme Simard (Lili): Si je peux me permettre: Il ne faut pas prendre pour acquis que les femmes n'ont plus de service de mammographie ou de service de dépistage. Au contraire, elles ont accès aux mêmes services, sauf qu'il faut une référence du médecin. Mais les femmes qui ont des doutes ou les femmes qui désirent en passer...

M. Thibault (Louis-Philippe): Oui, elles y ont encore accès.

Mme Simard (Lili): ...elles ont accès à ces services-là. C'est juste de façon plus large, comme le Programme a été présenté où toutes les femmes de 50 ans et plus doivent systématiquement passer une mammographie, mais il ne faut pas déduire que le service ne se donne pas.

M. Marcoux: Oui. Sauf que, ma seule constatation, dans le fond, et je parle au nom des femmes qui sont concernées, c'est qu'on avait lancé, vous savez, il y a deux ans, en grande pompe, un grand programme, et ce que je comprends, dans certaines régions dont la vôtre, c'est que ce n'est pas encore en place. Il y a toutes sortes de raisons, donc je ne jette pas le blâme, et c'est pour ça que, lorsque vous mentionnez que la loi antidéficit ne semble pas avoir eu d'impact, bien je pense que ça, c'en est un, et les déclarations des dirigeants de centres hospitaliers que je vous ai cités indiquent la même chose. Et, comme parlementaire et comme profane, je pense qu'on se cache la tête dans le sable et on joue avec les mots pour se cacher la réalité.

D'ailleurs, vous pourrez me corriger là-dessus, dans votre présentation, à la page 15, je voudrais mieux comprendre, vous dites qu'il y a eu un rehaussement des bases budgétaires mais que, par ailleurs, la situation financière est toujours précaire en raison des variations

de volumes — donc de l'augmentation de la demande — de l'alourdissement des clientèles — ce n'est pas sorcier — l'impact des nouvelles technologies, et on pourrait ajouter le coût des médicaments. Donc, comment dites-vous qu'on a rehaussé les bases budgétaires, si on ne tient pas compte de facteurs comme ceux-là?

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

M. Thibault (Louis-Philippe): Alors, c'est sûr que le redressement des bases budgétaires, il s'est fait sur les chiffres observés à partir du déficit des années antérieures, c'est du connu. Lorsqu'on prépare un budget, là, on extrapole la demande. Et effectivement, la demande, c'est un facteur que l'établissement ne contrôle pas nécessairement. La même chose pour les coûts des médicaments, il y a toujours des facteurs un peu impondérables là-dedans.

Alors, c'est dans ce sens-là qu'on se permet de dire que la situation reste fragile, parce qu'on a établi un équilibre par rapport à une situation antérieure, mais, par rapport au futur, la situation peut évoluer, et on sait qu'elle ne peut qu'évoluer dans le sens d'une demande accrue. Encore là, il faudra trouver des moyens pour y faire face, à défaut de quoi il y aura des excédents de budget, des excédents de dépenses. Alors, c'est dans ce sens-là qu'on dit que la situation demeure précaire puis qu'il y a une inconnue. Et on pourra, à la lumière des rapports financiers qui rentrent à toutes les quatre semaines, voir dans quelle mesure la situation évolue, et, là-dessus...

M. Marcoux: Si vous permettez, Mme la Présidente, j'aimerais simplement vous reposer la question, M. Thibault, qui avez une grande expérience d'ailleurs dans le réseau de la santé, qui connaissez l'évolution — puis les associations, soit l'AHQ et l'Association des CLSC, publient également toutes sortes d'indicateurs, vous le savez: Comment on peut réalistement, au début de l'année, dire que les dépenses, la clientèle, le volume, l'alourdissement, l'impact des nouvelles technologies, le coût des médicaments n'entraîneront pas de hausse entre 1 % ou 2 % au moins pour l'année qui vient, si on fait un budget de façon réaliste?

M. Thibault (Louis-Philippe): Non. Je pense que, les administrateurs, tous anticipent un taux de croissance plus élevé que l'indexation, par exemple, qui a été mise dans les budgets. Ce sont des facteurs qu'ils contrôlent plus difficilement que d'autres.

On sait, par exemple, que 80 % des budgets des établissements sont quand même constitués de salaires. Alors, les salaires, c'est du personnel qu'on engage pour donner des services, et, là-dessus, l'organisation a un meilleur contrôle. Par contre, sur d'autres dépenses, dont celles que vous venez de mentionner, les médicaments, les nouvelles technologies puis aussi la demande... Parce que le niveau de ressources qu'il faut mettre en place pour répondre est conditionné par la demande de services, et ça, ce n'est pas sous le contrôle des dispensateurs de services.

Bien sûr, lorsque la demande augmente, il faut trouver peut-être d'autres manières d'y répondre, comme on a fait depuis cinq ans, où le virage ambulatoire a permis, avec les mêmes ressources, de donner beaucoup plus de services aux populations. Mais c'est quand même, je dirais, une évolution dans la façon de donner les services qui ne passe pas uniquement non plus par des ajustements de l'offre en termes de changer les pratiques, mais aussi, dans certains cas, il faut rehausser les budgets.

M. Marcoux: Est-ce qu'il n'y a pas une illustration, dans le fond, de l'impact des contraintes budgétaires dans l'évolution des listes d'attente? Donc, d'une part, il y a des déficits à la fin de l'année, mais, vous savez, on peut rationner les services sans que ça paraisse trop, et ce sont les listes d'attente qui s'allongent.

Quand je regarde à la page 27 de votre document — et là je n'ai pas les statistiques de 1999 et 2000, peut-être que la situation évolue en sens inverse — de septembre 1995 à décembre 1998, à la fois pour les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation, il y a eu une augmentation considérable des listes d'attente: ça a plus que doublé dans le cas des chirurgies d'un jour et, en tout cas, ça a augmenté des trois quarts pour le cas des chirurgies avec hospitalisation. Est-ce que vous avez les données pour ce qui est de mars 2000?

M. Thibault (Louis-Philippe): Au 31 mars 2000?

M. Marcoux: Oui.

M. Thibault (Louis-Philippe): Malheureusement, on n'a pas apporté celles au 31 mars 2000, mais elles sont légèrement à la hausse, toujours. On va le prendre en note, on va vous le confirmer. Mais la tendance que vous observez à la page 27 se maintient.

● (15 heures) ●

Par rapport à la situation, on sait qu'ici ce sont des chiffres régionaux, mais la grande part des listes d'attente sont rattachées à l'hôpital régional, le Complexe hospitalier de la Sagamie, et il faut voir qu'est-ce qui s'est passé là pour pouvoir expliquer la variation dans les listes d'attente. Je pense que je ne vous apprendrai rien que de vous dire que, au-delà des ressources financières réduites avec lesquelles l'établissement a dû composer, ce qui a sûrement influé sur les listes d'attente, il y a aussi une difficulté importante qu'on a connue au niveau de la chirurgie, dans le dossier de la complémentarité avec le centre hospitalier de Jonquière, qui a eu un impact sur les listes d'attente. Donc, il y a un phénomène là qui est comme quelque chose qui s'est accumulé qui devrait éventuellement se résorber et redevenir à un rythme, à un niveau un peu plus bas.

M. Marcoux: Mais il reste qu'il y a eu une augmentation considérable depuis quatre ans. Je pense que, si les chiffres...

M. Thibault (Louis-Philippe): Les chiffres sont là, les chiffres parlent d'eux-mêmes.

M. Marcoux: ...continuent d'évoluer en sens positif...

M. Thibault (Louis-Philippe): Comme diraient les avocats, les chiffres parlent d'eux-mêmes.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. Thibault, je comprends que vous allez faire parvenir au secrétariat de la commission l'information?

M. Thibault (Louis-Philippe): Oui. C'est bien noté.

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

M. Marcoux: Oui. Je me demandais si également, Mme la Présidente, il serait possible d'avoir une copie de l'entente de gestion qui a été signée entre la Régie et le ministère. Je pense que ce serait important en termes d'information. Également, si je comprends, vous aviez aussi développé et fait approuver un plan de consolidation, j'imagine, là.

Mme Simard (Lili): Oui.

M. Marcoux: Je pense que cette documentation-là serait intéressante également pour les membres de la commission.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le député de Vaudreuil. On aura compris que vous aviez une question à plusieurs volets.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marcoux: Ça se touchait.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je cède la parole au député de Masson. Oui, vous voulez ajouter quelque chose, madame?

Mme Simard (Lili): Non, ça va. C'est parce qu'on se demandait si M. le député en voulait une copie tout de suite ou si on vous la remet après.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mais, si vous l'avez, on peut faire des photocopies, on peut le déposer immédiatement.

M. Thibault (Louis-Philippe): Pour l'entente de gestion, on en a des copies.

Mme Simard (Lili): Le plan de consolidation, on vous le fera parvenir avec les éléments qui manquent.

Document déposé

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord.

M. Marcoux: Est-ce qu'on pourrait, Mme la Présidente — vous permettez, M. le député de Masson — avoir également, le cas échéant, les ententes

de gestion qui ont été signées entre des établissements de votre région avec la Régie et le ministère?

Mme Simard (Lili): Entente bipartite?

M. Marcoux: Oui.

M. Thibault (Louis-Philippe): Ça s'est produit avec quatre établissements dans notre région.

M. Marcoux: Parfait.

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

M. Labbé: Alors, merci, Mme la Présidente. Je me permets dans un premier temps, Mme Simard, votre équipe, de vous féliciter pour la présentation et surtout le dynamisme et les résultats. Je pense que c'est important de le mentionner. Il y a quand même plusieurs pages qui parlent de résultats fort importants, fort intéressants, quand on parle de regroupement au niveau de vos services. Il y a plusieurs éléments qui nous touchent.

Pour aller dans le sens de mon collègue, j'aimerais avoir l'information — si c'est possible peut-être de nous en faire des copies — sur l'entente que vous avez pour les organismes sans but lucratif, le modèle de financement, avec les critères, c'est quelque chose qui est assez innovateur. Je pense que ça peut être drôlement intéressant, ça peut nous être utile. J'apprécierais, si c'est possible, d'en avoir une copie.

Je vais aller un petit peu dans le sens de mon collègue: une question, plusieurs volets. On va parler de financement, Mme la Présidente, si vous le permettez. Alors, c'est sûr que vous nous avez mentionné qu'il y a une entente de gestion. On en voulait une copie; c'est déjà fait, vous êtes efficaces.

On parlait aussi de rehaussement budgétaire, et vous en avez mentionné... J'ai quelques chiffres, en fait, mais ce n'est pas important à ce stade-ci. Ce qui m'intrigue un petit peu plus, c'est à la page 4 de votre document, quand, dans le deuxième paragraphe, vous nous parlez en fait de l'autosuffisance régionale. Vous nous dites: «En matière de services spécialisés et ultraspecialisés en santé physique, l'atteinte de l'autosuffisance est de l'ordre de 95 %.» Jusque-là, pas de problème, chapeau! «Toutefois, cette réussite n'est possible qu'au prix du maintien de nos investissements actuels en santé physique — de 50 % et de 45 % par rapport au régional — ce qui empêche — et c'est là que ça m'accroche un petit peu et j'aimerais avoir des explications — par ailleurs de répondre adéquatement aux besoins des clientèles des autres programmes.»

J'aimerais, avec vous, si c'était possible, sans aller trop dans le détail, mais au moins connaître ça va être quoi, les impacts et quels types de clientèles peuvent être touchées à partir de ça, si on veut maintenir l'autosuffisance régionale comme telle.

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

M. Thibault (Louis-Philippe): Les programmes qui sont affectés indirectement par ce choix-là sont

des programmes pour lesquels on a un financement un peu moindre. C'est principalement le programme des personnes âgées en centre d'accueil, d'hébergement de longue durée, la réadaptation physique... Quoiqu'il faut noter que, pour la réadaptation physique, il y a des crédits nouveaux cette année qui ont été avancés à la région, sur la base de l'annonce qui a été faite il y a trois ans d'ouvrir un centre en réadaptation physique. Donc, il y a un rattrapage qui est en cours pour ce programme-là. Et le troisième programme où il y a vraiment un sous-financement important, c'est les services à la jeunesse.

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

M. Labbé: Excellent. Je veux aller un petit peu dans le même sens. Quand on parlait tantôt de déficits ou de zones de tolérance, selon comment on l'interprète, vous parliez de 40 millions qui seraient nécessaires pour avoir un genre d'équilibre, si on veut, en termes d'autofinancement. Par contre, le ministère vous dit: Non. Nous autres, ce n'est pas moins 40 millions, ce serait plus 25 millions. Et vous nous dites, à la page 19: Bien, si on calculait de la même façon tout le monde... Et la façon que vous suggérez, c'est de dire ceci, et je vous cite, à la page 19: «La mesure du manque d'emplois au sein des populations est, selon nous, le critère le plus universel et le plus efficace pour mesurer le déterminant de la maladie.»

Alors, j'aimerais peut-être vous entendre là-dessus, parce que, moi, j'avais l'impression qu'il y avait d'autres critères, comme le vieillissement, des choses comme ça — sûrement que vous en avez tenu compte aussi — mais vous m'arrivez avec un élément comme ça, puis vous insistez en disant: C'est ça, le critère.

J'aimerais vous entendre, là, s'il fallait qu'au Québec demain matin on applique ce critère-là, je suis sûr que vous seriez peut-être avantageés, mais je ne suis pas sûr qu'on répondrait à tous les besoins. Mais j'aimerais entendre votre expertise là-dessus.

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

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est les résultats des travaux que l'on a menés qui nous ont révélé ces choses-là. D'ailleurs, juste en référence, vous savez, au ministère lui-même, la Direction de la santé publique, lorsqu'elle a mis de l'avant son programme pour viser à améliorer l'état de santé des différentes populations, elle fait de la lutte à la pauvreté l'élément le plus déterminant et la priorité numéro un parce que c'est cet élément-là qui fait que les populations, d'une région à l'autre, n'ont pas la même qualité ou n'ont pas le même niveau de santé. Donc, on voit l'importance de la dimension socioéconomique.

L'étude à laquelle on fait référence, nous, nous démontre que, si on veut la quantifier, 80 % de la demande de services est conditionnée par le niveau socioéconomique, le niveau socioéconomique se mesurant par le niveau de revenu moyen d'une population, lequel est forcément dépendant de l'emploi puisque 85 % des revenus des Québécois sont constitués d'un revenu d'emploi. Donc, on voit très bien que, si tu

gères l'emploi, si tu distribues bien l'emploi, tu vas mieux distribuer la richesse entre les communautés et, par là, tu vas créer des milieux plus favorables à un meilleur état de santé des populations. Or, c'est dans ce sens-là que nos recherches le démontrent.

Mais on a aussi quantifié le phénomène, par exemple, de vieillissement de la population, qui joue pour à peu près 8 % à 10 %. Ce sont les principales variables, les deux. Le niveau socioéconomique et la structure d'âge sont les deux variables les plus importantes, mais ils ne sont pas du tout du même niveau, là. Le niveau socioéconomique conditionne l'état de santé dans une proportion de 80 %, et ce n'est pas un indicateur du besoin, c'est presque la cause.

Vous savez, il y a un humoriste un jour qui a dit: Il vaut mieux être riche et en santé que pauvre et malade. Si vous appliquez ça à l'échelle individuelle, on est dans l'erreur, c'est bien sûr. Tous connaissent des gens qui sont pauvres et en bonne santé et qui ont vécu jusqu'à 100 ans, et l'inverse est vrai. Mais, quand vous l'appliquez à une population, là, ça s'avère vrai. Quand vous l'appliquez à un ensemble d'individus, cette corrélation-là entre le niveau socioéconomique et la santé non seulement est démontrée dans la littérature scientifique, mais elle se démontre à l'échelle québécoise, à partir de l'analyse de 10 millions de jours d'hospitalisation au Québec.

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

M. Labbé: C'était justement le but de ma question, si vous permettez, M. Thibault, pour vérifier jusqu'à quel point vous la poussez, cette mesure-là, parce qu'on est conscient que ça l'a un impact, c'est bien évident, mais jusqu'où vous étiez prêt à la calculer.

Je voulais vous demander, si, demain matin, le gouvernement ne change pas sa méthode de calcul ou maintient, par exemple, le statu quo dans la façon de calculer les ressources, les montants qu'il doit allouer dans chacune des régions comme telles, ça veut dire que vous seriez théoriquement déficitaire de 40 millions. Comment vous entrevoyez réagir par rapport à ça? Est-ce que c'est possible pour vous, sans aller jusqu'à la notion d'imputabilité, de dire: Écoute, j'ai signé ce qu'on appelle une entente de gestion, je dois aussi donner des services à ma population? Comment vous allez composer avec ça? Je sais que c'est tout un défi, ce n'est pas évident, tout en ne brimant pas votre population des services, mais, de l'autre côté, vous avez à équilibrer votre budget le plus possible. Comment vous voyez ça?

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

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est parce qu'on joue sur deux niveaux. D'abord, si le gouvernement ne change rien, bien, dans 10 ans, on constatera la même chose qu'on constate aujourd'hui après 10 ans, après le rapport Rochon: c'est que les écarts de santé perdurent, au Québec, d'une région à l'autre et d'une catégorie de citoyens à une autre catégorie. On constatera les mêmes. Ça, c'est l'objectif premier de la loi de santé et services sociaux: de réduire

les inégalités entre les régions et entre les communautés qui composent la société québécoise. Or, on est en porte-à-faux avec les objectifs mêmes de la loi si, au Québec, on ne parvient pas à réduire les écarts de santé d'une région à l'autre.

Maintenant, comment on réduit les écarts de santé? Il y a, au moins, dans ce secteur-là, deux choses qui convergent. D'abord, si on reconnaît que le niveau socioéconomique est un déterminant puissant sur l'état de santé, il faut donc viser à ce que les différentes régions aient un niveau socioéconomique comparable, et, par là, on va tendre à améliorer l'état de santé des populations et réduire les écarts. Mais ça, ça ne se fait pas uniquement en distribuant un budget de la santé. Ça, ça met en jeu toutes les politiques gouvernementales de toute nature. C'est là qu'on met en perspective que, si on veut véritablement améliorer l'état de santé, il faut pouvoir avoir des politiques qui dépassent le secteur de la santé. Il faut mettre en jeu d'autres moyens qui sont la distribution de la richesse collective, qui sont des incitatifs à des créations d'emplois, des choses comme ça.

● (15 h 10) ●

Par contre, dans le secteur de la santé, où là le régime ou le système est ainsi fait qu'on est dans un jeu d'offre et de demande — donc, on ne donne pas des services à des populations qui n'en ont pas le besoin — il faut rester à l'intérieur d'une distribution où l'offre doit répondre le plus possible à la demande. Or, il s'avère que les populations qui ont un niveau socioéconomique plus bas ont un état de santé plus détérioré, donc un besoin de services plus grand. Et ça, dans le système de distribution des fonds à l'intérieur du système de santé, du système de soins, là, on n'en prend pas suffisamment en compte. On se base sur un indicateur théorique qui, à toutes fins pratiques, arrive à des résultats presque opposés, si on utilise un indicateur de cet ordre-là.

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le député de Masson. Mme la députée de Jean-Talon.

Mme Delisle: Merci. Bonjour. Moi, mon questionnaire, je le situerais au niveau des services aux personnes âgées. On a parlé beaucoup des jeunes, des clientèles qui ont des besoins plus spécifiques, là. Moi, je me demandais s'il y avait une corrélation entre le niveau de services actuellement et les sommes nécessaires pour dispenser ces services-là. Je vais la formuler autrement. Mme la Présidente, je m'excuse, vous m'avez pris un peu par surprise, je pensais que vous continueriez avec nos voisins d'en face.

En fait, ce que je souhaite savoir, c'est qu'on sait que la population vieillit. Ce n'est pas nécessairement ces gens-là, ces gens qui sont plus âgés qui ont nécessairement le plus d'argent pour se payer davantage de services. Donc, ils comptent sur les services qui sont mis en place dans votre région, comme dans notre région aussi, là.

Est-ce que vous calculez qu'il y a suffisamment de services, pour le niveau de financement qui est

accordé actuellement pour les réseaux d'hébergement pour personnes âgées, les services qui leur sont dispensés, ou est-ce que vous avez l'intention de mettre en place d'autres mécanismes pour leur assurer cette qualité de vie et de services dont ils ont besoin, puis pour lesquels ils ont payé?

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

M. Thibault (Louis-Philippe): Peut-être simplement situer les écarts. Quand on parle de la clientèle personnes âgées, on la rejoint à domicile, on la rejoint aussi par le réseau d'hébergement et de longue durée. Si on prend un secteur qui est bien connu, bien circonscrit, le réseau où on a des clientèles en centre d'accueil, d'hébergement longue durée, chez nous, on a l'année dernière mis à jour nos calculs pour évaluer dans quelle mesure on répond aux besoins de ces personnes-là, et on arrive à peu près à un taux de réponse de 70 % de leurs besoins. Donc, il y a un 30 % de soins dont ils ont besoin, qui sont identifiés par des instruments de mesure, auxquels on ne répond pas. Il y a un écart entre le besoin de ces clientèles-là et la réponse qu'on leur donne présentement, pour les clientèles en longue durée.

Pour les clientèles en maintien à domicile, là, c'est un peu plus difficile à mesurer. Nous avons, au cours de la transformation, comme vous avez vu dans le bilan, réalloué, doublé, à toutes fins pratiques, nos investissements en maintien à domicile. Ces investissements-là ont rejoint en grande majorité les personnes âgées, mais on sait qu'il y a encore beaucoup de ces personnes âgées là auxquelles on donne des services, mais qu'on ne répond pas entièrement à leurs besoins. Ça, on est en mesure de l'observer.

Règle générale, ça se traduit plus comme ça plutôt qu'une absence de services totale auprès d'une personne. Ça se traduit plus par une réponse partielle à leurs besoins. Bon, ça prendrait combien d'argent pour chiffrer ça? Il faudrait prendre le temps de le recalculer. C'est un besoin qui est en évolution aussi à cause du vieillissement de la population. Mais on sait qu'il y a un écart important. Et nous, on s'était donné, en 1995, un objectif de 65 \$ per capita, dans le maintien à domicile. Nous l'avons atteint, mais le besoin n'est pas entièrement répondu pour autant. Et je pense que nos estimés nous disaient qu'il fallait, à l'époque, peut-être viser 100 \$ per capita pour atteindre un peu mieux adéquatement les besoins des personnes âgées. Encore là, on peut le chiffrer à partir de ces balises-là. Mais il y a encore un écart par rapport aux besoins, effectivement.

Mme Delisle: Je peux continuer, oui?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Mme la députée de Jean-Talon.

Mme Delisle: Une dernière question. Vous avez fait référence au fait qu'il y a peut-être un 30 % des besoins, pour les personnes en hébergement de longue durée, qui ne sont pas comblés. Je sais que je vous pose une question qui est très hypothétique, peut-être pas hypothétique, mais qui est difficile à répondre: Êtes-vous capable d'évaluer c'est quoi, le type de services?

Quand on dit qu'il y a 30 % des besoins qui ne sont pas comblés, on fait référence à quoi? Est-ce que c'est, je ne sais pas, moi, un bain de moins? Je prends cet exemple-là. Je ne sais pas, de la physiothérapie qu'ils ne peuvent pas avoir ou... De quels types de services on parle?

M. Thibault (Louis-Philippe): En tout cas, dans notre région, je dirais que c'est souvent d'abord du personnel infirmier auxiliaire ou préposé aux bénéficiaires qui donne ces services-là. Et donc, la nature de l'activité dont la personne est privée du fait qu'on dit: On répond à 30 %, c'est quoi exactement, là? Là, il faudrait presque faire un peu du cas par cas pour pouvoir l'identifier. J'imagine que, réalistement, un centre d'hébergement qui a à desservir les personnes âgées va à ses besoins les plus essentiels. Maintenant, il y a la ligne qui se tire à un moment donné entre le quantum de temps que ça prendrait puis le quantum de temps que tu peux consacrer dû à tes ressources limitées. C'est ça, l'écart de 30 %. Maintenant, quelle est l'activité qui est coupée à ce moment-là? Je ne saurais dire. Là il faudrait faire vraiment du cas par cas. Alors, c'est pour ça que, comme vous dites, et vous l'aviez bien anticipé, c'est une question très difficile à répondre.

Mme Delisle: Mais, vous savez, pourquoi je pose ça, c'est parce qu'il y a évidemment toujours la situation idéale, où on donnerait 100 %, on comblerait 100 % des besoins puis on en donnerait à 100 % des cas. Je pense que tout le monde vise ça, peu importe la région d'où on est. Par contre, est-ce que c'est 30 % des besoins par rapport à un 100 % couci-couça ou bien par rapport à un 100 % qui serait...

M. Thibault (Louis-Philippe): Non, non, le 100 %, ce n'est pas un besoin théorique ni un besoin idéal. C'est un besoin...

Mme Delisle: Réel.

M. Thibault (Louis-Philippe): ...réellement observé par des professionnels. Et on a des instruments de plus en plus précis pour mesurer ce besoin-là. Sauf que, j'imagine, et si on était tous les deux directeurs d'un centre d'accueil, que, si la personne a besoin d'aide pour manger, ce n'est sûrement pas ce temps-là qu'on va couper. On va l'aider à manger. C'est dans ce sens-là que je dis que les choix d'ordre individuel se font à partir des besoins les plus fondamentaux de la personne.

Mme Delisle: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Merci, M. Thibault. Mme la députée de Vanier.

Mme Barbeau: Merci. Alors, moi, j'ai deux questions: une plus facile puis une un peu plus délicate. On va commencer par la plus facile.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Barbeau: C'est que vous dites, à la page 10, que vous avez un service d'Info-social. Je voudrais savoir c'est quoi, la complémentarité ou la relation avec

le service Info-Santé, que, j'imagine, vous avez chez vous aussi. Ça, c'était la facile.

La un petit peu plus délicate, je dirais. Vous savez tout le débat qu'on entend ces temps ici par rapport à l'existence ou non des régies. Vous en parlez un petit peu à la page 20. Vous parlez des lobbys provinciaux versus les lobbys... que maintenant c'est plus dilué, c'est plus les gens au niveau local. Moi, j'ai entendu toutes sortes de choses qui disent: Les syndicats sont trop forts dans les C.A., les communautaires sont trop forts, les médicaux sont trop forts. En tout cas, j'ai à peu près entendu de tout. J'aimerais savoir si vous pensez que les C.A. sont bien équilibrés présentement par rapport aux forces de chacun, parce que c'est encore des lobbys pareil, d'une certaine façon, même s'ils sont au niveau local, là. Bon.

L'autre chose, c'est l'imputabilité. Parce que, même si on dit toutes sortes de choses qu'il faudrait peut-être éliminer ou pas, moi, je ne pense pas qu'il faut jeter le bébé avec l'eau du bain. Moi, en tout cas, globalement, je pense que la Régie et les régies font un excellent travail. Bon. D'une région à l'autre on peut, disons, avoir des revendications comme élus. Des fois, les relations sont meilleures ou pas. Mais ça, ça fait partie de la vie. Tout n'est pas égal partout. Mais je pense que, grosso modo, moi, personnellement, je ne suis pas une de celles qui dit qu'il faut tout jeter ça, puis on recommence comme avant, ou en tout cas. Je pense qu'il faut vraiment faire un examen correct de qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui marche moins bien, puis essayer de faire ça comme ça.

Moi, je vais vous dire ce avec quoi je me sens le plus mal à l'aise comme élue. Moi, je n'ai pas de problème avec ma Régie. Je pense sincèrement qu'elle fait un excellent un travail dans la région de Québec. Moi, je suis dans la région de Québec, et les relations sont bonnes. Cependant, quand il y a des grosses décisions qui se prennent, des choix difficiles — puis je sais que ce n'est pas facile pour vous autres, vous êtes des bénévoles, en plus, c'est une grosse job, c'est très, très difficile — quand vous faites un choix et quand les gens ne sont pas contents, c'est quand même nous qu'ils viennent voir.

Et, moi, ce que je déplorais un petit peu, pas parce que les gens étaient mal intentionnés, mais parce que peut-être, comment je dirais ça? ce n'était pas qu'ils nous cachaient des choses, c'était comme si on ne nous considérait pas comme dans le réseau, on ne nous informait pas. Les citoyens arrivaient paniqués, puis: Ils vont faire ci, ils vont faire ça, puis là, nous autres, on était là: Bien, non, tu sais, ça n'a pas d'allure. On n'avait pas l'ensemble de la situation. C'est sûr que, si on appelait, on avait toutes les informations. Mais c'est comme si on était toujours en réaction.

● (15 h 20) ●

Et, même si, moi, je trouve que, grosso modo, la formule n'est pas si mal, j'ai toujours un malaise par rapport au C.A., qui n'est pas élu par la population — il est quand même élu par des collèges électoraux — et notre imputabilité, parce que les gens, en bout de ligne, c'est à nous autres qu'ils vont faire payer la note ou pas.

Ça fait que, comme je vous dis, moi-même, je suis en réflexion, parce que des fois c'est très inconfortable. Puis, même si des fois on nous a déjà dit:

Ah! les régies, pendant la réforme, elles ont fait beaucoup de travail, on en convient, mais c'est chez moi qu'ils venaient manifester aussi, puis c'est moi qui aurais pu payer la note si l'élection avait été proche. Disons que, dans mon cas, j'ai été chanceuse un petit peu, parce qu'il y a eu du temps qui a passé et les gens ont compris des choses, mais sauf que c'est quand même la réalité.

Alors, moi, je vous lance ça comme ça parce que je pense qu'il faut en parler. Puis, nous aussi, on est en réflexion là-dessus parce que des fois on est inconfortable. Puis ce n'est pas de la mauvaise volonté ni d'un côté comme de l'autre, je pense. Alors, je vous lance le questionnement que j'ai par rapport à comment dans le futur on pourrait peut-être, disons, un peu mieux délimiter l'imputabilité de chacun, ou je ne sais pas. Je vous lance un peu mon état d'âme, là.

Mme Simard (Lili): Alors, je vais laisser la question facile à M. Girard, puis je vais me garder la plus difficile.

Mme Barbeau: Une femme courageuse!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Thibault (Louis-Philippe): Alors, on va référer la question facile à M. Girard, pas parce qu'elle est facile, parce que ça touche un sujet qui tient à coeur à M. Girard, qui a travaillé énormément sur la mise sur pied d'Info-social, en complément avec Info-Santé. Et votre question est à l'effet: Comment c'est organisé, comment ça fonctionne?

Mme Barbeau: Versus aussi Info-Santé, parce que j'imagine que ce n'est pas...

M. Thibault (Louis-Philippe): Versus Info-Santé. Alors, M. Girard va nous l'expliquer.

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

M. Girard (Ghislain): Oui, je vais essayer d'être bref. L'organisation d'Info-Santé... Vous savez qu'Info-Santé prend la relève des services qui se donnent dans les CLSC le jour, et Info-Santé est centralisé le soir, la nuit et les fins de semaine dans un CLSC. Alors, les gens appellent toujours à leur CLSC en dehors des heures d'ouverture normales des services de CLSC, et la réponse est toujours donnée à partir de la centrale. Et, à ce moment-là, Info-Santé répond pour les demandes qui sont faites. C'est surtout composé d'infirmières qui répondent, au niveau d'Info-Santé, à tous les besoins qu'a la population, des questions qu'elle peut leur poser.

A Info-Santé, on a greffé, depuis maintenant un peu plus d'un an, ce qu'on appelle Info-social. Info-social, ça se veut, chez nous, être la première réponse à la crise. Les gens appellent toujours à leur CLSC le soir, le jour, les fins de semaine et, à la réponse, on leur pose toujours la question: Est-ce que leur question, c'est une question de santé ou c'est une question de problème, de crise ou de difficulté d'ordre social? Ils peuvent faire le 1 ou le 2, si on veut, et, de toute façon, lorsque les

personnes ne répondent pas, automatiquement c'est Info-Santé qui répond, et là l'infirmière peut les transférer à Info-social.

À Info-social, il y a une dizaine de travailleurs sociaux qui répondent à la demande le soir, le jour et les fins de semaine et qui ont pour tâche de désamorcer la crise sociale. On sait que, lors de crises sociales, dans une grande majorité des cas, quand les gens peuvent avoir une réponse immédiate, on peut toujours retarder la rencontre d'un intervenant de quelques heures, ne serait-ce que d'aller au lendemain matin, ou des choses de ce genre-là, de sorte que la crise peut se calmer sur le moment. Alors, la première démarche, c'est d'essayer de bien répondre à la crise avec des spécialistes sociaux. Et puis, tout ce service-là est appuyé par la garde sociale dans chacun des CLSC. Alors, quand on est incapable de déterminer ou de cesser la crise au niveau de la centrale, à ce moment-là, il y a un contact direct qui peut se prendre avec un intervenant, dans chacun des secteurs, qui, lui, est de garde et qui peut soit se déplacer ou faire venir les personnes dans un endroit sécuritaire pour être capable d'intervenir face à face. Alors, l'organisation d'Info-social, brièvement dit, c'est ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Girard. Pour le complément de votre réponse, Mme Simard?

Mme Simard (Lili): Oui. Alors, je vous dirai en commençant que je suis tout à fait d'accord avec vous quand vous dites que les régies régionales ont fait du bon travail, là-dessus on s'entend très bien.

Mme Barbeau: Ça, j'étais sûre que vous seriez d'accord avec moi. Ha, ha, ha!

Mme Simard (Lili): O.K., je vais essayer, là, de ne pas oublier des éléments que vous avez soulevés. D'abord, la composition des conseils d'administration actuels, puisque vous avez soulevé qu'il y a des groupes d'intérêts qui prenaient le contrôle ou... Bon.

Mme Barbeau: C'est ce qu'on nous dit, là.

Mme Simard (Lili): O.K. Moi, je vais vous parler de ce que je vis avec mon conseil d'administration et non pas de tous les conseils d'administration des régies régionales. Peut-être parce que c'est moi qui ai le contrôle, je ne me rends pas compte qu'il y en a. Ha, ha, ha!

Mme Barbeau: C'est la présidente qui a le contrôle. Ha, ha, ha!

Mme Simard (Lili): Mais je pense que c'est humain, à quelque part, que des groupes d'intérêts se positionnent et essaient de tirer meilleur parti, mais je pense aussi que, quand on est des citoyens qui sont préoccupés par l'ensemble des services à une population, par la qualité, par l'accessibilité des services sur tout le territoire de sa région, en sachant qu'il y a des groupes intéressés ou qui ont des intérêts particuliers, ça, ce n'est pas un problème, parce que partout — je

pense vous le vivez ici aussi, là — tu sais, c'est humain de défendre...

Mme Barbeau: Question d'équilibre.

Mme Simard (Lili): Bien, c'est ça.

Mme Barbeau: De rapport de force aussi.

Mme Simard (Lili): Oui. Bien oui, effectivement. Ça fait quatre ans, c'est notre quatrième année. Je pense qu'on a réussi à avoir des consensus au niveau du conseil d'administration. On a toujours pris des décisions, en tout cas je pense, pour le meilleur intérêt de tous les citoyens de notre région. Puis on n'a jamais connu de crise majeure de l'interne.

On a connu des crises majeures, mais qui étaient provoquées par l'externe, puis là je vais m'expliquer. D'abord, je pense que, comme citoyens, on est en mesure de bien connaître les besoins de notre population, puis il ne faut pas oublier que les conseils d'administration des régies sont composées de gens venant de tous les territoires. Donc, c'est ce qui amène une valeur ajoutée, si vous voulez, aux conseils d'administration, parce que chaque personne connaît bien les besoins de son territoire. Quand on arrive pour prendre une décision au niveau régional, je pense qu'on est bien outillé pour le faire.

La Régie régionale, chez nous, travaille beaucoup en concertation, puis on l'a soulevé dans la présentation aussi, où c'est important de consulter les gens de la région et de développer des consensus avant d'amener des décisions au conseil d'administration de la Régie. Vous avez fait mention tout à l'heure qu'il y a des citoyens, bon, qui ne sont pas contents d'une décision qui est prise ou... Bon. Un consensus, ce n'est pas l'unanimité, hein. Donc, si on prend, par exemple, je ne sais pas, moi, un plan régional d'organisation de services qui a fait consensus au niveau de la région et qu'il y a un territoire ou un coin de la région qui n'est pas d'accord, c'est sûr que c'est celui-là qui va aller gueuler, tandis que les autres, s'ils sont d'accord avec la décision, bien, on ne les entendra pas. Mais c'est normal que ceux qui ne sont pas contents, bien, ils essaient d'aller voir quelqu'un qui peut les aider probablement. Alors, ça, on l'a vécu, puis on a vécu aussi...

Il y a le monsieur, tout à l'heure, en début, qui a fait mention... C'est M. le député de Vaudreuil, je pense, hein, le premier qui a posé une question. Mme Gagnon aussi tout à l'heure, quand vous êtes venue nous parler, vous avez dit: Bien, écoutez, si les régies n'ont pas les pouvoirs pour bien jouer leur rôle ou si on leur lie les mains parce qu'elles ne peuvent pas utiliser les leviers que la loi leur donnerait, bien, c'est un peu tout ça, là, qui est comme mêlé. Puis c'est un peu tout ça, je pense, auquel on réfléchit d'abord comme conseil d'administration. Au niveau de la Conférence des régies aussi, c'est toutes des questions qu'on s'est posées, là.

Je pense que les régies régionales, si on regarde tout ce qui est décentralisation, déconcentration, régionalisation, on ne peut pas revenir en arrière, c'est trop important. La valeur ajoutée des régies régionales dans une région, je pense qu'on ne peut pas passer à côté. Ce n'est pas parfait, ça, j'en conviens. Je pense

qu'il y a des ajustements à faire. On parlait de suffrage universel tout à l'heure, quand vous avez fait référence au fait que vous, vous êtes élue: Et s'il se passe quelque chose, bien, c'est moi qui vais payer la note. Je pense qu'il y a des administrateurs de régies régionales qui seraient prêts à aller au suffrage universel. Je pense que c'est une avenue qu'on a explorée, ça, d'aller jusqu'au suffrage universel.

Mme Barbeau: Moi, je pense qu'il faut en discuter profondément, parce que...

Mme Simard (Lili): C'est ça, mais c'est des avenues qui sont possibles. Comment former un conseil d'administration, les collèges électoraux, en tout cas, moi, je vous dirais que, de notre côté, on n'a pas eu trop de problèmes avec ça, là. Je sais qu'il y a des régions qui en ont eu, par exemple, mais, nous autres, de notre côté... D'être légitimes, je pense qu'on se sent légitimes, quand même. Je pense que d'être élus par des collèges électoraux, écoutez, c'est dans la loi, hein. Ce n'est pas nous autres qui nous sommes inventés. On a été mis en place avec des mécanismes régis dans la loi. Donc, on est élus comme la loi le prévoyait.

Mme Barbeau: Mais ce n'est pas un reproche que je faisais.

Mme Simard (Lili): Non, non, non.

Mme Barbeau: C'est juste un peu inconfortable pour les deux côtés.

Mme Simard (Lili): Exactement.

Mme Barbeau: Puis vous, dans votre région, de quelle façon vous communiquez avec vos députés? Est-ce que vous envoyez systématiquement de l'information quand vous faites un communiqué, ou tout ça, ou quand vous publiez un document, vous le faites ou...

Mme Simard (Lili): Lorsqu'on siège en conseil d'administration, tous les députés ont les documents préparatoires à la réunion du conseil, l'ordre du jour, et tout. À chaque fois qu'on fait un point de presse dans la région, ils ont toujours le communiqué de presse. Au niveau administratif, je pense qu'il ne se passe pas une semaine sans qu'il n'y ait pas d'échanges entre les professionnels de la Régie et le personnel du bureau des députés. On a rencontré le caucus de nos députés, nous, quand il y a des dossiers qui sont plus...

Mme Barbeau: Il dit que c'est vrai. Ça fait que...

Mme Simard (Lili): Justement. M. Bédard est très près de nous, de toute façon.

M. Bédard: Je peux en témoigner, Mme Simard, Ha, ha, ha!

Mme Barbeau: Mais, moi, je vois ça comme une collaboration étroite, là. Je ne vois pas ça comme une mainmise, ou quoi que ce soit, là. Quand tu sais ce

qui se passe, tu peux informer aussi tes citoyens quand ils viennent te voir puis qu'ils te disent: Ah, ils font ça, ils font ça, ils font ça. Puis, toi, tu es là: Euh...

Mme Simard (Lili): C'est ça.

● (15 h 30) ●

Mme Barbeau: ...je ne sais pas trop, tu sais. Ça fait que, le temps que tu t'informes, tout ça, bien, des fois, le tapage est déjà en route, puis les rumeurs, puis ça part vite. Tandis que, quand on le sait ou on est informé, assez souvent on peut nous-mêmes tout de suite dire: Wo! minute, là, il y a d'autres choses là-dedans aussi. Ça ne veut pas dire qu'on est... moi, j'ai été plus souvent d'accord avec la Régie, à quelques exceptions près, là, ha! ha! ha!

Mme Simard (Lili): C'est normal aussi, hein.

Mme Barbeau: Mais j'ai été plus souvent d'accord. Je vous remercie beaucoup, parce que, nous-mêmes, on est... vous savez, c'est dans l'air, on en parle beaucoup.

Mme Simard (Lili): Oui, oui, il faut définir nos carrés de sable.

Mme Barbeau: Oui, je pense qu'il faut les définir. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, je constate que votre député est choyé.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Simard (Lili): Et nous aussi. Et nous aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Ça va faire des jaloux. Alors, je cède maintenant la parole au député de Nelligan.

M. Williams: Merci beaucoup, Mme la Présidente, et merci pour votre présentation aujourd'hui. Je m'excuse, et j'espérais que peut-être la Régie annoncerait aujourd'hui un programme de prévention pour les allergies, mais finalement...

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Pas à nous autres.

M. Williams: Pas à vous, non, non, certainement non. Et ma question est un peu plus sérieuse que ça et ça touche un peu dans la même direction que mon collègue qui a commencé sur la loi n° 107. Mais je voudrais cibler mes commentaires sur les centres jeunesse.

Je sais que vous étiez le cinquième, et le chiffre «cinquième» est assez important, parce que la ministre a arrêté au quatrième, avec l'augmentation ou les petits montants, en grande partie non récurrents, pour augmenter le financement... Mais vous êtes, per capita, financés à 290 \$ à peu près, qui est le cinquième rang dans la province. Vous avez environ 4,5 % de la

population jeunesse, mais 3,8 % de financement. Vous avez eu, l'année passée, un déficit. Selon mon information, les listes d'attente, particulièrement les listes d'attente de l'application des mesures, ne sont pas vraiment changées, et M. Lebon, qui est l'expert, dit que c'est la liste la plus importante. Laissez-moi juste sortir quelques chiffres. Le 27 août, l'année passée, vous aviez 56 jeunes en attente de l'évaluation et juste six en attente des mesures après évaluation. Maintenant, environ à la même date, vous en aviez 41 en attente de l'évaluation et 20 en attente de l'application des mesures. Il y a une légère augmentation du nombre de jeunes pendant les années, aussi avec ça. Dans mon opinion, on arrive avec un échec. Pas un échec causé par vous, mais un échec causé par les coupures gouvernementales, et qui ont été coupées pendant des années.

Je voudrais mieux comprendre votre propre situation. Avec la loi n° 107, avec les chiffres que j'ai, et, si je n'ai pas les bons chiffres, vous pouvez me corriger, mais je pense qu'ils sont corrects... Comment vous allez respecter la loi et ne pas couper les services pour les jeunes? Et vous-même avez déjà mentionné que le niveau de stress est en train d'augmenter, et on ne répétera pas votre présentation, je suis d'accord avec vous. Mais il me semble que nous sommes en sprint pour un échec majeur dans la question des jeunes en difficulté, et je voudrais vraiment bien comprendre, avec les chiffres, votre niveau de financement, votre niveau de signalement, votre niveau de listes d'attente. Et la loi n° 107, cette année, qu'est-ce que vous allez faire pour ne pas faire un déficit, mais aussi pour ne pas couper les services à nos jeunes?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Thibault. Question de 60 millions.

M. Thibault (Louis-Philippe): Question pas simple non plus.

M. Williams: Mais c'est ça, le défi du gouvernement.

M. Thibault (Louis-Philippe): Non, je pense que la tendance que vous avez décrite se confirme. Effectivement, depuis quelques années, nous avons réussi, dans la région, à réduire les listes d'attente pour le traitement au signalement, sauf que c'est les listes d'attente pour la prise en charge qui, par la suite, s'allongent. Et on est effectivement dans un contexte où il y a eu des crédits de développement d'octroyés il y a quelques années, et encore l'année dernière, et la région ne s'est pas qualifiée pour des sommes additionnelles, et ça rend la situation d'autant plus précaire à cet égard. Et je pense qu'effectivement, si on n'est pas capable d'ajouter des ressources additionnelles cette année et toujours dans l'optique de garder un déficit à zéro, il y a des risques de voir la situation perdurer, donc un taux d'attente assez élevé du côté de la prise en charge.

M. Williams: Avec ça, la réponse que j'ai juste entendue, la stratégie, dans votre territoire, de respecter la loi n° 107, vous allez allonger les listes d'attente pour les jeunes en difficulté? C'est ça que j'ai compris.

M. Thibault (Louis-Philippe): Oui, ça risque d'avoir cette incidence-là. Maintenant, il faudra voir, avec le centre jeunesse, s'il y a des mesures alternatives à ça. Cette année, on a reconduit au centre jeunesse une enveloppe qu'on leur avait octroyée il y a quelques années, de 350 000 \$, qu'ils avaient sur base non récurrente; cette année, on l'a confirmée sur base récurrente. Donc, ce serait de nature à aider et à améliorer la situation. Maintenant, il faudra voir, avec le centre jeunesse, si c'est suffisant pour améliorer la situation de réduction des temps d'attente pour la prise en charge.

M. Williams: Oui.

M. Thibault (Louis-Philippe): Je ne sais pas si, Pierre, tu as des commentaires là-dessus. Je vais inviter M. Laflamme...

M. Williams: Mais, en attendant d'autres commentaires, merci pour votre honnêteté. Mais c'est grave, qu'est-ce que vous avez dit, et c'est une opportunité en or — j'espère que la ministre écoute; avec le procès-verbal... — de passer le message. Déjà, vous êtes le cinquième pire financé, partout au Québec — ils ont eu les autres quatre, là — 290 \$, et le maximum est de 636 \$ — je ne nommerai pas le centre d'action, mais c'est un peu loin de chez vous. Mais voilà une carte incroyable: nous avons une loi n° 107 qui dit: Nonobstant tout, vous avez besoin d'avoir un déficit zéro. Vous êtes en train de dire que, pour les familles, vos familles dans votre territoire, les stratégies que vous avez besoin d'utiliser, c'est d'allonger les listes d'attente, la liste d'attente des jeunes en difficulté, qui est déjà jugée comme ayant besoin de mesures.

C'est pourquoi j'ai demandé... Mon premier commentaire, ce n'est pas juste en attente de l'évaluation, parce que c'est une chose d'avoir un signalement... Peut-être que vous n'avez pas besoin des services après évaluation, mais c'est les autres... la liste la plus importante, c'est après évaluation. Moi, je trouve ça grave, qu'est-ce qui est en train de se passer, et je voudrais juste dire: Ce n'est pas juste chez vous. Mais vous êtes devant nous maintenant, là. Et je voudrais questionner toutes les régions, une après l'autre, sur qu'est-ce qu'elles vont faire dans cette situation.

M. Thibault (Louis-Philippe): Mais peut-être juste un bêmol, là, peut-être que je me suis mal exprimé. On n'a pas fait le choix d'allonger les listes d'attente. On a dit: Si les conditions dans lesquelles on oeuvre ne changent pas, il y a des risques que ça arrive. Quant au ministère, on nous a demandé en début d'été d'examiner les situations plus à risque par rapport aux services, dû aux équilibres budgétaires. Le centre jeunesse fait partie des établissements qu'on considère à risque à cause de ces variations-là dans les volumes, et, dans ce sens-là, les discussions vont se poursuivre avec le ministère. La situation qu'on dit qui peut arriver, si elle se confirme, peut-être qu'il y a d'autres décisions qui vont devoir se prendre en cours d'année. Mais il reste qu'il y a un facteur de risque, on ne se le cachera pas, mais ce n'est pas le choix qu'on a fait.

M. Williams: Mais, quand même, c'est assez clair que c'est impensable de croire qu'avec la loi n° 107 et votre niveau de financement vous allez garder le même niveau de services. C'est impensable, c'est «irrealistic», et c'est pourquoi je vous ai dit: Merci pour votre honnêteté. Peut-être que ce n'est pas un choix actif, mais c'est quand même un choix, que quelqu'un doit prendre une décision: soit de fermer les portes à nos centres jeunesse à partir de janvier, ou d'allonger les listes d'attente, ou d'avoir plus d'argent. Parce que vous êtes loin d'être le plus subventionné. Si vous étiez au niveau de 636 \$, peut-être que je pourrais croire qu'il y aurait une certaine marge de manoeuvre, mais j'ai de forts doutes là aussi. Mais il me semble qu'avec le cinquième rang vous n'avez aucun choix, aucune marge de manoeuvre. Et c'est pourquoi, aujourd'hui, le message que j'essaie de lancer, c'est que la loi n° 107, dans les dossiers de santé mais aussi dans les dossiers des services sociaux, ne peut pas marcher si le niveau de financement continue.

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est sûr que ça constituera toujours une limite dans les moyens dont on dispose. Je ne sais pas, peut-être que M. Laflamme veut compléter, quelques éléments complémentaires.

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

● (15 h 40) ●

M. Laflamme (Pierre): Oui, rapidement, quelques éléments supplémentaires qu'on pourrait ajouter à la réflexion.

Évidemment, on ne peut pas aller à l'encontre du comité Lebon, qui nous a reconnu des besoins financiers supplémentaires, ça va de soi, mais il faut dire que, ça, ça met des pressions supplémentaires dans le système en termes de gestion. Actuellement, on est en train de revoir, entre autres, des regroupements d'équipes, toute l'intégration des services avec les CLSC sur le territoire. C'est des choses qui sont importantes aussi et qui vont amener des résultats. Maintenant, est-ce que ça va régler tout le problème de l'action au niveau de l'application des mesures, etc.? Moi, je pense que tout le système jeunesse est confronté à une capacité de production donnée, on ne peut pas s'en sortir. Chez nous, on peut répondre, théoriquement, à 29 cas en attente, ce qu'on fait. Si on n'ajoute pas de ressources supplémentaires, évidemment, on reste à l'intérieur de ces 29 cas-là, et le trentième ne peut pas... il tombe dans la liste d'attente. Évidemment, c'est une question de ressources, c'est ça, on ne peut pas faire mentir la commission. Mais ça nous permet d'avoir des changements ou d'imposer en quelque sorte, discuter avec les centres jeunesse et les CLSC des modifications structurelles à des équipes ou des façons de faire et des pratiques. Mais ça ne réglera pas tout le problème, évidemment.

M. Williams: Oui, j'ai voulu juste sonner la cloche, que je sais, dans le réseau, avec la pression de 107, qu'il y a beaucoup de décisions qui vont faire mal à nos familles et à nos jeunes, que le réseau est en train de prendre. Déjà, dans Lebon, c'est assez clair qu'ils ont coupé. Comme exemple, 25 % de nos travailleurs sociaux dans nos écoles. C'est fou, selon moi. Les

ergothérapeutes aussi. Et je peux continuer et je peux dresser la liste. Il me semble que nous sommes en train de créer un échec dans le réseau, que, effectivement, si vous pensez que vous avez des cas lourds maintenant, attachez vos ceintures, parce que, si on continue avec le niveau de financement à nos jeunes, nous allons avoir tout un problème. Pas juste chez vous, je ne veux pas le mentionner, mais j'ai décidé de cibler ça, particulièrement que vous êtes cinquième et pas aussi chanceux d'être quatrième avec le financement de la ministre.

Merci pour votre réponse, et j'espère que le gouvernement va entendre le message que la loi n° 107, avec ce niveau de financement, ne peut pas marcher. Merci.

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

M. St-André: Merci, Mme la Présidente. J'ai quelques questions sur les programmes de réadaptation physique, et, si j'ai bien compris votre intervention, il s'agit essentiellement de programmes qui sont en construction chez vous, qui ont été placés récemment sous la responsabilité du Centre hospitalier de Jonquière.

Première question. Dans un premier temps, j'aimerais savoir pourquoi, dans votre région, vous avez pris la décision de confier cette responsabilité-là à un centre hospitalier. Pourquoi ne pas avoir créé, comme dans bien d'autres régions, un établissement de santé dédié à la réadaptation physique, comme en comptent bien des régions, des centres de réadaptation physique?

M. Thibault (Louis-Philippe): Il y a comme deux questions. La première: Pourquoi l'avoir confié à un établissement existant plutôt que de créer une structure? Et, par la suite: Pourquoi un centre hospitalier?

Le contexte dans lequel s'est prise la décision d'implanter un centre de réadaptation, ou, les services de réadaptation dans la région, de les développer, la décision s'est faite dans le contexte de la transformation, qu'on vient de décrire dans le cadre du bilan qu'on vous dépose aujourd'hui. Donc, on était dans un univers où on cherchait à rationaliser toutes les dépenses d'administration pour maximiser nos investissements dans les services directs à la population. Donc, toute structure qui s'ajoutait allait un peu à l'encontre des orientations fondamentales qu'on poursuivait à l'intérieur du plan de transformation. C'est dans ce sens-là que le choix s'est fait, en disant: Nous allons confier la mission du centre de réadaptation en déficience physique à un établissement déjà existant plutôt que de créer un nouvel établissement, pour ne pas multiplier les dépenses d'infrastructures.

Pourquoi, maintenant, un centre hospitalier plutôt qu'un centre de réadaptation? À l'origine, la Régie régionale s'était donné plutôt une vision d'intégrer dans un même établissement toutes les vocations de réadaptation: physique, intellectuelle, toxicomanie. À l'usage, on s'est rendu compte que ça devenait extrêmement difficile. On a rencontré un dossier, je dirais — peut-être vous en avez entendu parler — le

dossier des URFI — je ne croyais pas que je reparlerais de ça un jour — le dossier d'implantation des unités de réadaptation intensive. Et il y a eu beaucoup de tension dans le réseau par rapport à la mise en place de ce programme-là, et l'arbitrage s'est fait en collaboration avec le ministère, à l'époque M. Rochon, et le choix s'est arrêté sur le Centre hospitalier de Jonquière, parce qu'ils avaient déjà, eux, dans leur mission, une mission régionale ou semi-régionale en alcoolisme et toxicomanie, à l'époque. Et, le Centre hospitalier de Jonquière ayant déjà cette vocation-là, on avait convenu aussi, dans les discussions sur la complémentarité entre l'Hôpital de Chicoutimi et celui de Jonquière, que tous les services de réadaptation qui se donnaient à Chicoutimi seraient regroupés aussi à Jonquière.

Alors, à partir du moment où on regroupait la clinique des maladies neuromusculaires à Jonquière, par exemple, le choix s'est fait tout naturellement en accord avec le ministère pour responsabiliser ce centre hospitalier là dans le cadre d'une mission dans laquelle il était déjà impliqué.

M. St-André: Mme la Présidente.

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

M. St-André: Merci, M. Thibault. J'aimerais savoir à combien s'élève votre enveloppe régionale en réadaptation physique. J'aimerais également savoir combien vous avez obtenu en rehaussement dans le dernier budget, de rehaussement à la base budgétaire, en réadaptation physique. Et, selon vous, pour satisfaire l'ensemble des besoins en réadaptation physique dans votre région, il manquerait combien, au moment où on se parle?

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

M. Thibault (Louis-Philippe): Le montant qui était déjà investi dans la réadaptation physique...

(Consultation)

M. Thibault (Louis-Philippe): Le montant qui a été investi cette année pour rehausser la gamme de services en réadaptation physique, c'est 2,4 millions, annualisé à 3 millions. Par contre, le besoin qui a été identifié et sur lequel il y a eu un engagement ministériel pour développer le centre de réadaptation dans notre région impliquerait un développement... incluant le 3 millions dont on parle, devrait s'élever jusqu'à 7 millions. Dans ce programme-là, le budget de base que nous avions était... J'ai de la difficulté à reconstituer le chiffre, parce que c'était très éclaté, hein.

M. St-André: Oui, je comprends.

M. Thibault (Louis-Philippe): On avait un petit montant dans un centre qui offrait l'auditif et le visuel; un autre centre, c'étaient les maladies neuromusculaires, et ainsi de suite. Donc, c'est pour ça... Il faudrait quoi? De l'ordre de 2 millions qu'on avait

déjà dans notre enveloppe de base, qui était éclatée dans plusieurs programmes dispensés par différents établissements. Ça, ça a été regroupé. Là, s'ajoute maintenant le développement dont on vient de parler.

M. St-André: O.K. J'aimerais poser quelques questions également sur les listes d'attente, particulièrement pour les enfants 0-5 ans. Est-ce qu'il y a chez vous, dans votre région, toujours en réadaptation physique, et plus particulièrement pour la déficience motrice, la déficience visuelle, la déficience auditive et la déficience du langage et de la parole, des enfants 0-5 ans qui sont en attente, et combien y en a-t-il, et combien de temps doivent-ils attendre avant d'obtenir des services?

M. Thibault (Louis-Philippe): Alors, c'est une problématique importante. M. Laflamme va vous en parler.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui. Alors, M. Pierre Laflamme.

M. Laflamme (Pierre): Je vais vous donner des ordres de grandeur. On a au-dessus de 300 jeunes 0-5 ans au niveau des problématiques d'orthophonie. Les listes d'attente vont au-delà, des fois, d'un an. Évidemment, c'est dramatique, parce que vous comprenez qu'un jeune entre zéro et cinq ans qui a un problème d'orthophonie et qui attend un an, un an et demi avant d'avoir des services, c'est un jeune qui, en plus d'avoir une problématique immédiate accrue, va aussi avoir une problématique plus tard au niveau de l'intégration à l'école, etc. Et ça, ça nous interpelle énormément. On est en contact avec, évidemment, les commissions scolaires au niveau de la région. On a fait une demande au ministère, je pense, dans le cadre de programmes spéciaux au niveau de la déficience, orthophonie en particulier, de l'ordre de 500 000 \$, pour combler les besoins immédiats, entre autres, notamment au niveau de l'engagement d'orthophonistes — particulièrement, vous savez que c'est des ressources professionnelles qui sont très rares au Québec, là-dessus — et aussi pour favoriser des relations et des contacts avec les commissions scolaires, entre autres, qui sont des partenaires privilégiés à l'intérieur de ça.

M. St-André: O.K. J'aimerais savoir: Dans le réseau, chez vous, à la Régie, puis au Centre hospitalier de Jonquière qui est responsable de ce programme-là, les parents qui ont des enfants qui sont en attente de services, comment est-ce qu'ils vivent avec cette situation-là?

M. Laflamme (Pierre): Ils vivent très mal, évidemment, comme nous.

M. Thibault (Louis-Philippe): Je pense qu'on a beaucoup de plaintes par rapport à ça, pas toujours des plaintes formelles enregistrées, mais des parents qui communiquent soit avec leur CLSC ou l'hôpital, qui requièrent des services pour lesquels il n'y a pas de réponse ou très peu de réponses. Effectivement, c'est un

problème majeur. Et, comme M. Laflamme dit, on a quantifié le besoin en dollars, mais on aurait l'argent demain matin, puis je ne suis pas sûr qu'on aurait toutes les ressources pour y répondre, parce que là il y a un problème de main-d'oeuvre aussi, de formation.

M. St-André: O.K. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Alors, merci, M. le député de L'Assomption. M. le député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Oui, merci, Mme la Présidente. Simplement un commentaire, je pense, par rapport à ce qui vient d'être évoqué. L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, l'an dernier, vers la fin de l'année justement, faisait un tour de la question, de l'état de la situation au Québec et indiquait par exemple que, au Saguenay, les ressources ne permettaient que de répondre à 3 % des besoins, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, donc ce qui est une situation, je pense, qui est assez pénible à la fois pour les personnes concernées et puis également, je pense, pour leurs proches. Alors, simplement une question, Mme la Présidente, très précise, puis, après ça, je voudrais aborder le dossier de la santé mentale.

● (15 h 50) ●

L'Hôtel-Dieu de Roberval, je pense, a demandé l'installation d'un appareil de médecine nucléaire et d'avoir les fonds, également, d'exploitation annuels. Est-ce que ce projet-là a été approuvé? Je pense qu'il devait y avoir une rencontre avec la ministre? Est-ce que la rencontre a eu lieu? Est-ce que le projet a été approuvé? Et, sinon, qu'est-ce que la Régie prévoit comme action future? Est-ce que la Régie est d'accord pour ce projet-là et qu'est-ce qu'elle voit comme action pour que ce projet-là puisse être approuvé au bénéfice de la population de la région?

Mme Simard (Lili): Le projet en médecine nucléaire de l'Hôtel-Dieu de Roberval a été adopté par le conseil d'administration de la Régie, en mars ou avril, je ne me souviens pas.

Une voix: En mars.

Mme Simard (Lili): Mars 2000. La Régie étant d'accord avec ce projet-là, on en a informé la ministre. Je sais que l'Hôtel-Dieu de Roberval a aussi écrit pour demander une rencontre avec Mme la ministre, et depuis ce temps-là on n'a eu aucune nouvelle, sauf un accusé de réception. Mais on n'a pas eu de nouvelles.

M. Marcoux: Donc, si je comprends, Mme la Présidente, la rencontre qui était prévue avec la ministre à la fin du mois d'août n'a pas encore eu lieu, à votre connaissance.

Mme Simard (Lili): Non, parce qu'on était censé accompagner les autorités de l'Hôtel-Dieu de Roberval lors de cette rencontre.

M. Marcoux: Est-ce que la Régie va opérer une relance auprès de la ministre, de concert avec les

autorités de l'Hôtel-Dieu de Roberval, pour qu'elle la rencontre et pour présenter le projet?

Mme Simard (Lili): On accompagne l'établissement. Nous, on est en support à l'établissement. C'est l'établissement qui fait ses propres démarches pour obtenir une rencontre avec Mme Marois. Mais on est en support à l'établissement et on les a assurés de notre support.

M. Marcoux: Mais vous ne savez pas encore si une rencontre aura lieu et, si oui, quand avec la ministre.

Mme Simard (Lili): Non.

M. Thibault (Louis-Philippe): Peut-être un complément d'information.

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

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est que, quand le conseil d'administration l'a approuvé, il reconnaissait le besoin mais considérait qu'il ne s'agissait pas d'un besoin nécessairement prioritaire pour la région, en disant: On est d'accord avec l'idée d'ouvrir un service à Roberval, ça va améliorer l'accessibilité, mais, compte tenu qu'il ne s'agit pas d'une priorité régionale, c'est un projet qui devrait s'autofinancer. Et c'est dans cet esprit-là que la Régie a approuvé le projet, dans la mesure où ça ne vient pas en arbitrage avec d'autres besoins dans la région, plus prioritaires, et dans la mesure où l'Hôtel-Dieu, comme il le demandait, souhaitait qu'on l'appuie dans une demande spécifique auprès de la ministre, ce que nous avons accepté.

M. Marcoux: Mme la Présidente, est-ce que votre région devait se qualifier pour une proportion des ressources additionnelles, qui ont été annoncées par la ministre au mois de mars dernier, en ce qui a trait à la santé mentale? Parce que la ministre a annoncé un montant de 8 millions en termes de ressources additionnelles pour la santé mentale dans l'ensemble du Québec. Est-ce que votre région était une des régions qui devaient recevoir une certaine proportion de ce montant, du 8 millions?

Mme Simard (Lili): On le souhaite, mais la ventilation de ce 8 millions là n'est pas faite encore ou, en tout cas, elle n'est pas connue. Donc, on ne sait pas si, au niveau régional, on en aura. Mais elle n'est pas connue encore, la ventilation de ce 8 millions là.

M. Marcoux: Donc, ce que vous nous dites là, c'est que ce 8 millions là, qui a été annoncé le 15 mars 2000, donc ça va faire près de six mois, n'aurait pas encore été ventilé et n'a pas encore été distribué aux régies régionales.

Mme Simard (Lili): Pas à notre connaissance, en tout cas.

M. Marcoux: Est-ce que c'est une situation que vous trouvez normale, en termes d'allocation des ressources...

Mme Simard (Lili): C'est un peu long.

M. Marcoux: ...d'être obligé d'attendre à la fin de l'année pour avoir un budget qui est annoncé le 15 mars de l'année en cours?

Mme Simard (Lili): C'est un peu long, puis, quand on sait qu'on va avoir juste le douzième des mois qui vont rester pour la première année, là, c'est de l'argent qu'on n'a pas en services pour notre population à ce moment-là.

M. Marcoux: Mais est-ce que c'est une situation où la Régie peut intervenir auprès de la ministre pour demander, évidemment, une allocation plus rapide que le mois décembre, disons deux mois avant la fin de l'année financière?

Mme Simard (Lili): On peut toujours intervenir, mais, habituellement, on est plus en attente.

M. Marcoux: Sur la santé mentale, j'aurais peut-être une question de clarification, Mme la Présidente. À la page 32 du document, de la grille d'analyse, qui a été préparé par la Régie, on donne le nombre de lits dressés de courte durée, psychiatriques, et il y a un tableau, le 20, où on indique, évidemment l'objectif de 115, ou enfin, ce qui est indiqué inclut les lits d'observation, psychiatrie légale et pédopsychiatrie. Ma question, c'est: Quel est le nombre, excluant la psychiatrie légale, la pédopsychiatrie et l'observation? Et, pour le tableau suivant, on dit: L'objectif visé est de 115 lits, excluant les lits de psychiatrie légale, les lits de pédopsychiatrie et les lits d'observation. Alors, je me demandais un petit peu, là, l'objectif de 115 réfère à quoi? Parce qu'on dit «exclut», «inclut», donc je me demandais à quoi on référerait précisément.

M. Thibault (Louis-Philippe): Alors, pour vous donner les ordres de grandeur, les lits en psychiatrie légale, ça correspond à cinq lits au plan régional, et en pédopsychiatrie, c'est 10.

M. Marcoux: Et les lits d'observation?

M. Thibault (Louis-Philippe): Sept à huit.

M. Marcoux: Et, au milieu de la page, on dit que l'objectif exclut les lits. Donc, en bas du tableau 20, on dit: Ça inclut. Au milieu de la page, on dit: Ça exclut. Je comprends que le nombre n'est pas tellement élevé, mais, 115, ce n'est pas tellement élevé non plus, donc le pourcentage est relativement important, là. Écoutez, vous pourriez nous donner les explications plus tard, si vous ne les avez pas avec vous.

Mme Simard (Lili): Bien là, je peux vous donner celle que je pense, l'explication. Le petit 1 que vous avez, nombre de lits dressés, là, O.K., c'est ça qui inclut les lits d'observation. Mais on ne fait pas référence au 115 dans le premier tableau?

M. Marcoux: On dit: La cible 2002 est 113, là.

Mme Simard (Lili): Oui.

M. Marcoux: Puis, en bas, on dit: L'objectif est de 115. Je comprends que c'est deux lits, là. Pour un profane, c'est difficile de voir exactement la différence. Quand même, c'est 25 lits en jeu.

M. Thibault (Louis-Philippe): Mais, pour l'essentiel, ce qu'il faut surtout retenir pour notre région, c'est que la cible de lits visée per capita ou par 100 personnes, on l'a déjà atteinte, pour l'essentiel, dans notre région. Et ça place en perspective la remarque que vous faisiez tout à l'heure sur la distribution des sommes d'argent. Dans l'entente de gestion que nous avons signée l'année dernière avec le ministère, on identifiait que la politique ministérielle de rapprocher les services de la communauté dans notre région, on ne peut pas penser qu'on va faire ça par de la réallocation de ressources, parce que, contrairement à beaucoup d'autres régions, le nombre de lits en santé mentale est déjà à peu près au niveau de l'objectif visé dans l'an 2000. Donc, il n'y a pas de marge de manoeuvre pour pouvoir redéployer des ressources en santé mentale dans notre région.

Une voix: 0,4 lit par 1 000 habitants.

M. Thibault (Louis-Philippe): 0,4 lit, oui, par 1 000 habitants, qui était la norme. Alors, dans ce sens-là, ça rejoint votre première question aussi, où il y a un besoin évident. Si on veut aller de l'avant pour améliorer les services en santé mentale, on n'a pas beaucoup de marge de manoeuvre en termes de réallocation à partir de la fermeture des lits.

M. Marcoux: O.K. Et ça m'amène, ça, à une question sur, justement, les sommes qui sont accordées à des organismes communautaires. Ce que j'ai noté aux pages 19 et 20, l'évolution de la situation des organismes communautaires, c'est que le nombre d'organismes en santé mentale, des organismes communautaires, semble avoir augmenté. Par ailleurs, le budget, lui, à la page suivante, à la page 20, semble avoir diminué par rapport à 1995-1996. À la page 19, le tableau 10, c'est l'évolution du nombre d'organismes communautaires subventionnés. Dans le domaine de la santé mentale, c'est passé de cinq à 14, semble-t-il. Par ailleurs, le budget total, lui, de 1995-1996 à 1998-1999, a diminué. Est-ce que les besoins ont diminué?

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

M. Laflamme (Pierre): En fait, il faut...

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

M. Thibault (Louis-Philippe): M. Pierre Laflamme, coordonnateur des services.

● (16 heures) ●

M. Laflamme (Pierre): En réalité, il faut voir là-dedans deux réalités budgétaires. Vous avez d'abord le SOC, le programme Soutien aux organismes

communautaires, la première ligne, qui est en fait le programme qui permet de subventionner de façon récurrente, d'une certaine façon, les organismes communautaires de la région, dans lequel il y a des organismes en santé mentale. Vous avez aussi le Fonds de santé mentale, qui est un fonds, aussi, récurrent, et la relation entre le SOC et le Fonds de santé mentale peut faire en sorte qu'il y a une diminution de l'un au profit de l'autre, tout dépendant s'il y a des organismes qui sont passés du Fonds de santé mentale vers le SOC — c'est tout un processus administratif, là. Il y a un passage possible d'un organisme en santé mentale qui reçoit dans le Fonds de santé mentale un fonds récurrent qui passe dans le SOC, ce qui fait qu'il peut y avoir des réductions budgétaires. Les autres fonds que vous avez là sont des fonds, des fois, non récurrents ou particuliers qui sont rattachés à des programmes spécifiques. Alors, ce n'est pas des sommes d'argent qui sont nécessairement comparables l'une à l'autre. Ce que ça veut démontrer simplement, c'est les totaux ne sont pas nécessairement significatifs en termes d'augmentations récurrentes pour les organismes communautaires.

M. Marcoux: Mme la Présidente, une dernière question.

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

M. Marcoux: Oui. Un, quelle est le per capita de dépenses en santé mentale dans votre région? Deuxièmement, il y a un montant de 200 millions qui a été annoncé par la ministre le 15 mars pour l'acquisition de nouveaux équipements. Est-ce que la somme reliée à l'acquisition de nouveaux équipements a été confirmée à votre Régie? Et, si oui, quel est le montant qui a été confirmé pour de nouveaux équipements?

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

(Consultation)

M. Thibault (Louis-Philippe): Sur les équipements, c'est 5,2 millions.

M. Marcoux: Qui a été confirmé?

M. Thibault (Louis-Philippe): Oui. Sur le per capita en santé mentale, je ne pourrais pas vous l'exprimer en per capita, là, mais c'est un budget de l'ordre de 27 millions pour 286 000 de population, mettons 300 000. Donc, en faisant la division, on aurait le per capita, là.

M. Marcoux: Donc, qui donne quoi?

M. Thibault (Louis-Philippe): Ah, bien là, devant vous autres, j'ai de la misère à calculer ça rapidement.

M. Marcoux: Vous savez, je suis certain que vous êtes capable de calculer ça.

M. Thibault (Louis-Philippe): C'est 27 000 divisé par 300 000.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, M. le député de Vaudreuil pourra peut-être faire le calcul.

M. Thibault (Louis-Philippe): On va sortir les calculatrices.

M. Marcoux: Parfait, merci.

M. Thibault (Louis-Philippe): Maintenant, en complément, si vous permettez, la question que vous avez posée tout à l'heure, là, vous allez voir l'illustration de la réponse à la page 21. C'est qu'à la page 20, quand vous regardez les subventions dans le programme SOC, de 5,6 millions, vous voyez, ça a augmenté par rapport aux années antérieures. Le 5,6 millions, il se décompose, selon ce qui apparaît à la page 21. Et vous voyez qu'à l'intérieur de cette enveloppe-là il y a des organismes aussi en santé mentale qui, eux, ont vu le montant progresser, en 1997-1998, de 500 000 \$ à 683 000 \$.

M. Marcoux: Donc, c'est resté à peu près pareil.

M. Thibault (Louis-Philippe): Alors, c'est juste pour illustrer la réponse que M. Laffamme vous a donnée tout à l'heure.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie.

M. Thibault (Louis-Philippe): Il reste juste en per capita, je vous le donnerai tout à l'heure.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Ceci met fin au temps qui nous était alloué. Je veux vous remercier, Mme Simard, M. Thibault, de même que toutes les personnes qui vous accompagnent. Il s'agissait d'une première pour la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay—Lac-Saint-Jean. J'ose espérer qu'on pourra vous rencontrer à nouveau dans un laps de temps relativement plus court. Alors, je vous souhaite un bon voyage de retour, et merci de votre collaboration.

Alors, je vais suspendre les travaux pour quelques instants afin de permettre aux représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides de prendre place.

(Suspension de la séance à 16 h 3)

(Reprise à 16 h 7)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous demanderais de prendre place, s'il vous plaît.

Alors, la commission des affaires sociales poursuit l'étude du rapport annuel 1998-1999 de la Régie afin d'entendre cette fois-ci, conformément à l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Alors, comme nous l'avons indiqué tout à l'heure, vous avez une période de 30 minutes pour votre exposé. Par la suite, nous compléterons avec des questions, de part et d'autre, des membres de la commission. Alors, je cède immédiatement la parole à M. Gilles Madore, qui est le président. M. Madore, je vous prierais de nous présenter les personnes qui vous accompagnent. Et vous aurez, par la suite, une trentaine de minutes environ pour la présentation de votre mémoire. Merci.

Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides

M. Madore (Gilles): Merci, Mme la Présidente. Les personnes qui m'accompagnent sont, du conseil d'administration, à ma gauche, M. Jean-Marc Roy, qui en est le vice-président, et le directeur général, M. Michel Léger. Et, pour nous appuyer, au besoin, nous avons aussi également, du conseil d'administration, M. Jean Poitras, qui est aussi membre du comité exécutif, et quelques collègues de l'équipe de direction, qui sont aussi en arrière, pour répondre à des questions qui sont peut-être toujours un peu, quelquefois, pointues.

Alors, pour la présentation comme telle, j'en ferai la première partie, soit la mise en contexte. M. Roy va continuer avec les réalisations de la Régie des Laurentides, et, ensuite, je conclurai.

Notre rendez-vous de 1998 avec les membres de la commission parlementaire ayant été reporté en raison des élections, c'est avec d'autant plus de plaisir que nous nous présentons aujourd'hui devant vous. 1998-1999 est une année très particulière dans notre cheminement, depuis le coup d'envoi des transformations en 1995. En effet, elle constituait l'année charnière entre deux plans triennaux, donc à la fois une année de bilan et une année préparatoire à un nouveau plan. Certains objectifs du premier plan restaient à atteindre, mais, dans l'ensemble, le terrain était prêt pour entreprendre l'étape de consolidation. Ainsi, pour mieux comprendre l'année 1998-1999, il nous est apparu utile, dans cette présentation, d'évoquer d'où nous partions en 1995, où nous voulions aller et où nous sommes rendus en l'an 2000.

● (16 h 10) ●

Comme vous le savez, de 1995 à 1998 surtout, les services ont été soumis à une rude épreuve par l'effet combiné non seulement des transformations qu'il fallait effectuer, mais surtout des compressions budgétaires majeures, lesquelles ont totalisé 33,3 millions entre 1995 et 1998, et aussi du départ massif à la retraite de 668 personnes durant l'été 1997. À cet égard, la région des Laurentides a dû faire face aux mêmes défis que toutes les autres régions. Ce qui la distingue, par contre, c'est l'étendue et la diversité de son territoire, avec lesquels nous devons composer, l'explosion démographique à laquelle nous avons dû faire face, la consommation de plus en plus locale et régionale des services, et enfin un sous-financement historique et chronique. Voilà pourquoi ce défi a pris dans notre région des proportions encore plus grandes.

La région des Laurentides est un vaste territoire et possède des caractéristiques fortement contrastées. Ceci a une incidence majeure sur les conditions dans

lesquelles les services sont offerts. Pour aller de la rivière des Mille-Îles, qui délimite la région au sud, à Mont-Laurier, situé au nord du territoire, il faut franchir une distance supérieure au parcours Montréal-Québec. Il est utile de savoir aussi que notre région est la cinquième en importance au Québec, avec 460 000 habitants; elle se compare à la région de Mauricie—Centre-du-Québec.

Les besoins de la population varient considérablement du sud au nord et du centre à l'ouest. Nous devons à la fois faire face à des problèmes qui s'apparentent à ceux d'une grande métropole — délinquance, engorgement des urgences — et répondre à des besoins semblables à ceux d'une région éloignée, en ce qui concerne les effectifs médicaux, par exemple.

Parlons maintenant du facteur qui, sans aucun doute, conditionne le plus puissamment la réponse aux besoins des services de la région: la croissance démographique. La population des Laurentides augmente beaucoup plus rapidement que celle du Québec. Entre 1990 et 2000, elle s'est accrue de 23,5 %, comparativement à 5,2 % pour la province. Faire face à une augmentation de l'ordre de près du quart de la population en 10 ans, soit quelque 100 000 personnes, tout en absorbant des compressions budgétaires importantes et en réalisant des transformations, c'est une équation quasi impossible à résoudre, vous en conviendrez. La natalité ne compte que pour 30 % de cette augmentation, le reste, 70 %, provient de la migration des autres régions du Québec vers les Laurentides. Pour les 10 prochaines années, le boom démographique continuera dans les Laurentides. On prévoit un taux de croissance de 11,2 %, comparativement à 3,3 % pour le Québec dans son entier.

Si la région des Laurentides, globalement, demeure une région jeune et en santé, il faut souligner que l'accroissement des personnes âgées de 65 ans et plus pour les 10 prochaines années sera de 43,4 %, comparativement à 26,8 % seulement pour l'ensemble du Québec. Selon les prévisions, en 2001, c'est 22 400 personnes âgées de plus qu'il faudra desservir. Cette croissance démographique exceptionnelle exerce une forte pression sur notre réseau, dont le financement est loin de suivre le même rythme. Vous comprendrez donc pourquoi nous tenons tant à ce que le financement des services tienne compte de l'évolution de la population à desservir, plutôt que de s'appuyer sur une base historique du budget des institutions ou des régions où étaient autrefois dispensés des services.

Un autre phénomène aggrave la situation: une tendance nette de la population à vouloir obtenir ces services près de chez elle dans sa région, et non plus à Montréal ou Laval. N'est-ce pas légitime? Cette tendance observable dans le secteur de la santé l'est aussi dans les autres secteurs. On construit des écoles par dizaines, dans les Laurentides. Ainsi, en 1994-1995, 41 % des personnes des Laurentides hospitalisées l'ont été à l'extérieur de la région, ce qui équivaut à un taux de rétention de 59 %. Notre plan triennal prévoyait que ce taux augmenterait à 65 % en 1998. Cette cible a été dépassée avec un taux de 70 %, soit 5 273 admissions de plus sans qu'un financement concordant ait été octroyé. Ces hospitalisations supplémentaires, excluant

des services externes, représentent des coûts de 15 millions et ils continuent d'augmenter. On estime qu'aujourd'hui c'est 72 % de la population qui choisit d'être hospitalisée proche de chez elle pour des services spécialisés de base dans les Laurentides. Vous comprendrez donc pourquoi nous tenons tant non seulement à ce que l'allocation des budgets tiennent compte de l'accroissement de la population, mais également nous insistons pour que ces budgets suivent la migration des clients.

Malgré les efforts consentis par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour faire du rattrapage et corriger les iniquités d'accès aux services entre les régions du Québec, pour différentes raisons historiques, dans six des huit programmes clientèles, les Laurentides se situent dans le peloton de queue des quatre dernières places de la province. Les chiffres du ministère établissent à quelque 70 millions le manque à gagner régional sur une enveloppe régionale de l'ordre de 425 millions.

Un récent document de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux reflétant l'évolution et les accords régionaux tendait à montrer que les modalités d'allocation budgétaire des deux dernières années avaient aggravé notre situation relative. La froideur de ces chiffres se traduit par de véritables drames pour les individus qui n'ont pas accès aux services et pour leur famille. Nous sommes très soucieux des impacts à long terme de ces carences de services. Vous comprendrez donc pourquoi nous insistons tellement pour que les méthodes d'allocation budgétaire entre les régions non seulement tiennent compte des caractéristiques particulières des populations de chaque région et de l'évolution de leur population, mais également prévoient un vigoureux programme de rattrapage et d'équilibre.

C'est avec cette toile de fond en tête que les membres du conseil d'administration souhaiteraient que vous puissiez apprécier l'ampleur des efforts déployés par les membres bénévoles des conseils d'administration des établissements, les cadres et le personnel pour transformer l'organisation des services dans les Laurentides.

De 1995 à 1998, c'est un double effort qu'il nous a fallu réaliser collectivement pour réussir à consacrer 51,9 millions aux compressions planifiées, soit un effort de 33,3 millions pour l'assainissement des dépenses publiques et un autre 18,6 millions pour permettre des corrections dans l'organisation des services dans les Laurentides. Ainsi, en conjuguant ce montant de 18,6 millions aux allocations de rattrapage d'équité octroyées par le ministère de la Santé et des Services sociaux qui s'élevaient à 24,9 millions, c'est un montant de 43,5 millions que nous avons pu réinjecter pour mettre en oeuvre notre plan de transformation, servir le bon client au bon endroit, au bon moment, par la bonne personne, et ce, au meilleur coût.

Pour faire face à la situation de façon responsable, au su et au vu des autorités ministérielles, avec l'assurance maintes fois répétée qu'une correction des iniquités interrégionales serait faite, nous avons adopté en juin 1998, en toute connaissance de cause, un budget régional qui comportait 16,2 millions d'engagements non provisionnés. Loin de vouloir bafouer les règles de saine gestion des fonds publics, ce geste

visait à empêcher la rupture de certains services avec les conséquences qu'elle aurait entraînées. Couper des services et faire des mises à pied pour l'année suivante, avec un budget de rattrapage et de corrections et d'équité, remettre en place les mêmes services et rappeler le personnel, vous en conviendrez, ça aurait été absurde et incohérent, d'où la conviction d'avoir agi pour le mieux, dans le meilleur intérêt de la population pour laquelle vous nous avez confié la responsabilité d'organiser les services.

● (16 h 20) ●

Pour le reste de la présentation, nous vous soulignerons certains résultats aux difficultés qui, sans être exhaustifs, traduisent trois grands axes d'action interdépendants qui ont orienté le travail de la Régie régionale depuis 1995: dans un premier temps, la rationalisation administrative, modernisation et efficacité; ensuite, l'amélioration de l'accessibilité et amélioration de l'organisation des services pour en assurer la continuité et la fluidité; et, enfin, le suivi et contrôle des fonds publics qui nous sont confiés. Cette partie de la présentation, M. Jean-Marc Roy vous la fera.

M. Roy (Jean-Marc): Comme partout au Québec, il a fallu procéder à une importante rationalisation administrative. On n'a pas diminué les services. Le ménage devait être fait dans l'administration et le soutien. Tout en laissant localement au conseil d'administration des établissements le choix des moyens — fusion, intégration, regroupement ou alliances stratégiques — nous avons réduit de 44 % le nombre d'établissements, passant de 39 établissements en 1993-1994 à 23 en 1999-2000.

L'utilisation optimale des immeubles, le regroupement de sièges sociaux, les mises en oeuvre de services sur un même lieu, le partage de salles, d'équipements, etc., combinés à la modernisation, d'une part, de certains équipements de diagnostic ou de traitement, d'autre part, des services alimentaires, des services d'entretien et de buanderie ont généré des économies de plus de 2,7 millions grâce à notre plan de modernisation.

Par ailleurs, nous inscrivant dans le courant de modernisation des organisations, nous avons amené les établissements à réduire leur nombre de cadres par rapport au nombre d'employés afin d'accroître la responsabilisation de chacun. Ainsi, nous avons réduit de 25 % le nombre de cadres ce qui fait qu'en 1995-1996 il y avait un chef pour 13 employés alors qu'aujourd'hui un cadre en dirige en moyenne 21,5. Cependant, durant la même période, nous avons accru de 25 % le personnel, soit de 5 500 à 6 900 salariés.

Voyons maintenant certains faits saillants qui illustrent le chemin parcouru en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux services. Pour ce faire, nous nous sommes inscrits très naturellement dans les orientations ministérielles énoncées en 1998, mais présentes dès le début des transformations en 1995: les services de base intégrés sur base locale, les services spécialisés sociaux et médicaux intégrés sur base régionale, les services ultraspecialisés intégrés sur base nationale, généralement à Montréal.

En premier, parlons des services aux jeunes. Le plan régional d'organisation des services pour la

jeunesse a été adopté en 1996. L'effort a été mis sur la décentralisation de la décision, la concertation des partenaires ainsi que sur la prévention et l'intervention précoce dans le milieu. Au moment où s'implantait le plan, en raison d'un manque de ressources financières, les centres jeunesse ont amorcé un glissement dans leurs pratiques et dans leur mission. En 1998-1999, suite à ce constat, des ajustements importants dans la gestion des centres jeunesse ont été demandés par la Régie régionale et entrepris par l'établissement avec le soutien du ministère afin de resserrer leurs pratiques pour une meilleure application de la Loi de la protection de la jeunesse.

La tutelle des centres jeunesse en 1999-2000 a permis de poursuivre cette révision. Depuis près d'un an, la liste d'attente à l'évaluation des situations de protection a été et demeure éliminée. Quant à l'attente pour la prise en charge, qui constitue, selon nous, un autre défi, elle est en progression, étant passée de 6,3 jeunes par semaine en 1998-1999, à 38,8 à ce jour en 2000-2001. Au cours des trois dernières années, le développement budgétaire des centres jeunesse a été de 10,2 millions. Le manque à gagner estimé de la Régie régionale avant la tutelle correspond au développement obtenu. Avec les CLSC et le centre jeunesse des Laurentides, nous sommes à finaliser des protocoles dans chaque territoire dans la foulée des travaux du rapport Lebon et du cadre de référence CLSC-centres jeunesse.

Voyons maintenant comment ont évolué les services pour les personnes âgées. Conséquence à la fois de l'évolution démographique et du virage ambulatoire, les services de maintien à domicile desservant principalement les personnes âgées ont presque doublé de 1995-1996 à 1999-2000, leur budget passant de 11 millions à 20 millions, augmentation qui inclut la nouvelle mission postopératoire des CLSC. Parti de 24 \$, le per capita est aujourd'hui de 39 \$. Il est cependant bien inférieur à celui de nos voisins de Montréal, qui est de 71 \$. Les personnes en grande perte d'autonomie peuvent bénéficier de 300 places additionnelles en CHSLD. En implantant ce développement, nous avons veillé à rendre l'accès équitable d'un territoire de CLSC à un autre.

La région offre maintenant 3,5 lits par 100 personnes de plus de 65 ans, quoique la moyenne au Québec soit de 4,3 lits. Nous réussissons tant bien que mal à fonctionner avec 325 lits de moins qu'il nous en faudrait pour atteindre la moyenne des régions. Par ailleurs, tout en demeurant à un taux de 3,5, c'est plus de 350 nouveaux lits qui seront manquants en 2006. Il faut souligner que, durant la période de 1995 à 2000, nous avons réduit les listes d'attente de 265 à 129 et réduit également le délai d'attente des personnes admises de 86 à 29 jours.

Soucieux de l'équité intrarégionale, nous nous sommes également assurés que le taux de réponse aux besoins des personnes dans les centres d'hébergement est réparti équitablement dans chaque territoire. Ce taux s'établit aujourd'hui, pour chacun des CHSLD, légèrement au-dessus de 70 %. Malheureusement, il nous a été impossible d'atteindre le taux de 75 % de réponse aux besoins visé dans le plan de transformation.

En matière de santé physique, la région a réduit son nombre de lits dressés en centres hospitaliers de 921 en 1995 à 751 en l'an 2000. Cette réduction a été possible grâce à des changements de pratique médicale et à la collaboration des CLSC pour une prise en charge des clients à domicile. Entre 1995 et 2000, les durées moyennes de séjour sont passées, en médecine, de 8,3 à 6,8 jours et, en chirurgie, de 8,2 à 7 jours. Le taux de chirurgies d'un jour est passé de 48,4 % en 1995-1996 pour atteindre 52,2 % en 1998-1999. L'objectif de notre région et celui du ministère sont de poursuivre nos efforts pour atteindre 60 %.

En ce qui concerne les objectifs contenus dans l'entente de gestion, nous avons augmenté de plus de 35 % les chirurgies pour cataracte, alors que l'objectif du ministère était de 20 %. Nous avons atteint l'objectif ministériel pour les chirurgies de la hanche. Malgré cette performance, nous notons une stabilité de nos listes d'attente. Malgré un achalandage accru dans nos salles d'urgence, les séjours excessifs de plus de 48 heures ont diminué radicalement, passant de 10,4 % en 1993 à 1,7 % en 2000. Quant aux séjours de 24 heures, la norme provinciale cible 15 % de la clientèle des urgences, mais notre région se situe à 10,8 %.

Quant aux services médicaux de base, malgré le leadership de la commission médicale régionale et la grande collaboration d'un bon nombre de médecins omnipraticiens pour la mise sur pied du Département régional de médecine générale, nous nous interrogeons, en l'absence de leviers réellement efficaces, sur la capacité du Département à améliorer la réponse à la demande de services.

Pour les personnes déficientes intellectuelles, nous arrivons à la dernière phase de notre plan assurant leur intégration dans la communauté. Une trentaine de personnes du sud de notre territoire ayant vécu un encadrement intensif dans une institution sont en voie d'être intégrées dans la communauté avec la gamme de services adaptés à leurs besoins. Seize autres le seront bientôt dans le nord du territoire.

● (16 h 30) ●

Parallèlement, nous accentuerons nos divers mécanismes de support offerts aux familles, notamment pour la mise en place de programmes de répit. À titre d'exemple, entre 1997 et 1999, nous avons accru de 36 % notre capacité d'offrir du répit aux familles.

Notre préoccupation première se tourne maintenant vers les clientèles présentant des troubles envahissants de la personnalité ou de l'autisme. Nous avons, en février 1999, adopté notre plan d'organisation de services et une équipe d'évaluation multidisciplinaire régionale a été mise sur pied. Cependant, c'est un montant de 1 million que nous devrions investir pour offrir des services de base à ces personnes, à leur famille et à leurs proches.

En santé mentale, outre l'élaboration et l'implantation du plan d'action régional intégré pour les adultes, deux faits saillants. Premièrement, l'amélioration de l'accès local aux services en santé mentale afin d'être plus proche de la communauté. Concrètement, cela veut dire mise en place dans les CLSC de services de base; pour les services plus spécialisés s'adressant à

des clientèles présentant des problèmes sévères et persistants, un projet non encore réalisé de décentralisation des services du CH régional vers les hôpitaux d'Argenteuil et de Saint-Eustache; et enfin, implantation et consolidation des services d'aide en situation de crise et d'action face au suicide. Deuxièmement, à l'instar de quelques autres régions du Québec, malgré tous nos efforts, nous n'avons pu solutionner les problèmes d'accès aux services de pédopsychiatrie, et notre liste d'attente, en croissance constante, est aujourd'hui de 467 enfants. Nous attendons beaucoup des orientations du groupe d'appui mis sur pied par le ministère qui devra sous peu déposer ses recommandations à Mme Marois.

En alcoolisme et toxicomanie, trois faits saillants: premièrement, le déploiement des services dans les territoires de CLSC grâce notamment à la collaboration des organismes communautaires; deuxièmement, l'introduction du traitement à la méthadone pour les héroïnomanes; troisièmement, une allocation budgétaire annualisée de 250 000 \$ qui a permis à l'établissement régional, le pavillon André Boudreau, d'élaborer un mécanisme d'accès, d'orientation et d'achat de places dans des ressources d'hébergement privées ou communautaires pour les jeunes de la région.

Pour les organismes communautaires, la Régie régionale a développé, de concert avec leur regroupement, un cadre de référence pour leur reconnaissance et leur financement. Il faut noter que, si nous avons soutenu le développement de nouveaux organismes communautaires de 1995 à 1998, leur nombre étant passé de 105 à 141, nous avons depuis convenu régionalement de poursuivre notre soutien au développement de ces organismes en consolidant d'abord leur budget de base selon notre cadre de référence. De 1995 à 2000, les subventions sont passées de 7,1 millions à 11,7 millions, soit une croissance de 46 %, dont une partie provient de transferts de budgets. Pour atteindre la moyenne provinciale, c'est 8 millions de plus qu'il nous faudrait.

Nous avons gardé pour la fin deux secteurs d'intervention qui retiennent plus particulièrement l'attention des membres du conseil d'administration parce qu'ils nous apparaissent les plus en souffrance: l'accès aux services de réadaptation en déficience physique et la capacité des CLSC de jouer pleinement leur rôle dans la prestation des services de base.

La déficience physique. Avec des développements de 3 millions en 1995-2000, le centre de réadaptation Le Bouclier a presque doublé son budget et le nombre de personnes prises en charge. Cependant, 195 enfants sont encore en liste d'attente, et la durée d'attente, selon les services variés, peut varier de quatre à 24 mois. C'est d'un autre 3 millions que Le Bouclier a besoin pour répondre aux besoins prioritaires pour les jeunes.

Les CLSC. Pierre angulaire de plusieurs stratégies de transformation de notre réseau, le CLSC est investi de multiples mandats. En plus de dispenser les soins, les services sociaux, les services communautaires courants et d'appliquer les programmes de prévention et de promotion, les CLSC doivent rendre possible le virage ambulatoire, assurer le virage milieu

dans la sphère des services psychosociaux, réaliser des actions concrètes avec leurs partenaires multisectoriels pour agir sur les déterminants de la santé. Mener à bien des responsabilités aussi nombreuses et aussi variées nécessite un financement à la hauteur. Malheureusement, on ne peut que constater que, dans les Laurentides comme ailleurs dans la province, ce financement est inadéquat. Nous aurions aimé, depuis 1995, rehausser du tiers le budget des CLSC, soit de plus de 13 millions, mais ce n'est que la moitié de l'objectif que nous avons pu atteindre.

Situation financière. C'est en 1996-1997 que les établissements de la région étaient confrontés pour la première fois à des déficits d'opération importants, pour un total d'un peu plus de 2 millions. Ces déficits ont depuis lors considérablement augmenté, s'établissant successivement à 7,9 millions, 12,5 millions et finalement 21,9 millions en 1999-2000. Quant à l'exercice en cours, 2000-2001, nous parlons actuellement de prévisions de déficit totalisant environ 20 millions, ce, malgré des injections gouvernementales à titre de rehaussement des bases budgétaires de 3,8 millions en 1999-2000 et de 15,3 millions en 2000-2001. Parallèlement, les emprunts pour les dépenses courantes de fonctionnement ont suivi la croissance des déficits accumulés, se chiffrant à 32,8 millions au 31 mars 2000. Aujourd'hui, notre niveau d'emprunt réel autorisé pour le 30 septembre est de 17,3 millions. La résorption des déficits et le contrôle ainsi que le suivi budgétaire font partie des préoccupations constantes du conseil d'administration. Il est à noter toutefois que, en 1999-2000, 90 % de la situation déficitaire repose sur les centres hospitaliers et les centres jeunesse.

Aujourd'hui, seulement trois établissements sur 23 font l'objet d'une analyse serrée du ministère et de la Régie régionale. Sans vouloir présumer des résultats, l'accroissement de certains coûts, mais aussi, pour notre région, l'accroissement du volume de la clientèle dû à la démographie semblent plus en cause que la mauvaise gestion, car, règle générale, les établissements de la région ont un haut niveau de performance, reconnu avec les systèmes qui sont à notre portée, à défaut d'un outil qui reste encore à développer et à faire adopter par l'ensemble du réseau provincial.

Je laisse maintenant au président le soin de conclure.

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

M. Madore (Gilles): Nous espérons que cette étude approfondie des documents fournis et les commentaires livrés cet après-midi vous ont permis de constater notre engagement total à accomplir notre mission envers la population des Laurentides. Pour poursuivre notre action dans l'avenir, certaines conditions nous apparaissent essentielles. Nous concluons en vous faisant part de nos principales préoccupations à cet égard, espérant que vous y serez sensibles.

En premier lieu, nous sommes convaincus que la participation de la population dans l'administration du système de santé et des services sociaux de même que la régionalisation et la décentralisation des pouvoirs nous

ont permis de modeler un réseau de services plus adapté aux besoins locaux et régionaux. Nous souhaitons que cette conception démocratique de la gestion des services publics demeure et soit renforcée. D'autre part, nous croyons que les marges de manoeuvre dévolues aux divers acteurs du réseau et leur imputabilité doivent être adaptées aux responsabilités qui leur sont confiées. Plusieurs ajustements seraient à faire à cet égard. Enfin, il faut évoluer rapidement vers une plus juste répartition de la richesse collective pour que la population des Laurentides ait enfin un accès équitable aux services.

Nous vous remercions de votre attention et sommes disponibles pour répondre à vos questions. Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, MM. Madore et Roy, pour cette présentation. Je cède sans plus tarder la parole au député de Vaudreuil.

• (16 h 40) •

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Bonjour, M. le président, je vous souhaite la bienvenue à mon tour, suite à la présidente, ainsi qu'à M. le vice-président et à M. le directeur général. Je vous remercie de votre présentation, qui était très claire et complète, et je vous en félicite.

L'an dernier, la Régie régionale a signé une entente de gestion avec le ministère. Vous nous en avez fourni une copie d'ailleurs, et on vous en remercie. En passant, s'il était possible également de nous fournir, après la séance, les ententes de gestion que les centres hospitaliers auraient pu signer également avec la Régie et le ministère, nous serions très redevables de ça. Je pense qu'il y en a certains dans votre région qui l'ont fait. Alors, si vous pouviez nous en... Non? Alors, écoutez, simplement, la question, à ce moment-là... Il y a eu une entente de gestion entre la Régie et le ministère, il n'y a pas eu d'entente de gestion tripartite avec les établissements. Pourquoi?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Madore? Vous allez laisser la parole à M. Léger.

M. Léger (Michel): Il y a effectivement eu une entente bipartite. Il y avait sur la table à dessin quatre ententes tripartites: une avec le centre jeunesse, et on a convenu que, possiblement, ce n'était peut-être pas nécessaire de faire une entente alors qu'il y avait une tutelle, et, pour les trois centres hospitaliers, nous avons travaillé pour un projet d'entente qui a été élaboré par les établissements, par la Régie régionale, qui a été déposé auprès du ministère. Mais, le temps que ça prend, de temps en temps, dans certains dossiers, nous n'avons pas pu conclure d'entente et elle n'a pas été signée par le ministère.

M. Marcoux: Est-ce qu'on doit conclure que les ententes de gestion, dont la vôtre qui a été signée avec le ministère, finalement n'ont pas fonctionné et que ça a amené la ministre à proposer une loi antidéficit? Est-ce que c'est là votre opinion?

M. Madore (Gilles): Non, je ne pense pas qu'il faille dire que ça n'a pas fonctionné. À preuve, disons, l'entente de gestion qui est signée entre la Régie et le

ministère comporte un certain nombre de paramètres sur lesquels il y a des travaux additionnels qui doivent être faits, et ces travaux-là sont en cours de réalisation, et les résultats ne sont pas tous connus. Pour dire que ça n'a pas fonctionné, au contraire. M. Léger.

M. Léger (Michel): Peut-être en complément. Sur les éléments qui étaient très bien ciblés dans l'entente-cadre générale, je pense qu'on peut dire que c'est un élément additionnel, un plus pour le mode de fonctionnement contractuel entre le ministère et les régions régionales. Donc, dans ce sens-là, pour moi, les ententes bilatérales sont un outil intéressant qu'on doit développer et qu'on doit essayer, même, de faire évoluer vers les temps modernes.

Par contre, la dimension tripartite, c'est-à-dire une entente telle qu'elle était conçue au départ, signée tant par le sous-ministre en titre que par une région régionale et un établissement, m'apparaît un outil fort complexe qui a un niveau très administratif au sommet, très proche du monde, et, évidemment, les gens veulent mettre toujours un tas de conditions — légitimes — que l'on retrouve généralement dans une relation contractuelle, qu'il est très, très long et très lent de faire fonctionner dans un appareil comme le nôtre. Donc, dans ce sens-là, les ententes tripartites n'étaient sûrement pas la bonne voie à poursuivre. Elles n'ont pas été signées, dans notre région. Dans d'autres régions, il y a eu quelques ententes de signées. Mais une clause en particulier a échoué constamment, c'est la croissance phénoménale qu'il y a dans la région en termes de population et de rétention de la clientèle, qui a un impact majeur sur les hôpitaux, et cette clause-là, le ministère ne voulait pas la reconnaître.

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

M. Marcoux: Pour l'année en cours, Mme la Présidente, il semble que les centres hospitaliers, de façon particulière, dans les résolutions qu'ils ont adoptées pour leur budget annuel, ont fait état de coupures de services s'ils devaient adopter un budget équilibré. Par exemple, j'ai celui de Saint-Eustache, où on dit: «Malheureusement, le retour à l'équilibre impose des coupures de services»; celui de Saint-Jérôme, où on dit: «Les impacts des mesures envisagées sont... mais l'obligation de réduire des services, et il s'agit là de l'unique voie qui nous permettra des gains potentiels»; le Centre hospitalier laurentien qui, lui, liste une série de services qui devraient être coupés pour atteindre l'équilibre budgétaire; vous avez également les CLSC et CHSLD de la Montérégie, le groupe qui a indiqué que les établissements ne pouvaient plus fournir les services qu'ils devaient fournir, en vertu de la loi.

Donc, comment s'opèrent ces coupures de services? Les établissements hospitaliers disent: On ne peut pas atteindre l'équilibre, donc on doit couper des services. Nous sommes rendus au mois de septembre, la moitié de l'année financière est passée. Comment ça fonctionne?

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

M. Léger (Michel): Je pense que le législateur, dans sa grande sagesse, avait introduit dans la loi n° 107 une disposition particulière pour des situations exceptionnelles. Et donc, dans ce sens-là, devant, un, la performance des établissements de notre région, les compressions qui avaient déjà eu lieu et qui ont assaini pas mal le niveau de gestion et où on a des établissements très performants, nous avons convenu, de concert avec le ministère, que ces établissements-là étaient dans des situations exceptionnelles et que l'on faisait une étude particulière. Donc, nous sommes présentement en train de finaliser cet élément-là. Une première rencontre est prévue d'ailleurs avec le ministère le 7 septembre, donc cette semaine, pour effectivement analyser c'est quoi, les éléments qui, de façon très claire, expliquent l'évolution ou la croissance du déficit, puisque le gouvernement avait comme nettoyé l'ensemble des déficits en fin d'année et qu'on se retrouve avec une perspective déficitaire importante... expliquer les écarts. Donc, c'est ce que nous avons fait pendant l'été, et on se rencontre avec le ministère pour analyser ce qui est recevable ou pas, la semaine prochaine... cette semaine.

M. Marcoux: Est-ce que la loi prévoit expressément qu'il y a des situations exceptionnelles, donc qui permettent justement de ne pas laisser passer des établissements dont le budget n'est pas en équilibre?

M. Léger (Michel): La loi, de mémoire, je ne l'ai pas sous les yeux, prévoit une disposition effectivement où des situations exceptionnelles peuvent être examinées par le ministre et son ministère, et c'est sous cette clause-là que nous nous sommes placés avec le ministère, disant: Nous sommes dans une situation où notamment trois établissements, l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, l'hôpital à Saint-Eustache et celui de Sainte-Agathe, sont dans une situation où, à premier examen, effectivement, pour atteindre l'équilibre budgétaire, ils seraient obligés de couper un certain nombre de services, ce que nous jugeons, comme tel, inacceptable. Et le conseil d'administration de la Régie régionale avait examiné ces éléments-là et effectivement coupé les services de pédiatrie à Saint-Eustache, ou fermé un nombre important de lits à Saint-Jérôme, etc., faisant en sorte que c'étaient des situations que la Régie régionale ne pouvait pas accepter. On a montré ça au ministère, ils ont dit: Oui, effectivement, c'est une situation exceptionnelle que nous devons regarder. Maintenant, la côte est toujours là à remonter pour faire en sorte que la situation finale soit acceptée comme tel par le ministère.

M. Marcoux: Maintenant, est-ce que, selon la Régie, il est essentiel que le ministère accorde ce montant de 20 millions auquel vous réferez dans votre présentation pour maintenir les services à leur niveau actuel?

M. Léger (Michel): M. Marcoux — excusez-moi, Mme la Présidente — nous prévoyons, à la fin de l'année, au 31 mars prochain, une perspective déficitaire de 20 millions. Là-dedans, les gros chiffres, prenons ne serait-ce que les centres jeunesse, 1,5 million en termes de prévisions. Quand on le regarde, présentement, le

centre jeunesse nous dit: Nous allons en équilibre; cependant, nous sommes confrontés à des situations telles que nous avons une augmentation très importante des ordonnances de cour pour des jeunes contrevenants, nous sommes en surnombre de deux unités additionnelles, etc. — je ne veux pas rentrer dans le détail complet. Et donc, dans ce sens-là, ils nous indiquent dès maintenant qu'ils s'enlignent vers une perspective déficitaire. Donc, dans ce sens-là, notre devoir est de regarder avec le ministère qu'est-ce qu'on va faire par rapport à ça. Mais il est clair, au niveau de la Régie régionale, que nous ne prévoyons pas demander au centre jeunesse de réduire ses services, par exemple, auprès de la jeunesse, puisqu'on sort d'une tutelle.

Au niveau des centres hospitaliers, c'est les mêmes perspectives, c'est-à-dire que, nous, nous sommes conscients qu'il y a une augmentation de la population de façon majeure, nous avons des augmentations d'hospitalisations de façon importante, compte tenu de la rétention dans notre région, et donc, dans ce sens-là, nous sommes capables de montrer au ministère qu'il y a une perspective qui crée une pression importante sur l'hôpital de Sainte-Agathe, pas seulement à Saint-Eustache ou à Saint-Jérôme.

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

• (16 h 50) •

M. Marcoux: Mme la Présidente, je voudrais simplement répéter ma question très claire. La Régie régionale, dites-vous, a analysé durant l'été des activités de vos établissements dans la région. Je sais que la Régie régionale connaît très, très bien la situation de ces établissements. Ma question est très précise, très claire, simple: Est-ce que, pour la Régie régionale, il est nécessaire que le ministère de la Santé accorde 20 millions de plus pour que les établissements de la région continuent de fournir leurs services, services requis, à la population?

M. Léger (Michel): Selon notre prévision de cette année, la réponse est oui. C'est ce qu'on a identifié et c'est ce que nous démontrons à l'heure actuelle.

M. Marcoux: Et, à ce moment-là, si je comprends, ça touche les centres hospitaliers et les centres jeunesse. Quelle est la situation pour les CLSC et les centres d'hébergement et de soins de longue durée, qui disent, eux autres, tout le groupe, là: On ne peut pas continuer de fournir des services requis, et pas à un niveau de 100 % de satisfaction, taux de besoin, avec les budgets qui nous sont accordés? Lorsqu'il est dit: Les CLSC pauvres réclament l'équité avec le groupe des CLSC, CHSLD de la Montérégie et des Laurentides et de Lanaudière, est-ce que vous dites: Ces établissements-là, eux, ont suffisamment de budget pour continuer de servir les services requis à un taux normal pour leur clientèle?

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

M. Léger (Michel): Je pense qu'il y a deux facettes à votre question, M. Marcoux. L'ensemble des

services, est-ce qu'ils ont le budget nécessaire pour répondre à l'ensemble des besoins? La réponse, selon notre région, c'est non, compte tenu du fait que la région des Laurentides, de façon claire, dans de nombreux programmes, est en dessous de la moyenne. On pourra en rediscuter. Donc, par rapport à votre question, cette réponse est très clairement: On ne peut pas répondre à l'ensemble des services. Le président, d'ailleurs, dans son discours, illustrait la situation. Vous n'avez qu'à penser à une personne qui déménage de Montréal, une personne âgée qui est habituée à avoir un niveau de services à peu près d'un CLSC, en maintien à domicile, d'un per capita à peu près de 71 \$, qui tombe dans la région des Laurentides où le service est coupé de moitié, en quelque sorte. Donc, ça, c'est, de façon claire et concrète, les inéquités d'accès aux services.

Maintenant, si vous posez l'autre question en lien, puisque vous faisiez constamment le parallèle avec la loi n° 107, les établissements de CLSC, centres d'hébergement en soins de longue durée, comme tel, orientent et réussissent à maintenir un équilibre budgétaire précaire, mais un véritable équilibre budgétaire au sens de la loi n° 107.

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

M. Marcoux: Selon ce qu'ils indiquent, c'est au prix de réduction de services. C'est ce qui semble se dégager, en tout cas de la déclaration qui a été faite par le groupe des CLSC, CHSLD.

M. Léger (Michel): C'est au prix de non-services, c'est-à-dire qu'il est clair que, pour un per capita de 71 \$ en maintien à domicile, on peut offrir quelque chose de différent, de 39 \$. Imaginez, par exemple — vous savez que nos régions sont très proches les unes des autres — une personne qui est hospitalisée, qui vient de Duvernay, ou peu importe le quartier de Laval, qui va à la Cité de la santé et retourne chez elle, peut bénéficier d'un programme de 13... bon, je ne veux pas rentrer dans les détails, mais type de services en maintien, en virage ambulatoire. Quand elle revient dans la région, à Sainte-Thérèse... quelqu'un qui serait parti à la Cité de la santé et revient, il n'a pas du tout, du tout le même niveau de services. Il est absolument impossible de financer le même niveau de services. Donc, il y a comme deux classes. Donc, les CLSC de la grande périphérie estiment qu'effectivement ils ne rendent pas les services tels qu'ils devraient les rendre par rapport à l'ensemble de leurs voisins.

M. Marcoux: Est-ce que vous êtes d'accord avec ça?

M. Léger (Michel): Comment?

M. Marcoux: Est-ce que vous êtes d'accord avec l'opinion qu'ils émettent?

M. Léger (Michel): Nous supportons les CLSC sur le fait qu'il y a des services additionnels qui devraient être rendus auprès de la population, en lien direct avec des besoins. De là à supporter les

établissements qui diraient: Conclusion, on fait des déficits débridés, cette partie-là, la Régie régionale ne l'accepte pas.

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

M. Williams: Merci beaucoup. Merci pour votre présentation et votre travail dans le territoire des Laurentides. Comme je l'ai annoncé, je vais certainement vous questionner sur les services jeunesse. J'ai d'autres sujets qu'on peut discuter aussi, mais laissez-moi commencer avec ça. Encore avec les chiffres que j'ai reçus, cette année, à partir du 25 août, le centre de protection de la jeunesse a reçu 1 675 signalements, reçus, cumulatifs. En comparaison avec l'année passée et 1993, signalements retenus l'année passée, c'était à peu près 1 998, en comparaison avec cette année, 786 retenus, cumulatifs. Les listes d'attente, quand même, l'année passée, c'était 54 attentes à l'évaluation, à partir du 27 août — j'essaie de comparer des pommes avec des pommes; je sais qu'il y a une fluctuation, mais j'ai choisi le mois d'août; je peux choisir les autres mois, si vous voulez — 54 en 1999, en attente de l'application des mesures, 23.

Mais, cette année, malgré qu'il y a une baisse du nombre de signalements reçus et retenus, la liste d'attente à l'évaluation, c'est 78, et la liste d'attente de l'application des mesures, c'est 88. Il me semble qu'il y a tout un problème et qu'actuellement les listes d'attente sont pires depuis l'intervention de la ministre. Je ne veux pas faire une ligne directe entre ça, l'intervention de la ministre, et le fait que les listes s'allongent, mais je voudrais mieux comprendre qu'est-ce qui se passe. Et, encore une fois, cette année, avec les déficits qui existent, la loi n° 107, il me semble que c'est une question assez pertinente, cette année. Avec les chiffres que j'ai juste expliqués — peut-être qu'ils ne sont pas corrects, mais je pense qu'ils sont plus ou moins corrects — qu'est-ce que vous allez faire pour assurer que vous respectez la loi et aussi que vous n'allongez pas les listes d'attente et que vous donnez les services assez importants à nos jeunes et à leur famille?

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

M. Léger (Michel): M. Russell Williams, la préoccupation que vous avez est déjà soulignée dans l'introduction du président, où effectivement nous sommes inquiets que la priorité unique qui a été mise sur l'évaluation comme telle a eu un peu un effet de vases communicants et que, généralement — ce n'est pas juste dans la région, mais, dans d'autres régions du Québec, quand on regarde ça, on voit la même tendance — il y a eu un rehaussement des attentes à la prise en charge. Et donc, dans ce sens-là, notre région n'échappe pas à ça. Nous sommes inquiets, et c'est pour ça d'ailleurs qu'on l'a souligné, de dire que, nous, on est très inquiets de l'augmentation de la liste d'attente à la prise en charge.

C'est aussi un petit peu dans ce sens-là que tout à l'heure, pendant que vous étiez... vous avez dû quitter

un petit peu, lors d'une question de M. Marcoux, j'ai indiqué que nous savons que le centre jeunesse, pour être capable de maintenir à la fois le même score sur zéro retard à l'évaluation, pour pouvoir réduire au niveau de la prise en charge, conjugué à certaines ordonnances de cour en plus, va faire face au triste dilemme de l'équilibre budgétaire à tout prix ou d'une perspective déficitaire de 1,5 million. Présentement, nous soulignons cette situation au ministère en disant que, pour nous, c'est un ajout budgétaire qui est très en lien avec l'augmentation du nombre de signalements, la rétention des signalements et l'augmentation du nombre de jeunes avec des difficultés dans la région.

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

M. Williams: Oui. Quels gestes est-ce que vous avez faits pour convaincre la ministre ou le ministre délégué d'agir?

M. Léger (Michel): Pour l'instant, les gestes que nous avons faits, c'est de signaler la situation à ses fonctionnaires.

M. Williams: Oui. Bon. S'il n'y a pas de réponse favorable, est-ce que c'est de votre intention d'aller plus loin? Parce qu'il me semble — et je ne recommencerai pas toutes les choses que j'ai dites avant, vous avez entendu ça — que c'est presque un échec total, et on doit pousser le gouvernement à répondre mieux aux besoins de nos jeunes. Il me semble que, s'il n'y a pas un changement tout de suite — et corrigez-moi si je me trompe — nous allons frapper un mur vers Noël ou certainement au début de l'année 2001.

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

● (17 heures) ●

M. Léger (Michel): J'ai une approche plus optimiste. Je ne pense pas qu'on puisse parler d'un échec total. Je pense qu'on a très bien réussi collectivement au niveau des listes d'attente à l'évaluation, et je pense que, ça, c'est un succès assez intéressant. Ce qu'il faut faire, c'est mener de front et avec la même vigueur, la même énergie, la même détermination, et, le cas échéant, dans certaines situations, les budgets qui vont au niveau de la prise en charge pour les jeunes qui en ont besoin... Donc, dans ce sens-là, ce n'est pas un échec total. Oui, on a très bien réussi au niveau de l'évaluation. Il faut faire, avec la même détermination, la même chose au niveau de la prise en charge, et soyez assurés qu'il y a aussi un autre élément, c'est tout l'élément de la prise en charge à l'intérieur même des centres de réadaptation comme tels, qui est la troisième vague. Donc, il faut mener les trois en même temps, sinon on va toujours jouer avec des vases communicants, et là effectivement votre diagnostic sévère aurait raison d'être, mais pas avant.

M. Williams: Ça prend combien d'argent, selon vous, pour répondre aux besoins de votre territoire? De ne pas faire exactement comme vous avez fait... juste

mentionner de transférer une liste sur l'autre. Ça prend combien d'argent pour vraiment répondre, selon vous, cette année, aux besoins des jeunes en difficulté dans les Laurentides?

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

M. Léger (Michel): Mme la Présidente, effectivement, vous mentionniez tout à l'heure la grande variété des per capita entre les régions du Québec. Donc...

M. Williams: Je m'excuse de ne pas avoir mentionné le vôtre, qui était le quatrième plus bas. O.K.

M. Léger (Michel): C'est correct.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Allons-y, là, allons-y!

M. Léger (Michel): Donc, dans ce sens-là, effectivement, nous, ce que l'on pense, ce n'est pas de devenir, la région des Laurentides, la plus riche, même si on a eu une augmentation des jeunes de façon importante dans la région, c'est juste d'atteindre la moyenne. Donc, dans ce sens-là, la moyenne, le niveau d'investissement, même si on a investi de façon importante, hein... Vous savez que ce sont 10 millions qui ont été rajoutés, ne serait-ce que juste aux centres jeunesse, à travers tous les éléments que l'on a passés, le montant manquant, en quelque sorte, ce serait 16 millions, pour atteindre un niveau de réponse aux besoins des jeunes, comme la moyenne des jeunes du Québec.

M. Williams: Merci.

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

Mme Barbeau: Merci. D'abord, à la page 11, où vous parlez de l'augmentation des budgets des organismes communautaires. Je ne peux que vous en féliciter, parce que je suis moi-même issue de ce milieu. J'aimerais savoir: Est-ce que ça comprend les organismes d'aide domestique à domicile? En avez-vous, chez vous? Parce que, avec le Programme d'exonération, et tout ça, il y en a eu, des... la création de...

M. Léger (Michel): Oui, il y en a. Ils ne sont pas là-dedans.

Mme Barbeau: Ils ne sont pas là-dedans.

M. Léger (Michel): Et on n'en a pas beaucoup.

Mme Barbeau: O.K. Est-ce qu'il y a une attention spéciale qui est, je ne sais pas... Parce je sais que dans la région ici, on l'a fait par rapport à des nouveaux organismes. Je sais qu'il y a des besoins quand même qui sont importants. Il faut s'en occuper,

là. Mais est-ce qu'il y a un regard qui est posé versus solidifier ceux qui existent? Des fois, ils sont très précaires. Au lieu d'en créer un pareil, mettons, ou, tu sais... Je vous pose la question: Est-ce que c'est quelque chose que vous faites attention à...

M. Madore (Gilles): Bien, c'est ça, notre action est orientée sur la consolidation des organismes existants. On a établi un cadre de référence avec des organismes communautaires, et puis on suit ce cadre de référence là, et puis on vous dit aussi que, pour arriver à financer adéquatement les organismes communautaires au même niveau que la moyenne provinciale, il y aurait un manque à gagner de 8 millions de dollars.

Mme Barbeau: O.K. L'autre question. Vous étiez là tout à l'heure, quand j'ai posé la question?

M. Madore (Gilles): Oui.

Mme Barbeau: Vous étiez là? O.K. Ce qui fait que je n'aurai pas besoin de tout refaire le même préambule. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Barbeau: On va ménager du temps pour les autres questions, je suis une fille pratico-pratique.

Alors, comme vous avez écouté mon préambule tout à l'heure par rapport à l'imputabilité des C.A. versus les députés, les relations, et tout ça — vous en parlez un petit peu à la conclusion, vous l'abordez — alors, moi, je vous poserai les mêmes questions: Est-ce que vous pensez que les C.A. actuellement sont, je dirais, équitablement représentés? Les groupes qui sont dessus? Est-ce que le rapport de force est intéressant et correct? Comment vous voyez, comme je le disais tantôt, la relation entre nous, les élus qui votons les budgets et qui répondons à la population, et les C.A.? C'est vrai que c'est inconfortable, mais j'aimerais ça, avoir votre point de vue.

Et vous dites, là-dessus, bon, que vous souhaitez que cette conception démocratique demeure et soit renforcée. Renforcée, j'imagine... En tous cas, vous allez m'expliquer comment. Et l'autre, c'était des ajustements. Dans l'autre, vous dites: «...l'imputabilité, la responsabilité et des ajustements». Est-ce que vous avez des idées à nous soumettre aujourd'hui?

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

M. Madore (Gilles): Oui. Vous nous parlez toujours de conseils d'administration de régies régionales?

Mme Barbeau: De fonctionnement, parce que c'est dans les débats de ces temps-ci, là, comme je le disais tout à l'heure.

M. Madore (Gilles): Oui, c'est dans les débats. C'est sûr qu'il y a un examen de conscience qui se fait actuellement, autant de la part du gouvernement, du ministère de la Santé et des Services sociaux et des

régies régionales elles-mêmes, sur le mode de fonctionnement, de représentation, le rôle et les pouvoirs. Tout ça est remis en cause. On en a discuté chez nous, à la Régie des Laurentides, on a fait des journées d'étude assez intenses sur les rôles et les pouvoirs des régies, quel serait le devenir de la Régie régionale et de quelle façon on veut fonctionner. Nous en sommes arrivés à la conclusion que les rôles et les pouvoirs doivent être mieux définis et qu'il doit y avoir une imputabilité plus grande également de la régie régionale envers soit le ministère ou soit une commission quelconque, ça serait à définir.

Mais, c'est sûr que, si vous augmentez les rôles et les pouvoirs de chacun de ces conseils d'administration là, la partie opposée, c'est l'imputabilité, et l'imputabilité doit se faire suivant des règles assez strictes sur les argents qui sont confiés, la façon dont les services sont rendus.

Il faut aussi une meilleure définition de ces conseils de régie là. La composition des conseils, vous nous dites: Est-ce que la représentation est bonne actuellement? On en arrive à la conclusion qu'il y a peut-être trop de membres sur ce conseil-là, en réduire. De quelle façon on devrait élire ou nommer ces membres-là? Si une partie des membres étaient nommés par la ministre, nous sommes tout à fait d'accord avec ça. Nous sommes d'avis qu'un membre nommé par la ministre ne veut pas dire que ça égale le parti politique qui nomme cette personne-là; au contraire, ça nous donne plus de latitude pour oeuvrer au sein de cette population-là.

Quant à la mise à contribution des députés, dans les Laurentides, nous, nous avons comme habitude que, chaque fois que nous avons de grandes décisions à prendre, des grandes orientations, avant de les annoncer publiquement, nous rencontrons toujours le caucus des députés. Et lorsque nous avons une décision locale, le député est toujours, pas consulté, mais rencontré pour lui faire part des orientations du conseil de la Régie régionale. Nous sommes assurés et très convaincus que cette façon de procéder va faciliter les relations et les contacts entre la population et le député lui-même. Comme vous l'avez mentionné tantôt, les gens vont voir le bureau du député suite à des décisions d'une régie régionale, et vous apprenez la décision à ce moment-là. Nous, on pense que ce n'est pas une façon de faire. Il faut absolument que les députés élus soient mis au courant des décisions, de ce qui se passe à cette régie régionale là. Ça fera peut-être un peu partie de l'imputabilité lorsqu'on aura mieux défini les rôles et pouvoirs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, M. Léger, vous vouliez ajouter quelque chose?

M. Léger (Michel): Peut-être en complément, de façon très opérationnelle, la façon dont on fonctionne dans la région, en même temps que les membres de conseils d'administration reçoivent tous leurs documents 15 jours ou trois semaines à l'avance, tous les bureaux de comté reçoivent également toute cette documentation, etc., ce qui permet aux attachés de comté ou autres d'appeler, de mieux comprendre une situation et, s'il y a quelque chose qui peut paraître un

peu délicat, de pouvoir le rentrer dans l'ensemble de l'opération d'une meilleure décision, mieux concertée de façon locale.

Donc, nous, ça, ça a été un élément qu'on a trouvé utile et intéressant. Je suis sûr que, si Mme Signori avait pu rester ici, elle aurait pu vraiment renforcer sur cet élément-là qui fait en sorte que les attachés de comté sont très, très présents dans l'ensemble de la prise de décision de la régie régionale parce qu'ils sont très, très au courant, ils ont tous leurs dossiers, etc. Donc, ça, c'est élément que, nous, on a trouvé utile pour bien...

Mme Barbeau: Oui, parce que ça nous permet, nous, d'avoir un éclairage global de tout ce qui se passe, puis quand les gens viennent nous voir, bien, on n'est pas là, tu sais: Tout ça, ça n'a pas d'allure, puis là on se dépêche d'appeler en réaction. On est plus au courant.

Mais est-ce que vous seriez prêt, pour en revenir à l'imputabilité... Tout à l'heure, la madame de Saguenay—Lac-Saint-Jean — je ne me souviens plus de son nom, je m'excuse, je n'ai pas la mémoire des noms — Mme Simard, disait qu'elle, elle serait prête à aller au suffrage universel des administrateurs. Est-ce que vous, vous seriez prêt aussi à ça ou si c'est un peu trop loin pour vous?

M. Madore (Gilles): Non, nous, on n'est pas arrêté un mode de...

Mme Barbeau: Ce n'est pas quelque chose qui vous répugnerait, autrement dit?

M. Madore (Gilles): Non. Que ce soit le mode universel ou que ce soit une partie nommée par la ministre, nous, on vivrait très bien avec ça, en autant qu'on est sûr que par la suite ça va faire un conseil d'administration qui est homogène et qui va prendre des décisions de régie régionale pour le mieux-être de cette population-là des Laurentides.

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

● (17 h 10) ●

M. Roy (Jean-Marc): Oui, j'aimerais élaborer un petit peu sur cette question-là dont vous vous inquiétez, à savoir le suffrage universel. Il faut regarder aussi les commissions scolaires, je veux dire le taux de votation des commissions scolaires. Dans les établissements, il y a des personnes qui sont élues aussi par la population au suffrage universel, et le taux de votation est très peu élevé.

Mme Barbeau: Mais vous avez compris que — parce que j'ai posé la question à toutes les régies qui sont passées; moi, en tout cas, comme membre, c'est moi qui ai pris ce créneau-là — on profite de l'occasion pour vous entendre puis, nous-mêmes, cheminer là-dedans. Parce que c'est dans l'air, puis, moi-même, j'étais sur une commission, l'administration publique — je ne sais pas si vous la connaissez — qui ne fait pas de lois mais qui reçoit tout le monde après le rapport du Vérificateur général, donc c'est un sujet qui me passionne particulièrement. Mais je profite de

l'occasion — puis, en même temps, ça vous donne l'occasion de faire part de votre point de vue — parce que, comme commission, on aurait beaucoup aimé faire une recherche là-dessus plus profonde, mais, à cause de tout ce qui se passe en même temps, on manque de temps, et tout ça. Mais j'en profite pour... Pour ne pas que j'aie l'air d'une fille qui a juste la même idée, je veux que vous compreniez pourquoi je pose la question deux fois. En même temps, ça vous donne l'occasion de nous faire part de vos idées. Merci.

Une voix: On l'apprécie.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, merci. Alors, M. le député de L'Assomption auparavant. M. le député.

M. St-André: Oui. Merci, Mme la Présidente. Alors, je vais poser la même question que tantôt aussi sur les programmes de réadaptation physique qui sont dispensés par Le Bouclier chez vous, dans la région des Laurentides. D'ailleurs, dans la région que je représente, c'est également Le Bouclier qui dispense les services — Lanaudière. Je connais bien Mme Bolduc, entre autres, qui assume brillamment la direction générale de cet établissement-là.

Alors, simplement quelques questions. Vous en avez parlé un peu dans votre présentation, donc vous dites: Depuis 1995-2000, il y a eu 3 millions de dollars en développement. J'aimerais savoir, dans le dernier exercice, dans les crédits qui ont été déposés au printemps dernier, de combien votre base budgétaire a été rehaussée et à combien s'élève actuellement l'enveloppe régionale en réadaptation physique, chez vous.

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

M. Léger (Michel): Donc, le montant qui a été ajouté est le même montant que celui de Lanaudière, 1,1 million.

M. St-André: On m'a toujours enseigné qu'un bon avocat connaissait toujours les réponses avant de poser...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Léger (Michel): Donc, effectivement, c'est le montant qui a été ajouté. Nous avions, dans les années précédentes, augmenté une fois de 300 000 \$, une fois de 400 000 \$ et une fois de 860 000 \$, c'est ce qui explique qu'on a rehaussé cette partie-là. Donc, le montant maintenant de la partie Laurentides de cet établissement — qu'on a convenu de maintenir à cheval sur les deux régions, puisqu'on n'a pas voulu augmenter les coûts d'administration, alors qu'on est autant en manque de services que ça — est de 4,2 millions, 4,3 millions...

M. St-André: D'accord.

M. Léger (Michel): ...en termes directs, plus de services, puisque l'administration est un peu en dehors de ça.

M. St-André: O.K. Dans votre présentation, vous avez parlé de 195 enfants qui sont en liste d'attente.

M. Léger (Michel): Oui.

M. St-André: Est-ce que ce sont 195 enfants âgés de zéro à cinq ans?

M. Léger (Michel): Il y a quelques enfants qui sont de 11, 12 et 13...

M. St-André: Donc, essentiellement, ce sont des 0-5 ans?

M. Léger (Michel): Ce sont essentiellement des 0-5 ans pour tous les programmes que l'on connaît, que ce soit au niveau apprentissage de la parole ou autres, mobilité, etc. Donc, ce sont des enfants qui, suivant les types de services — et je pourrais vous le donner quasiment... pas enfant par enfant, mais presque... Vous connaissez Mme Bolduc, la façon de présenter... J'ai avec moi l'ensemble des listes d'attente pour chaque groupe, qui varient, dépendant des services, de quatre mois à 24 mois, comme tel, en termes d'attente.

M. St-André: Très bien.

M. Léger (Michel): C'est ce qui faisait dire au président tout à l'heure que nous sommes inquiets quant à l'impact à long terme sur ces enfants-là qui ne reçoivent pas le service en temps opportun.

M. St-André: À juste titre. Et vous parlez d'un délai d'attente qui peut varier de quatre à 24 mois, chez vous?

M. Léger (Michel): Exact.

M. St-André: O.K. Et, pour éliminer la liste d'attente des enfants chez vous, c'est d'un investissement additionnel de combien dont vous auriez besoin?

M. Léger (Michel): Les études qui ont été faites conjointement, ministère, Lanaudière et Laurentides, pour la branche Laurentides, au niveau des enfants, c'est un montant de 3 millions.

M. St-André: Donc, le 3 millions que vous mentionniez à la page 11, c'est strictement pour les enfants de zéro à cinq ans?

M. Léger (Michel): Essentiellement. Si on prend l'ensemble des services, les listes d'attente ne se cantonnent pas uniquement auprès des enfants, il y a aussi des listes d'attente... En particulier en déficience visuelle, vous savez que c'est presque 120 personnes qui sont aujourd'hui en liste d'attente; au 31 mars, c'était 99 en déficience visuelle, et là on parle plus de jeunes adultes ou de personnes plus âgées. Et donc, dans ce sens-là, si on prend l'ensemble des services, y compris les nouveaux programmes qu'on est en train d'implanter en traumatismes cérébraux et crâniens, dans ce sens-là, c'est 6 millions que la région a estimé comme tel, avec les bons soins de Mme Bolduc.

M. St-André: Parfait. Merci beaucoup, Mme la Présidente.

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

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Dans la résolution qui avait été approuvée par la Régie régionale, je pense, concernant les budgets, au mois de juin, on demandait aux CLSC et CHSLD de déposer leur budget détaillé. Est-ce que ça a été fait?

M. Léger (Michel): Oui.

M. Marcoux: Et tous sont en équilibre, si je comprends. Est-ce que la situation... Oui?

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

M. Léger (Michel): Tout à fait. C'est fait, tous ou presque sont en équilibre. Il y a deux établissements qui nous ont déposé un plan d'équilibre mais qui auraient des difficultés. Je pense en particulier à un centre d'hébergement et de soins de longue durée pour lequel son projet, au niveau de l'efficacité de son service d'alimentation, ne donne pas les résultats escomptés, et donc nous indique que possiblement c'est un manque à gagner de 300 000 \$ comme tel. Mais, si on prend l'ensemble des programmes, CHSLD et CLSC globalement, tous les établissements ont déposé un plan en équilibre et devraient arriver en équilibre à la fin de l'année.

M. Marcoux: Mais vous mentionnez qu'il y en a deux...

M. Léger (Michel): Qui demandent des...

M. Marcoux: ...qui indiquent qu'ils ne pourront pas le faire.

M. Léger (Michel): Qui essaient d'obtenir un coup de pouce additionnel de la part de la Régie.

M. Marcoux: Et la Régie est d'accord avec ça?

M. Léger (Michel): La Régie analyse le dossier avant de dire quoi que ce soit.

M. Marcoux: Et quels sont les deux centres en question?

M. Léger (Michel): Il y a le Centre d'hébergement et de soins de longue durée à Saint-Eustache, Deux-Montagnes; L'Arrivée, à Mirabel; et le CLSC de Sainte-Thérèse.

M. Marcoux: Et, si je comprends, l'analyse qui s'est faite durant l'été pour les hôpitaux ne s'est pas faite durant l'été pour ces deux centres-là.

M. Léger (Michel): Non, pas présentement. On a mis nos priorités d'abord sur ce qui représente plus de 90 % du déficit de la région.

M. Marcoux: Mais est-ce que les personnes qui sont dans ces centres-là verront leurs services maintenus, cependant?

M. Léger (Michel): Oui, absolument. C'est vraiment un financement tout à fait spécifique. Je pense en particulier à ce centre d'hébergement et de soins de longue durée, c'est vraiment, pour les services alimentaires, un projet conjoint avec l'hôpital qui ne donne pas tous les résultats escomptés.

M. Marcoux: Dans le cas du centre Antoine-Labelle, est-il dans les situations exceptionnelles dont vous parlez tantôt?

M. Léger (Michel): Le centre Antoine-Labelle est dans une situation exceptionnelle, oui, mais pas au sens du ministère ni de la Régie régionale. Le centre Antoine-Labelle est un centre, comme vous le savez certainement, qui doit faire face à une importante décroissance de sa clientèle historique, puisqu'une grande partie de cet établissement-là avait des clientèles à la fois en psychiatrie long terme et également en déficience intellectuelle. Donc, il y a une décroissance assez importante, et donc, dans ce sens-là, face à la décroissance, les compressions budgétaires, réaménager les programmes, et en étant à plus de 100 km de l'établissement au sud et à 60 km de l'établissement au nord, tous les aspects de relocalisation du personnel ou autres étaient complexes. Donc, cet établissement-là s'enlignait sur un déficit pour l'année de 2 millions, nous a présenté un plan de retour à l'équilibre sur trois ans qui nous apparaît tout à fait acceptable, à la Régie régionale. On est en train donc de discuter avec le ministère comment finaliser cette question-là, mais c'est de nature complètement différente des autres établissements.

M. Marcoux: Une autre exception. Peut-être tout simplement un commentaire sur la loi antidéficit dont nous parlions tantôt, et je sais, M. Léger, que vous êtes... pas revenir là-dessus, vous connaissez très bien les lois et règlements. Je dois vous dire que les situations exceptionnelles auxquelles vous référiez tantôt, je n'en ai pas vu dans le projet de loi. Peut-être existent-elles, on pourra s'en reparler après. J'ai l'impression que c'est davantage une tolérance, je pense, c'est plutôt une situation exceptionnelle prévue dans la loi, tolérance qui, j'espère, sera également étendue par la ministre à d'autres régions.

Je comprends que, dans votre région, vous avez le grand privilège d'avoir le président du Conseil du trésor...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Léger (Michel): Ce n'est pas nécessaire...

● (17 h 20) ●

M. Marcoux: ...mais j'espère que cette tolérance dont vous parlez sera disponible — et je le dis sérieusement, vous savez — parce que, dans la Montérégie, par exemple, il y a des établissements qui vivent des situations épouvantables également. Donc, moi, je vous félicite comme Régie d'avoir pris cette position-là. Et ce que je vous dis comme parlementaire

et représentant d'un comté de la Montérégie: J'espère que d'autres régies également prendront la même attitude que vous. Parce que, dans le fond, ce que ça vient prouver: c'est une loi qui ne tient pas debout. Puis là, c'est mon opinion personnelle, et je pense que c'est ce que vous prouvez.

Et c'est également une loi hypocrite, parce qu'on dit: On ne parlera plus de déficit, on va parler de zone de fragilité. Je veux dire, des gens qui sont dans l'entreprise privée, dans une entreprise publique, qui auraient un langage aussi édulcoré vis-à-vis les actionnaires, vous savez, ils se feraient poursuivre. Ce n'est pas vous, là. Ce que le ministère vous oblige à faire, et les établissements, si un conseil d'administration d'entreprise publique faisait la même chose vis-à-vis ses dirigeants, la Commission des valeurs mobilières irait voir le conseil d'administration. Juste vous dire ça, là. Et ce que ça démontre vraiment, c'est que c'est une loi qui n'est pas applicable, parce que la loi est entrée en vigueur le 16 juin. Tant mieux, je pense, pour les patients, les malades puis les personnes âgées qui, dans votre région, pourront continuer de recevoir les services auxquels ils ont droit. Je vous dis ça puis je vous félicite. Et j'espère que la même tolérance, je le répète, pourra également s'appliquer dans d'autres régions: Montérégie, Montréal, Québec et d'autres.

Sur ce, deux questions. Une sur Le Bouclier, auquel mon collègue de L'Assomption a référé tantôt. Vous parliez d'un autre 3 millions pour être capable de fournir des services aux enfants de 0-5 ans. Il y en a près de 200, à ce que vous mentionniez à mon collègue de L'Assomption. Si je comprends, cette somme-là n'est pas disponible cette année, donc ne sera pas accordée cette année. Est-ce que ça veut dire que cette liste d'attente est susceptible d'augmenter, cette liste d'attente qui est près de 200? Non pas seulement le nombre, mais ce qui est également très important, ce que mentionnait le collègue de L'Assomption, c'est le délai d'attente. Tout le monde dit: Plus vous attendez, plus c'est difficile, après ça, de pouvoir récupérer ces jeunes-là.

L'autre question que je voudrais vous poser, c'est sur la santé mentale. Si je comprends, la région des Laurentides n'est pas non plus nécessairement, en termes de dépenses per capita... se situerait au 14e rang, d'après le tableau que j'ai — en tout cas, peu importe, à peu près 12 ou 14 — avec un per capita, par habitant, de 54 \$ à peu près. La ministre a prévu, a annoncé d'ailleurs avec beaucoup de publicité au mois de mars dernier, le 15 mars, un montant additionnel de 8 millions, pour l'année 2000-2001, qui serait distribué dans l'ensemble du Québec, dans les régions qui en ont le plus besoin. Un, est-ce que vous êtes dans cette région-là, dans une de ces régions-là? Deuxièmement, si oui, est-ce que vous avez déjà reçu la proportion du 8 millions qui a été annoncé le 15 mars dernier?

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

M. Léger (Michel): On va repartir par la fin pour remonter à vos questions à différents volets. En santé mentale, effectivement, nous sommes la 14e région. On a les mêmes chiffres, je comprends. Effectivement, oui, on aimerait bien être positionné

dans la répartition de Mme Marois suite aux recommandations qu'elle devrait recevoir sous peu du groupe d'appui; et on fait tout pour être là. Cependant, comme vous l'avez mentionné tout à l'heure, le fait d'être à la 14e position, comme tel, fait en sorte que le manque à gagner dans ce programme-là s'établit à 23 millions. Donc, on n'espère pas, avec ce 8 millions, avoir remporté le jackpot. Donc, dans ce sens-là, je suis sûr que ce 8 millions va être réparti, je l'espère, comme ça a été le cas en jeunesse, parmi les trois, quatre régions les plus mal prises. Et donc, dans ce sens-là, j'espère que la région des Laurentides recevra un montant aussi intéressant que quand M. Baril a fait ses répartitions au niveau de la jeunesse, où, comme M. Williams le mentionnait tout à l'heure, on était dans les quatre choisis, comme tel. Donc, j'espère que la méthodologie sera la même.

Et donc, dans ce sens-là, le président, dans son introduction, mentionnait qu'on a effectivement deux, trois projets prioritaires dans la région, notamment ce qu'on pense être très, très important pour la région, une certaine décentralisation de certaines activités de l'hôpital régional l'Hôtel-Dieu vers les hôpitaux plus communautaires comme tels pour permettre un meilleur accès aux services en psychiatrie. Et donc, dans ce sens-là, c'est un coup de pouce qui est important.

Le projet qui a été déposé au ministère est un projet de 6 millions. Donc, en lui-même, ce projet-là est déjà trop important, on est prêt à le phaser comme tel, et c'est sûrement ce qui va devoir être fait dès que le groupe d'appui aura déposé son projet. Et, ce qu'on espère, c'est que, le 8 millions arrivant dans la dernière partie de l'année, on pourra faire en sorte que ce soit comme un 8 millions qui se multiplie par deux pour attraper l'année suivante, comme tel, en termes de répartition. Alors, c'est un petit peu notre croyance sur cette question de santé mentale.

Sur votre volet précédent, en revenant sur Le Bouclier et les listes d'attente, oui, notre appréhension est importante que les listes d'attente s'accroissent s'il n'y a pas de développement budgétaire en cours d'année. On n'en attend pas en cours d'année. Donc, dans ce sens-là, de combien vont-elles s'accroître à la fois en termes de nombre et aussi en termes de durée d'attente?

Ce qu'il faut savoir, c'est que certains services sont cependant accessibles, pas sur-le-champ mais presque, à Montréal. Et donc, dans ce sens-là, certaines personnes peuvent à un moment donné, de guerre lasse, décider de prendre les enfants sous le bras, faire de longs kilomètres pour aller régulièrement, chaque semaine, recevoir, deux, trois fois par semaine, des services à Montréal. Ça, c'est possible. Donc, dans ce sens-là, oui, l'accès n'est pas complètement bloqué, certains services sont là, à Montréal.

Ce que vous devez savoir, M. le député, c'est que, chaque fois qu'on ajoute dans des secteurs aussi pauvres que ça — et je suis sûr que votre collègue dans Lanaudière vous le dirait aussi — les services sont tellement à un bas niveau que, quand on met un petit peu d'espoir dans le programme — on s'en est aperçu — chaque fois qu'on a réaugmenté des budgets auprès de cet établissement, Le Bouclier, immédiatement, les gens qui prenaient les petits pour traverser, pour aller à Montréal, décident d'avoir les

services comme ils pensent que ça devrait être de façon locale ou régionale, et les listes d'attente augmentent. Ce qui déçoit beaucoup le ministère, puisqu'on ajoute de l'argent et, loin de voir fondre les listes d'attente, elles augmentent parce que les gens disent: Bien, enfin, on a les services dans la région. Donc, il est normal, il est légitime d'avoir les services dans la région. Alors, ça, c'est pour votre deuxième volet.

Votre premier volet, j'aimerais le reprendre, parce que vous avez introduit cette notion de tolérance par rapport au déficit, et vous avez introduit aussi le fait que M. Léonard était dans notre région.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Marcoux: Cela paraît. C'est une réalité.

M. Léger (Michel): Ce que je voudrais que vous sachiez, c'est que c'est très intéressant d'avoir une personne qui questionne autant que ça sa Régie régionale pour toute la question des chiffres, et je peux vous dire qu'il est très dur avec nous. De temps en temps, on se fait questionner notamment sur les engagements non provisionnés, vous vous en doutez, et donc, dans ce sens-là, la rigueur qui est faite dans notre région est un enseignement important pour la Régie régionale.

Mais, quand on parle de tolérance, pour l'instant, je n'ai jamais dit que c'était une question de tolérance. Nous avons pris cette position-là et, par rapport à la loi 107, nous estimons que nous ne pouvons pas couper des services comme tels. Et donc, il était de notre devoir — et c'est aussi écrit dans l'entente de gestion — de signaler ces situations-là auprès de la ministre et auprès donc du ministère, de dire: Avant de couper, voilà la situation, et donc, on regarde ça comme des situations exceptionnelles. Donc, le terme de «tolérance», pour l'instant, moi, je n'ai personne qui m'a dit, au ministère: Je tolère que. Ce que je sais cependant, c'est que jamais je n'ai eu l'autorisation d'appuyer sur le bouton pour la mise en place des plans de compression budgétaire, qui auraient fait en sorte de fermer x lits à Saint-Jérôme, la pédiatrie à tel endroit ou autre. Et ça, dans ce sens-là, effectivement, vous pouvez extrapoler que c'est une tolérance du ministère.

M. St-André: Mme la Présidente...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.

M. St-André: ...monsieur a mentionné quelque chose qui m'a fait un peu sourciller. Je ne sais pas si vous me permettriez simplement une question pour préciser...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vaudreuil vous le permettra sûrement, M. le député de L'Assomption.

M. St-André: Merci beaucoup. Vous dites que les services en réadaptation sont disponibles rapidement sur l'île de Montréal. Simplement une précision: Est-ce qu'ils sont disponibles dans des centres de réadaptation publics ou en cabinet privé?

M. Léger (Michel): Dans des centres de réadaptation publics.

● (17 h 30) ●

M. St-André: Publics.

M. Léger (Michel): Notre prétention sur cette question est à l'effet qu'effectivement, compte tenu de la rapidité avec laquelle on peut avoir accès à certains services, notamment à Montréal, nous avons même déjà proposé que, plutôt que de faire déplacer les jeunes mamans...

M. St-André: J'allais justement vous poser la question.

M. Léger (Michel): ...avec leurs enfants pour aller à Montréal, ce serait peut-être intéressant que certains professionnels, tout en gardant leur lien d'emploi et leur salaire auprès des institutions montréalaises, puissent venir dispenser des services dans notre région. On pense que ce serait un service plus adapté. Donc, l'équité, il y a plusieurs façons de la faire entre les régions du Québec.

M. St-André: Et qu'est-ce qu'on vous a répondu sur cette suggestion-là?

M. Léger (Michel): C'est trop compliqué.

M. St-André: Pourquoi c'est trop compliqué? Qu'est-ce qui est trop compliqué?

M. Léger (Michel): C'est compliqué, interétablissement, au niveau des professionnels.

M. St-André: Je peux imaginer ce qui est compliqué, mais j'aimerais ça, l'entendre. Qu'est-ce qui est si compliqué?

M. Léger (Michel): Non, c'est vraiment la question, d'une part, de la gestion des employés pour offrir des services hors de l'île de Montréal.

M. St-André: La convention collective.

M. Léger (Michel): Donc, notamment de la convention collective, mais également dû au fait que ces établissements-là ont maintenant une mission qui est d'abord et avant tout centrée sur l'île de Montréal. Ils ne sont plus, ils ne se considèrent plus comme des établissements devant desservir, d'une part, un territoire plus vaste et, d'autre part, rapprocher les professionnels de là où sont situés les clients. Par exemple, nous, en ophtalmologie, dans la région, nous faisons en sorte que ce sont les médecins spécialistes qui, pour certains suivis, se déplacent à Mont-Laurier, Sainte-Agathe ou Lachute, plutôt que ce soient les gens qui partent pour certains examens de Mont-Laurier vers Saint-Jérôme.

Donc, si un établissement de réadaptation à Montréal avait dans sa vision effectivement des services sur l'ensemble d'un, entre guillemets, Grand Montréal, à ce moment-là, ces personnes-là pourraient aussi avoir comme responsabilité de se déplacer près des clients plutôt que de faire déplacer des clients près du centre.

M. St-André: Merci.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. le député de Vaudreuil, pour une dernière question.

M. Marcoux: Simplement un commentaire. Je pense qu'il est sûr qu'on peut parler d'accessibilité en disant: Il y a des services qui sont offerts à 35 km, 40 km, 50 km. Mais d'obliger une mère de famille à voyager une, deux fois par semaine à une telle distance, avec tous les coûts encourus, on est loin de dire... Là, c'est vraiment une accessibilité théorique, je pense. Et on ne donne pas des services qui sont véritablement requis par la population dans une distance qui est raisonnable. Je pense que, là-dessus, je ne vois pas pourquoi... Je m'interroge également sur la complexité de pouvoir rendre des services plus près des besoins qui sont requis. En tout cas, j'espère que la Régie, à cet égard-là, prendra une action qui permettra de faire changer les choses. Autrement, c'est purement théorique, je pense. L'autre...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Juste un instant, M. le député de Vaudreuil. M. Roy, vous voulez ajouter quelque chose?

M. Roy (Jean-Marc): Oui, à la réponse de M. Marcoux, à savoir lorsqu'il parle de 45 km, 50 km, il parle de Saint-Jérôme et des environs. Mais, lorsque vous restez à Mont-Laurier, alors là, vous en mettez plus, de kilomètres, et les besoins sont aussi criants dans la région de Mont-Laurier que dans la région de Saint-Jérôme.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci de cette précision.

M. Marcoux: Merci.

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

M. Marcoux: En santé mentale, vous avez indiqué, je crois, qu'il y avait 467 enfants qui étaient en attente. Est-ce que c'est un nombre qui tend à augmenter? Et quels sont les délais d'attente aussi? Parce que c'est un volet, je pense, qui est important également. Est-ce que vous pouvez nous donner un peu quelle est la situation à cet égard-là? Et c'est relié évidemment à la question dont nous avons parlé tantôt, là.

M. Léger (Michel): C'est lié à plusieurs facteurs et pas uniquement, dans ce cas-là, lié à des questions d'argent. C'est aussi lié à la question de disponibilité de pédopsychiatres, qui sont des denrées relativement rares à l'intérieur des régions du Québec. Donc, dans ce sens-là, pour faire fonctionner un certain nombre de services en pédopsychiatrie, la région fait face, oui, bien sûr, je le mentionnais tout à l'heure, à des questions d'ordre budgétaire, mais oui, aussi, à des questions d'effectif, notamment de pédopsychiatres. Ça, c'est une partie du problème.

Donc, vous avez raison, quand je vous mentionnais la liste d'attente à ce niveau-là, cette liste

d'attente n'a cessé de croître depuis quatre ou cinq ans. On fait régulièrement des opérations un peu blitz, comme on faisait autrefois en protection de la jeunesse, où on faisait l'évaluation de l'ensemble des situations. En même temps qu'on fait ces évaluations-là, on peut s'apaiser la conscience, que les personnes vont avoir une évaluation, mais le problème de la prise en charge, qui est toujours le problème fondamental par la suite, demeure complètement entier. Donc, vous avez là une situation où il y a deux problèmes qui se conjuguent: d'une part, les pédopsychiatres, et des questions de budget pour pouvoir compléter les équipes qui devraient graviter en service externe pour pouvoir offrir des services d'évaluation et de prise en charge pour les jeunes.

M. Marcoux: Et pour l'aspect des services donc des pédopsychiatres principalement, là, est-ce que vous entrevoyez des mesures qui vont permettre d'augmenter les ressources professionnelles? Est-ce qu'il y a eu des mesures, depuis un an, qui ont été prises et est-ce qu'il y a eu des résultats concrets?

M. Léger (Michel): M. Marcoux, sur cette question-là, je sais que le groupe d'appui qui a fait le tour de toutes les régions du Québec a été confronté, dans plusieurs régions, exactement au même type de situation et devrait, je l'espère, proposer à Mme Marois des recommandations pour pouvoir faire face à cette situation-là, compte tenu du fait que nous, seuls en régions, nous ne sommes pas capables de répondre à ça. C'est vraiment un problème plus global, plus systémique.

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

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente. Alors, je suis content, M. Léger, que vous ayez replacé les choses par rapport au président du Conseil du trésor. Je pense qu'on a la même opinion de la rigueur de notre président. Elle est exceptionnelle. Alors, ça peut être avantageux comme ça peut être un inconvénient.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: On peut couper les services...

M. Labbé: C'est ça.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Labbé: Alors, là-dessus, on s'entend bien. Moi, je voulais vous poser une question, parce que vous êtes peut-être une des rares régions qui vit ça comme tel aussi fortement, qui est toute la notion des villégiateurs. Je sais que vous avez un gros pourcentage de migration. Donc, ça suppose, en termes de services à la population, que, durant les week-ends, les fins de semaine, qu'on parle de Mont-Tremblant, qu'on parle de toute la région, puis tout ça...

Moi, j'aimerais savoir c'est quoi, l'impact sur votre budget, ça, ou comment vous fonctionnez au niveau des heures, parce que les gens doivent travailler

des heures, et c'est vraiment pour mon information, me dire comment vous devez gérer ça, parce que votre population doit doubler, je ne sais pas. C'est quoi, la proportion de gens qu'en termes de... Vous grossissez, les week-ends, par rapport à durant l'hiver, en tout cas, peu importe, l'été aussi.

M. Léger (Michel): Effectivement, il y a des territoires qui font plus que doubler, qui triplent. Première image que j'aimerais utiliser, la région des Laurentides, comme avez pu le voir, a augmenté sa population et, en plus de ça, a des villégiateurs.

On parle en ce moment des ambulances. Dans la région des Laurentides, depuis 1989, nous avons le même nombre de permis et transport ambulancier. Donc, dites-vous bien que, à partir du moment où la population augmente, ça vient tout de suite, même si on améliore l'efficacité au maximum, si on fait les meilleures télécommunications... À un moment donné, c'est le temps de réponse qui vient bloquer. Et dites-vous bien qu'à Tremblant, quand il y a un gros événement, Coupe du monde ou autre ou simplement n'importe quelle fin de semaine, le nombre de transports ambulanciers augmente de façon importante, et il nous a fallu réinjecter des budgets là-dedans. Et, là-dedans, le ministère a reconnu aussi de façon importante ce manque-là. On a pu bénéficier, dans le cadre de la dernière année, d'une augmentation, pour le transport ambulancier, de 850 000 \$. C'est juste pour illustrer le propos.

Maintenant, comment ça affecte les services? De façon générale, les gens qui viennent — c'est une image — dans la région ne viennent pas là pour être hébergés en longue durée, ne viennent pas là pour avoir une intervention, etc. Donc, ce sont beaucoup plus les services d'urgence comme tels qui viennent affecter nos services.

Ce qu'on observe de plus en plus maintenant, ce sont des personnes âgées — retraites et plus — qui viennent s'installer pour de longues périodes dans la région, et ça, il y en a de nombreuses, et qui viennent commencer à exercer une pression importante sur certains services de maintien à domicile. Donc, vous avez des gens qui ont l'habitude d'avoir un certain niveau de services à Montréal, qui viennent passer six ou huit mois — Dieu merci! pas en Floride, mais dans la région des Laurentides — et, à ce moment-là, ils exercent une pression importante sur les services. Ils sont même des fois assez insatisfaits de ne pas avoir le même niveau de services qu'ils ont l'habitude d'avoir dans la région d'origine. Donc, ça, ça exerce une pression, dont services d'urgence, que ce soit au niveau des hôpitaux ou au niveau des ambulances, une pression accrue maintenant en été sur les CLSC et un peu au niveau des personnes âgées, prises de prélèvements, etc. Mais, chez les autres services, ça ne crée pas une grande pression.

● (17 h 40) ●

Par contre, on pourrait vous donner de façon très détaillée le fait de l'impact réel sur l'ensemble des services hospitaliers. Je pourrais vous dire, par exemple, qu'à cause de tout le trafic qu'il y a sur la route 15 puis, après, 117, en moyenne, c'est quatre lits de l'hôpital de Mont-Laurier qui sont utilisés uniquement par des gens

en transit. Donc, quatre lits-année, c'est quand même beaucoup. Il y a des gens, soit qui ont un accident parce qu'ils se coupent un pied avec une scie mécanique, soit parce que c'est un conducteur de camion qui a eu un accident, ou autre. Donc, c'est ce genre de personnes. Donc, c'est quatre lits à Mont-Laurier. C'est quand même assez important, sur un petit hôpital de 75 lits.

M. Labbé: Quand on regarde la partie de votre déficit que vous avez estimé, le ministère est d'accord avec vous, c'est à 170 millions à peu près qu'on évalue de manque à gagner récurrent pour vous permettre d'atteindre un certain seuil d'équilibre, c'est ça? Je pense que je me comprends bien là-dessus? Vous avez pris la décision, cette année, de 16,2 millions de non provisionnés par la suite.

Et, quand je regarde une partie de votre document, en fait, qui est la page 6, où vous parlez que depuis 1996 vous avez diminué de 25 % vos cadres, vous avez en même temps, parallèlement à ça, augmenté de 25 % l'ensemble de vos employés. Je ne sais pas, j'espère que vous n'avez pas 20 000 employés, mais ça a été quoi? Même si, d'un côté, on a des difficultés financières, 25 %, à mon point de vue, c'est quand même important, ça veut dire que vous aviez des services à donner, c'est un choix que vous avez fait, je présume, qui était nécessaire. Ça a été quoi? J'essayerais de comprendre qu'est-ce qui a fait que vous avez fait ça.

M. Léger (Michel): D'abord, une petite précision sur le 70 millions, c'est effectivement le ministère, dans sa méthode, qui analyse les écarts entre les régions et qui estime à ce montant-là. Ça ne veut pas dire que cette méthode-là est à toute épreuve. Elle n'est suffisamment pas assez... qu'elle dépend de l'implantation complètement. Et vous avez eu une autre régie avant qui tient un discours complètement opposé. Avec la méthode de la Régie précédente, nous serions, comme région, en surplus de 25 millions.

M. Labbé: C'est ça.

M. Léger (Michel): Donc, c'est pour vous dire que les méthodes, il faut faire attention là-dedans, il faut prendre ça toujours avec un grain de sel. On pense que celle qui est utilisée par le ministère est quand même une tendance forte et généralement reconnue comme telle.

Maintenant, à savoir qu'est-ce qu'on a fait en termes de développement, effectivement, il faut comprendre que, malgré les compressions, nous sommes passés d'une enveloppe régionale à peu près de 365 millions au début de la transformation pour être rendus aujourd'hui, globalement, tous programmes confondus, à 427 millions, ce qui explique que, pendant cette période-là, nous avons pu malgré tout augmenter de façon spectaculaire. Et je comprendrai qu'une personne dans une entreprise privée dise: C'est incroyable, la croissance que vous avez eue, vous vous plaignez le ventre plein; vous êtes passés de 5 900 employés équivalents temps plein à 6 900.

M. Labbé: Ce n'est sûrement pas dû au président du Conseil du trésor.

M. Léger (Michel): C'est dû effectivement à une partie durant les compressions. Effectivement, nous avons été quelque peu épargnés parce qu'on était, entre guillemets, plus pauvres. Donc, on a été moins compressés. On a pu aussi remettre de l'argent qui était dans l'administration et autres dans les services, ce qui a contribué à augmenter. M. le président vous a mentionné qu'on a pu réallouer 18 millions dans les services comme tels. Et puis, ce qui a été donné après en compensation nous a permis d'atteindre un peu cet équilibre bizarre de dire: On compresse de 25 % les cadres et on augmente de 25 % les salariés; en termes de chiffres, ça fait bien. Quand on voit le nombre de clients potentiels là-dedans, on s'aperçoit qu'on a à peine la possibilité de sortir la tête de l'eau.

M. Labbé: Parfait. Je vous remercie beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, M. le député de Masson. Alors, je cède la parole au député de Champlain.

M. Beaumier: Merci, Mme la Présidente. C'est une question bien importante, ça concerne les services médicaux de base. Vous y avez fait allusion dans votre présentation, M. le président, à la page 9. Et il y a une phrase qui m'apparaît bien sibylline mais importante, d'autant plus qu'étant député de la région de la Mauricie vous savez un peu la problématique que nous vivons. Alors, je lis très bien que «quant aux services médicaux de base — je comprends que les urgences sont considérées comme un service médical de base, bien sûr — malgré le leadership de la Commission médicale régionale et la grande collaboration d'un bon nombre de médecins omnipraticiens pour la mise sur pied imminente du Département régional de médecine générale — qui est dans la loi, si je me rappelle bien — nous sommes inquiets — et c'est là que j'aimerais avoir votre éclaircissement — en absence de leviers réellement efficaces quant à la capacité du Département régional de médecine générale à améliorer la réponse à la demande de services».

Alors, ça réfère à toute la question des services offerts partout selon les urgences, selon les priorités, selon les vocations des établissements, avec en réseau les médecins en polycliniques, les médecins aussi aux CLSC puis les urgences des hôpitaux. Alors, vous voyez un peu ma préoccupation.

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

M. Madore (Gilles): Donc, le Département régional qui vient d'être créé, qui sera mis en place au mois de décembre chez nous. Nous, ce qu'on dit: C'est un très bon outil pour pouvoir mieux répartir les médecins sur le territoire. Mais ce qu'on déplore dans ça, c'est que la Régie régionale n'a aucun levier, n'a aucun pouvoir sur ce Département-là pour pouvoir mieux répartir les médecins, c'est-à-dire que, si les médecins veulent bien, à travers leur organisme, voir à une meilleure répartition géographique, à une meilleure répartition des tâches, ça va bien aller, mais, s'il y a des coins de territoire qui sont mal desservis, nous n'avons

aucun moyen coercitif à exercer sur ce Département-là. C'est le pourquoi que nous disons que nous sommes un peu inquiets sur le fonctionnement des DRMG.

M. Beaumier: Oui, M. Léger.

M. Léger (Michel): Peut-être, juste en complément, vous indiquer que dans la région, d'abord, en termes de nombre de médecins omnipraticiens — puisqu'on parle surtout des omnis, un peu d'urgentologues — il y a beaucoup d'endroits où nous fonctionnons, nous aussi, avec des dépanneurs. L'hôpital de Sainte-Agathe, par exemple, fonctionne avec des dépanneurs, l'hôpital de Lachute fonctionne avec des dépanneurs, et donc c'est très, très précaire. Moi, cet été, il aurait pu se passer à Sainte-Agathe la même chose qu'à Shawinigan. Et je peux vous dire qu'effectivement l'ensemble des médecins de Sainte-Agathe avaient et étaient sur le point, comme tel, de démissionner, parce que la charge était trop lourde puis il n'y avait pas assez de monde, au cas où on n'aurait pas réussi à avoir des dépanneurs. Donc, ce genre de situation est très précaire.

L'autre bout, c'est: Nous avons un profil des médecins. Sur l'ensemble des 570 médecins qu'on a, prenons les omnis, ça représente à peu près 370 omnis. Sur les omnis comme tels, 60 % pratiquent de façon mixte, c'est-à-dire de façon: hôpital, en cabinet privé ou auprès des personnes âgées ou un peu en CLSC. Et nous avons 40 % qui ont une pratique quasi exclusive en cabinet privé. Donc, on pourrait dire: Ces gens-là, le Département de médecine régionale devrait pouvoir les contraindre à aller donner main-forte auprès des autres. Mais dites-vous bien que ceux qui pratiquent juste en cabinet privé n'arrivent même pas à faire face à la tâche. Et il y a énormément de personnes dans le territoire des Laurentides qui n'arrivent pas à avoir un médecin de famille.

Donc, dans ce sens-là — et c'est ça, un peu, ce que nous disent les leaders médicaux dans notre région quand ils travaillent au sein de la Régie régionale — c'est bien beau, le Département, ce serait mieux si la Régie et le Département avaient certains leviers pour pouvoir forcer un petit peu les collègues à modifier leur style de pratique. Mais, en plus de ça, on ne peut pas répartir cette espèce de pauvreté, prendre des médecins qui font la pratique auprès des familles — il n'y en a pas assez dans certains territoires — pour les emmener et les obliger à faire de l'urgence. D'abord, souvent, des fois, ils ne sont pas formés, ce n'est pas leur champ d'intérêt, puis, en plus de ça, pendant ce temps-là, il y a des gens auprès desquels on n'interviendra pas de façon préventive, plus précoce... et qu'on suivra mieux les clients. Donc, c'est un peu le problème. Nous avons dans la région, en termes d'omnipraticiens, à peu près 5 % de la masse des omnipraticiens au Québec; on a plus de 7 % de la population. Il y a un manque à gagner en omnis qui est important. Là, je ne parle pas des spécialistes. Les spécialistes, on peut traverser les frontières, mais les omnis, en général, c'est sur place. Donc, la pression de services sur les omnipraticiens est énorme.

M. Beaumier: Y aurait-il des leviers réellement efficaces ou non? Ce que je comprends, c'est qu'il n'y a pas d'issue, dans ce que vous venez de me dire, là.

M. Léger (Michel): Le levier le plus efficace, je vais vous le dire, c'est celui des commissions scolaires. Les commissions scolaires, elles ne se sont jamais posé la question de comment répartir les profs, elles ont alloué des budgets en fonction du nombre de territoires, etc. Et ceux qui voulaient travailler comme prof de biologie au coin de Peel et Sainte-Catherine, ils sont au chômage. Donc, de temps en temps, ils ont été là où il y avait des jobs, et c'est pareil. Nous, ce qu'on recommande depuis longtemps, c'est le fait de répartir de façon un peu plus équitable l'enveloppe des budgets de la RAMQ, surtout pour toute la question des services de base au point de vue médical. À ce moment-là, ceux qui voudraient continuer à travailler d'une certaine façon auraient un petit peu plus de difficulté ou n'auraient pas tout à fait le même niveau de revenu.

M. Beaumier: Ça m'éclaire. Merci beaucoup.

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

● (17 h 50) ●

M. Williams: Merci, Mme la Présidente. Merci encore une fois pour votre présentation. J'ai oublié de mentionner, la première fois, mon commentaire très positif sur la documentation. J'espère que vous allez passer le commentaire à votre équipe. M. le président, j'espère que votre directeur général n'est pas payé à la page, mais c'est une documentation très, très bien faite et utile. Et j'ai voulu juste vous encourager et encourager les autres régies à préparer ça comme ça aussi.

Le temps presse. Je voudrais questionner sur deux sujets: un sur le service préhospitalier d'urgence. Vous avez préparé un document, dont deux cahiers assez importants, mais qui finit vers 1998, avec le temps de réponse moyen, etc. Et merci pour ça. Je voudrais savoir... Parce que, dans vos notes, vous avez mentionné qu'il n'y a pratiquement pas de développement de ressources humaines depuis 1989; vous avez parlé un peu du comité Dicaire; le Vérificateur général a sévèrement critiqué le gouvernement sur son manque de leadership dans ce dossier. Est-ce que le temps de réponse a été amélioré depuis le dépôt de ces chiffres? Et qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour continuer à améliorer ça?

Et une question de clarification: Est-ce que les services préhospitaliers d'urgence sont sous la loi n° 107 aussi? Parce que je voudrais savoir: Est-ce que, aussi, nous allons avoir un problème en janvier avec ces services préhospitaliers? Peut-être que le directeur général ne veut pas toujours discuter de la loi n° 107, mais ça me préoccupe beaucoup.

Et, parce que le temps passe, je vais demander ma deuxième question tout de suite. En 1998-1999, vous avez reçu presque 60 000 \$ qui viennent de l'entente Canada-Québec pour les services anglophones. Ça n'a pas été renouvelé. Est-ce que vous allez continuer à protéger cet argent chez vous? Merci de me donner une chance, Mme la Présidente, de demander deux questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. M. Léger, la dernière question.

M. Léger (Michel): Je vais commencer par la fin. Les services d'accessibilité aux services en langue anglaise, vous le savez, puisque vous avez déjà siégé sur notre commission, avant même que la loi le demande, donc, dans ce sens-là, nous avons toujours eu la même philosophie de faire en sorte qu'on s'assure auprès des communautés anglophones de notre territoire, qui sont de plus en plus en difficulté, qui vieillissent de façon majeure... Et ce sont des gens qui ont très peu l'habitude de nos institutions, ils n'osent pas demander des services, et on est obligé de faire des grands détours en passant par les églises pour être capable de les rejoindre. C'est donc quelque chose qui nous préoccupe. Donc, dans ce sens-là, on n'ira pas faire de compressions dans ce maigre budget là.

Deuxième élément, sur les services pré-hospitaliers d'urgence, nos données effectivement s'arrêtaient — celles auxquelles vous faites référence — au moment où on pensait venir en commission parlementaire, juste avant les élections. Si vous voulez les données complémentaires, on pourrait...

M. Williams: S'il vous plaît.

M. Léger (Michel): ...faire déposer ça dans les jours qui suivent, sur les temps de réponse. Je demanderai aux gens de chez nous de vous envoyer ça. Donc, comptez sur nous là-dessus. Vous devez comprendre que le temps de réponse ne s'est pas vraiment amélioré. On a eu cependant un coup de pouce important de la part du ministère avec un 850 000 \$ qui nous a permis d'ajouter de la main-d'oeuvre additionnelle, notamment dans la partie de Sainte-Agathe et de Tremblant, où les temps de réponse étaient vraiment des plus complexes, surtout compte tenu de l'explosion des touristes à certaines périodes. Mais le temps de réponse dans le sud se détériore toujours. Donc, les chiffres que vous avez font en sorte que, paradoxalement, là où les territoires sont ceux de type semi-urbain ou urbain, où on devrait avoir un temps de réponse en huit minutes, et dans les autres, 15 minutes ou 30 minutes dans les parties rurales, c'est quasiment les parties rurales où on est juste autour du bon temps de réponse. Et c'est dans les parties les plus densément peuplées où on n'atteint pas ça, parce qu'il faudrait renforcer les ressources comme telles. Donc, oui, le temps de réponse se détériore légèrement malgré un ajout d'horaires de travail additionnels, donc partie de réponse à votre question.

L'autre bout, avec l'aspect de la loi n° 107, nous gérons avec ces corporations-là, qui sont des entreprises privées comme telles, avec une notion de contrat. L'impact que ça a cependant, c'est que, non, elles ne vont pas dans des déficits, mais, deux, on observe la détérioration du temps de réponse.

M. Williams: Merci beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci. Ceci met fin à nos travaux pour aujourd'hui. Alors, MM. Madore, Roy et Léger, je voudrais vous remercier pour votre bonne collaboration, de même que tous les gens qui vous accompagnent. Je profite de l'occasion aussi pour souligner le bon travail que vous

avez fait en nous produisant les documents qui nous sont parvenus. Je vous souhaite un bon retour. Et j'ajourne les travaux à demain, 9 heures, n'oubliez pas, dans la salle Louis-Joseph-Papineau. Merci.

(Fin de la séance à 17 h 55)