

ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

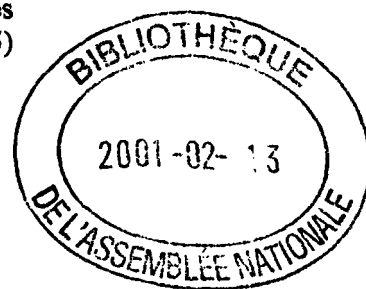
TRENTE-SIXIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente
des affaires sociales

Le mercredi 6 septembre 2000 — N° 61

Examen des rapports annuels de certaines régions
régionales de la santé et des services sociaux (5)



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

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

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

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

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

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

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

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 6 septembre 2000

Table des matières

Auditions

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval	1
Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais	19
Document déposé	28

Intervenants

Mme Monique Gagnon-Tremblay, présidente

M. Yvon Marcoux
M. Jean-Claude St-André
M. Thomas J. Mulcair
M. Yves Beaumier
Mme Manon Blanchet
M. Gilles Labbé
M. Roch Cholette
M. Russell Williams

- * M. Pierre Hamelin, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval
- * Mme Michèle Auclair, idem
- * Mme Claire Pagé, idem
- * M. Denis Gravel, idem
- * M. Serge Forget, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
- * M. Normand Beaudoin, idem
- * M. Marcel Reny, idem
- * M. Armand Boudreau, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 6 septembre 2000

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

(Neuf heures)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, la commission des affaires sociales se réunit ce matin afin de procéder à l'étude des rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999 des régies régionales de la santé et des services sociaux de Laval et de l'Outaouais et de les entendre à cette fin conformément à l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

Le Secrétaire: Oui, Mme la Présidente. Mme Lamquin-Éthier (Bourassa) est remplacée par M. Marcoux (Vaudreuil) et Mme Loiselle (Saint-Henri—Sainte-Anne) par M. Williams (Nelligan). Pour la première partie de la séance, M. Copeman (Notre-Dame-de-Grâce) est remplacé par M. Mulcair (Chomedey) et ensuite remplacé par M. Cholette (Hull).

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous remercie. Alors, de 9 heures à 11 heures, nous entendrons la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, et puis, à 11 heures, jusqu'à 13 heures, nous entendrons la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

Alors, je vous rappelle que nous avons deux heures par régie régionale, c'est-à-dire réparties de cette façon: 30 minutes pour l'exposé de l'organisme et puis 90 minutes par la suite pour les échanges avec les membres de la commission.

Alors, je salue les représentants de la Régie régionale de la santé... Je cède la parole au président de... c'est-à-dire... c'est ça, au président...

Une voix: À la directrice générale...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est le président. Vous êtes vice-président ou président?

M. Hamelin (Pierre): Le vice-président, madame.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vice-président. M. Hamelin.

M. Hamelin (Pierre): C'est bien ça.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je cède la parole à M. Pierre Hamelin, qui est vice-président du conseil d'administration. Et, M. Hamelin, avant de faire votre exposé, j'apprécierais si vous pouviez nous présenter les membres, les personnes qui vous accompagnent ce matin.

Auditions

**Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Laval**

M. Hamelin (Pierre): Oui. À mes côtés, M. le docteur Denis Gravel, qui est président de la commission médicale régionale de Laval et membre du conseil d'administration, et aussi, à mes côtés, Mme Michèle Auclair, notre directrice générale. Derrière moi, il y a Mme Déquier, qui est la secrétaire générale; il y a Mme Pagé...

Une voix: La directrice des programmes.

M. Hamelin (Pierre): ...la directrice des programmes; et M. Auger, qui est au service des finances.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous cède la parole, M. Hamelin.

M. Hamelin (Pierre): Merci. Mme la Présidente, Mmes, MM. les députés, je suis Pierre Hamelin, vice-président du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval. Aujourd'hui, je parlerai au nom de notre président, M. Jean-Louis Bédard, qui n'a pu être des nôtres et qui me prie de vous transmettre ses regrets et ses respects.

Il me fait donc plaisir de prendre la parole au nom de la Régie régionale de Laval et de son conseil d'administration pour participer à cet exercice démocratique par lequel nous venons rendre compte de nos actions entreprises en regard des responsabilités qui nous sont confiées par la loi et de l'utilisation que nous avons faite des sommes qui nous ont été allouées. Nous tenons à témoigner de notre plus grand respect pour cette démarche et vous assurer de notre volonté de vous fournir les informations les plus précises possible.

Dans le cahier que nous vous avons remis, nous avons tenté d'aller à l'essentiel et de réconcilier notre obligation de transparence et notre souci de ne pas être trop lourd. Ma présentation s'inspirera du même principe.

L'action de la Régie régionale de Laval au cours de la période en examen, soit de 1995 à 1998, trouve son assise sur deux démarches réseau qui se sont incarnées en deux documents majeurs d'orientation, à savoir le *Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1996-1998* et le *Plan de consolidation des services 1998-2002*. Ces documents marquent deux temps forts de la jeune histoire de notre région sociosanitaire. Le premier, le plan d'organisation, correspond à la prise en main du réseau par des décideurs régionaux. Il visait principalement une meilleure cohésion des services. Dans votre cahier, vous trouverez un bilan des 70 mesures qui ont été

implantées dans sa foulée. Le deuxième, le plan de consolidation, est le fait d'une région qui sait déjà serrer les rangs. Il propose à la fois une vision du développement des services et une philosophie de gestion, cela en trois points: un, une organisation axée sur l'accessibilité et la continuité des services; deux, des relations inter-régionales et extrarégionales inspirées par le partenariat et l'innovation; et, trois, une gestion appuyée sur des résultats. C'est donc de cette approche que nous témoignons aujourd'hui, et nous le ferons à travers l'exploration de certains programmes et clientèles. Toutefois, avant d'entrer dans les résultats, il convient de parler de notre clientèle.

Deux phénomènes importants caractérisent la clientèle du réseau de la santé et des services sociaux de Laval: elle vieillit vite et elle veut de plus en plus avoir des services près de chez elle. Depuis 1993, pendant que la population des moins de 65 ans s'accroissait de 2 % à Laval, la population des 65 ans et plus augmentait 15 fois plus vite et progressait de 31 %. Parallèlement à ce vieillissement, le réseau de la santé et des services sociaux de Laval a été de plus en plus sollicité par sa population. Pendant la décennie quatre-vingt-dix, la proportion des Lavallois utilisant des services de santé sur le territoire de Laval a bondi de 66 %, si bien qu'aujourd'hui presque la moitié des Lavallois sont soignés chez eux, l'autre moitié étant surtout soignée à Montréal. D'autre part, en plus de servir sa propre population, le réseau de la santé et des services sociaux de Laval accueille plusieurs non-résidents dans ses établissements. Ainsi, en 1998-1999, le tiers de la clientèle de la Cité de la santé de Laval provenait de l'extérieur de la région: 15 % provenait de Lanaudière, 12 % des Laurentides et 6 % de Montréal. La même année, la clientèle hospitalisée à l'Hôpital juif de réadaptation provenait de Montréal dans une proportion de 35 %.

La combinaison du vieillissement de la population, de la popularité du réseau auprès de sa population résidente et du maintien des responsabilités suprarégionales a créé une forte pression sur le réseau lavallois, une pression qui s'est d'autant plus accentuée que les ressources, qu'elles aient été humaines ou matérielles, n'ont pas évolué en harmonie avec l'achalandage. Car il faut mentionner qu'en certains domaines, au-delà des compressions effectuées, la région de Laval est carrément sous-financée. En santé mentale et en déficience intellectuelle, Laval vient aux 13^e et 15^e rangs en termes d'investissements; elle est au 14^e rang en santé publique. Autre donnée significative, le per capita des CLSC de Laval, à 74,72 \$, est à peine la moitié de celui de la moyenne québécoise. Pour la région, c'est un manque à gagner de 23 millions.

● (9 h 10) ●

Si nous convenons qu'il est normal que les Lavallois obtiennent à Montréal des services surspécialisés qui ne sont pas offerts à Laval, nous maintenons que les Lavallois doivent avoir accès sur place à l'ensemble des services que justifie leur nombre, et, en priorité, des services de première et deuxième ligne, les services requis par les clientèles les plus vulnérables socialement et économiquement, ceux et celles pour qui Montréal est loin.

Néanmoins et en dépit de ce contexte, nous sommes parvenus au cours des dernières années à

élargir le nombre de places en hébergement de longue durée, à améliorer nos services de soutien à domicile, à développer une programmation de soins et de services ambulatoires unique au Québec et à accroître notre soutien à la communauté. Je vous propose de passer en revue quelques-unes de nos réalisations qui témoignent aussi, dans certains cas, des limites de notre action. J'aborderai les thèmes suivants: des initiatives en promotion-prévention, la santé physique, la déficience physique, les services aux personnes âgées, les services à la jeunesse, les organismes communautaires.

En matière de promotion-prévention, nous avons établi dans notre plan de consolidation que les personnes âgées et les jeunes seraient des clientèles prioritaires, et nos actions ont été conséquentes. Par exemple, afin de briser l'isolement des personnes âgées et éviter une détérioration de leur santé, nous avons mis en place, au printemps 1998, le concept de guichet unique d'accès aux services. Il permet de suivre, sur une base régulière, l'évolution de l'état de santé de personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Ce service, rassurant pour la clientèle et leurs familles, rejoint maintenant plus de 1 500 clients qui sont presque tous âgés de plus de 75 ans. Le guichet unique a été implanté avec un budget de 800 000 \$.

La Régie de Laval s'est aussi distinguée par des initiatives originales de promotion de l'activité physique autant à l'intention des personnes âgées que des plus jeunes. À titre d'exemple, nous retrouvons les projets suivants: les clubs de marche, Famille au jeu Laval, programmes Vie active et ParaChute. Et, pour les enfants d'âge préscolaire, nous avons mis en place, avec beaucoup de succès, le programme Brindami qui vise la prévention des comportements agressifs par la promotion des habiletés sociales. En matière de promotion-prévention, nous affichons des réalisations structurantes, et cela, même si le budget voué à la santé publique s'est maintenu depuis quatre ans.

Parlons maintenant de santé physique. En santé physique, la période en examen a été marquée par deux faits principaux: un, l'implantation de la Programmation régionale de services ambulatoires; deux, l'engorgement régulier de l'urgence de la Cité de la santé de Laval.

Afin de composer avec un accroissement de la demande, un alourdissement de la clientèle et une stagnation des ressources, nous avons voulu dynamiser la circulation des clients à l'intérieur du réseau. Autrement dit, nous avons cherché une plus grande efficacité. Par exemple, nous avons fait la promotion du service Info-Santé CLSC, dont le nombre d'appels a crû de 15 % entre 1996 et 1999. Parallèlement, la performance de ce service de consultation téléphonique s'est améliorée, l'attente moyenne passant de 5,3 à 4,5 minutes.

La mise en marche de la Programmation régionale de services ambulatoires, à l'automne 1998, s'inscrivait aussi dans cette volonté d'arriver à faire plus dans un contexte où le nombre de lits est limité. Ce que nous appelons la PRSA, la Programmation régionale de services ambulatoires, est à la fois une innovation organisationnelle et technologique. C'est un projet qui réunit sept établissements publics et qui donne à l'expression «continuité des soins» un sens qu'on ne lui connaissait pas au Québec: des informations qui

précèdent le patient d'un établissement à l'autre. De ce projet est né le CHARL, au printemps 1999, le Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval, le premier hôpital sans lit au Québec — sans, s-a-n-s. Dans les 18 mois suivant l'implantation de la PRSA, 27 nouveaux services ont été développés dont beaucoup visaient à soigner des personnes âgées ayant des maladies chroniques, qui participent au premier chef à l'engorgement des services d'urgence. Pensons ici aux maladies cardiaques et respiratoires ou aux problèmes gériatriques. Depuis la mise en place de cette Programmation, environ 8 000 visites ont été enregistrées.

Entre l'automne 1998 et mars 2000, 8,7 millions ont été investis dans le développement des nouveaux services. Cette année, le budget sera de 18 millions. La PRSA est un projet porteur qui offre une partie de solution aux problèmes posés par le fort accroissement de l'achalandage de notre réseau, mais qui ne répond que très partiellement à l'autre problème que nous éprouvons : l'alourdissement de la clientèle. Ce qui m'amène à parler de l'urgence de la Cité de la santé de Laval.

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation des maladies chroniques. À Laval, cette réalité a créé une pression sans cesse plus grande sur le principal hôpital de Laval et sa salle d'urgence. Alors que la durée moyenne de séjour en chirurgie et en obstétrique à Laval est comparable à la moyenne québécoise, en médecine, elle est supérieure et se tient entre huit et neuf jours. Cette DMS — durée moyenne de séjour — accrue freine la cadence de libération des lits sur les étages et entraîne inévitablement un refoulement à l'urgence. Exprimée en termes d'achalandage, la situation est la suivante : depuis trois ans, l'achalandage moyen à l'urgence de la Cité de la santé de Laval est de 115 %, avec des pointes de 170 % et même de 200 %.

Ces données montrent que l'urgence de la Cité de la santé de Laval est sous une tension constante et, épisodiquement, que la pression devient quasi insupportable. En prévision de ces périodes de pointe, nous agissons de concert avec tout le réseau. Au cours des ans, les plans de contingence qui ont été adoptés ont repris un ensemble de mesures dont on a pu mesurer les effets bénéfiques. Ces plans de contingence sont efficaces dans la mesure où ils permettent d'ouvrir rapidement des lits. Mais ils impliquent des désagréments importants pour les clients qui sont hébergés dans des conditions de surcapacité. Ils accroissent aussi, bien évidemment, la pression sur les ressources humaines déjà fort sollicitées. Ces plans de contingence révèlent aussi les limites de notre action. La conclusion qui s'impose à Laval est qu'il est devenu nécessaire d'ajouter des lits de courte durée. Nous présenterons une demande à cet effet dans le courant de la présente année.

Cela dit, le printemps dernier, la Régie régionale de Laval a présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux un plan de développement des infrastructures. Ce plan prévoit notamment la reconfiguration complète de l'urgence de la Cité de la santé de Laval. Ces investissements amélioreront de façon importante la fonctionnalité des lieux.

• (9 h 20) •

Je traiterai maintenant très brièvement de déficience physique, et je le ferai à travers le prisme de la collaboration interrégionale. La région de Laval, même si elle compte un hôpital spécialisé en réadaptation, l'Hôpital juif de réadaptation, demeure une région pauvre en ce qui a trait aux services en déficience physique. Le budget annuel consacré à ce domaine de soins se maintient, depuis quatre ans, aux environs de 10 millions. Cependant, les services disponibles sur le territoire vont au-delà de ce que permettrait cette somme. La solution trouvée depuis 1997-1998 est un partenariat avec trois établissements spécialisés montréalais : l'institut Raymond-Dewar, spécialisé dans la déficience auditive; l'institut Nazareth et Louis-Braille, spécialisé dans la déficience visuelle; et l'Institut de réadaptation de Montréal. En vertu de ces ententes, des spécialistes de ces établissements montréalais viennent offrir des services à la clientèle lavalloise dans les locaux de l'Hôpital juif de réadaptation. En 1998-1999, plus de un millier de Lavallois ont ainsi reçu des services les aidant à compenser leurs limitations fonctionnelles. Ces ententes permettent de répondre à une partie des besoins régionaux. Cependant, elles ne s'adressent qu'à une clientèle adulte. Nous travaillons présentement à élaborer un modèle d'organisation qui permettrait d'offrir des services en déficience physique à une clientèle pédiatrique.

Abordons maintenant la question des services aux personnes âgées. Les services aux personnes âgées se sont beaucoup développés à Laval pendant la période en examen. Deux réalisations principales en témoignent : un, l'essor des services de maintien à domicile et, deux, le développement de places en hébergement de longue durée. Entre 1995 et 1999, le nombre de personnes recevant des services de maintien à domicile a connu une progression de 55 % à Laval, passant de 5 660 en 1995-1996 à 8 731 en 1998-1999. Les personnes âgées constituent les deux tiers de la clientèle totale. Pendant la même période, les investissements totaux en maintien à domicile ont été portés à 12 millions, en croissance de 45 %.

Cette très forte progression des services de maintien à domicile s'est faite en harmonie avec le développement des places en hébergement de longue durée. Depuis 1998, 243 nouvelles places en hébergement de longue durée ont été construites à Laval, principalement par le biais de l'ouverture de deux nouveaux CHSLD. L'Orchidée blanche-CHSLD a ouvert ses portes en avril 1999. Il s'agit d'un établissement de 128 lits. Son ouverture s'est accompagnée de la fermeture de deux résidences, pour un gain de 51 places. Un budget brut annuel de 5,9 millions a été octroyé pour le fonctionnement de cet établissement. Le CLSC et CHSLD du Marigot a été inauguré en juin 1999. Un ajout de 96 lits publics a permis à la résidence Idola Saint-Jean, volet CHSLD de l'établissement, de développer un programme de centre de jour et une unité spécifique en santé mentale. Pour le bon fonctionnement de ces 96 nouveaux lits, un budget brut additionnel de 4,5 millions a été octroyé sur une base annuelle.

Afin de combler l'attente de l'ouverture de nouveaux établissements, la Régie régionale de Laval a conclu des ententes de partenariat avec des centres

d'hébergement privés autofinancés. Cette collaboration novatrice a permis, à son plus fort, la création temporaire de 159 places. Encore aujourd'hui, 50 places résultent de ce type de collaboration. Le développement rapide de places en hébergement de longue durée a permis de réduire les délais d'attente. En cela, l'accroissement de notre capacité en hébergement de longue durée constitue une des réalisations importantes des dernières années.

Avant de terminer ce volet consacré aux personnes âgées, je dirai un mot sur la formidable collaboration entre la Régie régionale de Laval et la Fédération de l'âge d'or du Québec, la FADOQ, qui a conduit au programme Rose d'or. Ce programme est le premier du genre. Il vise à apprécier la qualité des services offerts dans les centres d'hébergement privés par l'attribution des insignes Rose d'or. Un bottin Rose d'or a été produit et largement distribué. Le bottin Rose d'or présente les résidences primées. Ce programme, par la stimulation d'une saine concurrence, favorise l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées et constitue un guide précieux pour leurs familles.

Je parlerai brièvement maintenant des services à la jeunesse pour témoigner de l'excellence du centre jeunesse de Laval et de la qualité de la collaboration en ce domaine. En effet, depuis 1997, des ententes de collaboration entre les centres jeunesse de Montréal, Laval, Montérégie et Laurentides ont permis une mise en commun des places en hébergement sécuritaire. Ces ententes ont permis d'améliorer la qualité de réponse. La performance à cet égard du centre jeunesse de Laval est digne de mention. Depuis la création de la région sociosanitaire de Laval, le centre jeunesse de Laval a graduellement réduit au tiers de la moyenne québécoise la proportion de jeunes en attente pour les évaluations jugées prioritaires. Cette rapidité d'intervention est d'autant plus significative que le centre jeunesse de Laval a été un des établissements lavallois les plus touchés par les compressions. Le comité Lebon a d'ailleurs noté, lors de son passage à Laval, que la région, malgré des effectifs inférieurs à la moyenne québécoise en matière de protection de la jeunesse, était parmi les seules à avoir gardé le contrôle de ses listes d'attente pour évaluation. Par ailleurs, la dernière année a vu la conclusion d'une entente de collaboration entre le centre jeunesse de Laval et les CLSC du territoire. L'objectif poursuivi par cette entente est d'améliorer la qualité des services offerts aux jeunes en difficulté et à leurs proches et d'accélérer le traitement des dossiers.

Mesdames, messieurs, voilà qui fait un bref tour d'horizon de nos réalisations des dernières années et qui met en lumière certains défis auxquels nous faisons face. Comme vous le voyez, nous avons réussi à enrichir de façon importante l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux de Laval. Si le mérite revient à tous ceux et celles qui travaillent dans nos établissements, il est important de souligner que ces progrès n'auraient pas été réalisés sans l'appui des organismes communautaires. En quatre ans, le nombre d'organismes communautaires subventionnés par la Régie régionale de Laval est passé de 59 à 76, pour un investissement qui a été porté de 3,8 millions en 1995-1996 à 7 millions en 1998-1999. En accord avec nos orientations maîtresses, c'est dans l'aide à domicile et les

services aux clientèles les plus vulnérables que les plus fortes croissances ont été enregistrées.

● (9 h 30) ●

La réponse de la région de Laval aux défis posés par le vieillissement de sa population, la croissance de son achalandage et la stagnation de ses ressources aura eu un maître mot: «partenariat». Par ce moyen, nous avons pu amoindrir la portée des compressions qui ont été effectuées. En 1995 et 1999, la région de Laval a essuyé des compressions budgétaires de 29 millions dont 50 % en non-financement. Pendant la même période, les réallocations nationales ont atteint les 38 millions. Ces seuls chiffres laissent donc l'impression que la région de Laval a traversé la période des compressions budgétaires avec un gain net de 10 millions. Ce que ces données ne révèlent pas cependant, c'est que, sur les 38 millions de réallocations, plus de 19 millions ont été investis dans l'ajout de 153 lits à la Cité de la santé de Laval. Cette précision apportée, j'ajouterai que la situation financière du réseau lavallois de la santé et des services sociaux est équilibrée mais peu rassurante. Le rehaussement de la base budgétaire des établissements le printemps dernier a ajouté 8 millions au budget de fonctionnement des établissements de la région. Cela a permis d'éponger en majeure partie le déficit annuel de 9,4 millions. Pour faire image, je dirai que nous sommes dans une situation où nous parvenons à nous maintenir la tête hors de l'eau en nous dressant sur la pointe des pieds. C'est vivable mais inquiétant.

Comme vous le voyez, les dernières années ont été chargées, à Laval, éprouvantes même, mais aussi formidablement stimulantes. Ces années de vieillissement de notre population, d'accroissement de notre clientèle, de réduction de nos ressources nous ont forcés à livrer le meilleur de nous-mêmes. En cela, le grand acquis de ces années est certainement le pas important que nous avons franchi vers l'édification d'un réseau parfaitement intégré de soins de santé et de services sociaux. C'est ce ralliement de nos gens qui nous a permis d'élargir le nombre de places en hébergement de longue durée, d'améliorer nos services de soutien à domicile, de développer une programmation de soins et de services ambulatoires unique au Québec et d'accroître notre soutien à la communauté.

Aujourd'hui, avec le recul, nous considérons humblement que les administrateurs de la Régie régionale de Laval ont livré la marchandise. Nous avons agi avec rigueur, compassion et vision pour trouver des solutions pratiques et réalistes aux difficultés qui nous confrontaient. Les résultats probants sont nombreux, mais il est aussi vrai que nous avons vu, en certains domaines, les limites de notre intervention. En cela, nous voyons d'un très bon oeil les consultations actuellement en cours sur l'organisation et le financement des services de santé et des services sociaux. Nous sommes de ceux qui appellent à des solutions durables. Merci. Mesdames, messieurs, nous sommes ouverts à vos questions.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, M. Hamelin, pour cette présentation. J'aborderai maintenant l'échange avec les membres de la commission, et je cède sans plus tarder la parole au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, M. Hamelin, ainsi qu'à toutes les personnes qui vous accompagnent. Je vous remercie de votre présentation qui était très bien faite. J'aurais quelques questions à vous poser, et mes collègues pourront enchaîner par la suite, concernant le financement des établissements dans votre région.

Quel est le déficit réel de l'ensemble des établissements de la Régie, qui sont couverts par la Régie, selon les états financiers vérifiés des établissements pour l'année qui s'est terminée le 31 mars 2000, je veux dire le déficit accumulé, réel, de l'ensemble de vos établissements, selon les états financiers vérifiés?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Hamelin... Mme Auclair.

Mme Auclair (Michèle): Au 31 mars 1999, le déficit des établissements était de 5,8 millions. C'est un déficit, par ailleurs, que le gouvernement s'est trouvé à combler en entier. La région ne comptait pas, comme tel, de déficit accumulé, il s'agissait donc d'un déficit de fonctionnement de l'année qui a été totalement comblé. On a vu aussi, avec les nouvelles allocations, le rehaussement des bases budgétaires de quelques-uns de nos établissements, pour l'année 1999-2000, à la hauteur de 8,4 millions pour l'ensemble de nos établissements.

M. Marcoux: Là, vous m'avez parlé — j'ai peut-être mal compris — du déficit accumulé, en fait du déficit au 31 mars 1999; je vous posais la question pour le 31 mars 2000.

Mme Auclair (Michèle): Ah, je m'excuse, je parlais effectivement du 31 mars 2000.

M. Marcoux: Maintenant, est-ce que, pour l'année 2000-2001, certains de vos établissements ont présenté un budget qui n'était pas en équilibre?

Mme Auclair (Michèle): Effectivement.

M. Marcoux: Pourriez-vous...

Mme Auclair (Michèle): Malgré l'allocation de 8,4 millions qu'a reçue la région au chapitre du rehaussement des bases budgétaires pour 2000-2001, on note des difficultés financières importantes encore à Cité de la santé et à l'Hôpital juif, dans le fond, pour le gros des déficits anticipés cette année dans les hôpitaux, et des difficultés financières relatives aussi en CLSC. Pour ce qui est des hôpitaux eux-mêmes, le déficit anticipé de Cité de la santé pour l'année tourne autour de 8 millions. Cependant, le ministère reconnaît dans ce 8 millions autour de 4 millions qui sont des dépenses importantes attribuables à certains facteurs, qu'on a appelés «zones de fragilité», qui ont trait à l'augmentation des coûts de pharmacie, l'augmentation des fournitures, l'augmentation de certaines clientèles dans des spécialités vraiment très particulières: la dialyse, pour n'en nommer qu'une. Alors, de ce 8 millions, il y a certainement 4 millions que le ministère reconnaît à la Cité de la santé comme étant des augmentations, si vous voulez, des dépenses qui seraient d'une certaine façon couvrables ou remboursables par le ministère.

La situation à l'Hôpital juif de réadaptation, au chapitre du déficit anticipé, est moindre, mais préoccupante quand même, puisqu'on figure actuellement une difficulté de rencontrer l'année, qui se situe autour de 300 000 \$.

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

M. Marcoux: Mme la Présidente, simplement peut-être pour préciser, vous avez mentionné que le déficit, je pense, était de l'ordre de quelque 5 millions. C'est exact?

Mme Auclair (Michèle): Oui, à la fin de l'année financière 1999-2000.

M. Marcoux: C'est parce que, dans la présentation que M. Hamelin a faite, lui, lorsqu'il parle du 8 millions, il dit: «Cela a permis d'éponger en majeure partie le déficit accumulé de 9,4 millions.» Vous me dites, vous parlez de cinq, et M. Hamelin, dans sa présentation, lui, mentionne qu'il y avait un déficit accumulé de 9,4 millions.

Mme Auclair (Michèle): En fait, il y a une erreur ici, au texte. Il ne s'agit pas d'un déficit accumulé, puisque la région ne comptait pas de déficit accumulé. On parle d'un déficit d'opération pour l'année 1999-2000 et l'anticipation d'une partie du déficit 2000-2001.

M. Marcoux: Mais, écoutez, là, je voudrais juste comprendre. Ici, dans le texte, vous dites qu'il y a une erreur.

Mme Auclair (Michèle): Oui, puisqu'on parle d'un déficit accumulé, ce qui n'est pas le cas.

M. Marcoux: Oui, mais est-ce que le déficit au 31 mars 2000, il était seulement de 5,6 millions? Ici, on dit qu'il est de 9,4. Accumulé ou pas, peu importe, quelle était la situation financière des établissements qui sont sous la juridiction de la Régie au 31 mars 2000? Est-ce que le déficit total était de 9,4, tel qu'on mentionne dans le texte, ici, ou s'il n'était pas de 9,4?

Mme Auclair (Michèle): En fait, le ministère a remboursé les déficits qui étaient compensables à la hauteur de 5,4 millions, mais effectivement le déficit au 31 mars était de 9 millions.

M. Marcoux: Au 31 mars 2000.

Mme Auclair (Michèle): Oui.

M. Marcoux: Était de 9,4 millions.

Mme Auclair (Michèle): Oui.

M. Marcoux: Et le ministère n'a comblé que 8 millions là-dessus. C'est ça?

Mme Auclair (Michèle): C'est ça.

M. Marcoux: Donc, il y a un écart, si je comprends bien, en partant, pour l'année 2000-2001, de 1,4 millions.

Mme Auclair (Michèle): Effectivement.

M. Marcoux: À un niveau d'activité et de services égal à l'année précédente.

Mme Auclair (Michèle): Effectivement.

M. Marcoux: Alors, on se comprend là-dessus.

Mme Auclair (Michèle): Oui.

M. Marcoux: Donc, le ministère n'a pas compensé au total le déficit au 31 mars 2000?

Mme Auclair (Michèle): Non. Selon nos calculs, les déficits ont été remboursés à la hauteur de 87 % environ.

M. Marcoux: Et ce qu'on mentionnait — je pense, le président du conseil de la Cité de la santé — c'est que les prévisions budgétaires, les dépenses étaient de 123 millions, avec des revenus de 114 millions. Ce que vous mentionnez, c'est que le ministère reconnaît une partie du déficit anticipé, mais pas totalement. Donc, est-ce qu'à ce moment-là la Cité de la santé, les institutions, peut-être les CLSC, parce qu'ils semblent être en mauvaise situation eux autres aussi — M. le vice-président a mentionné le per capita des CLSC — devront couper dans les services, comme semblait l'indiquer le président du conseil d'administration de la Cité de la santé, à cause de la loi antidéficit? Si je comprends, vous semblez être d'accord avec ça, parce que, dans le texte de M. le vice-président, il dit: «C'est inquiétant mais c'est vivable.»

Donc, je vous pose la question: Est-ce que la Régie est d'accord avec des réductions et des coupures de services pour atteindre l'équilibre budgétaire?

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

● (9 h 40) ●

Mme Auclair (Michèle): Non. Effectivement, l'hôpital nous a soumis en juin dernier un plan d'équilibre budgétaire qui supposait la réduction de services dans certains domaines particuliers. Le conseil d'administration de la Régie régionale, réuni en assemblée spéciale, a refusé le plan de compressions, le plan d'équilibre budgétaire de l'établissement. C'était, je dois le souligner aussi, par ailleurs, avant la rencontre qu'on a eue avec le ministère et qui nous donnait, je dirais, certains espoirs de compenser une partie de ce déficit-là, comme je le disais tout à l'heure, probablement à la hauteur de 4 millions.

Il y a certains facteurs aussi qui arrivent année après année. Malheureusement, ce sont des sommes qu'on ne peut pas anticiper dans une planification budgétaire, mais on escompte aussi, pour être capables de répondre à la pression que vit la Cité de la santé, on anticipe, comme les autres années, au chapitre de l'urgence, un budget additionnel de l'ordre d'un million.

Cité de la santé est en train de refaire, je dirais, son plan d'équilibre budgétaire à la lumière de ces nouvelles données là. Il ne nous a pas été soumis encore au moment où on parle.

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

M. Marcoux: Ce que je crois comprendre donc, c'est que finalement la Cité de la santé — et vous parliez également de la précarité de l'Hôpital juif, de la réadaptation — devra réduire, dans le fond, certains services pour atteindre l'équilibre budgétaire. Et c'est ça que vous demandez, dans le fond, à la Cité de la santé.

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

Mme Auclair (Michèle): Oui. Il n'est pas exclu que Cité de la santé soit obligée de freiner d'une certaine façon la pression constante que représente la clientèle. On voit un achalandage accru à la Cité de la santé dans certaines matières. Je parlais tout à l'heure de la dialyse, c'est autour de 20 à 25 nouveaux cas qui s'ajoutent à chaque année. On souhaite que ça ne soit pas dans les secteurs névralgiques à la clientèle qu'on soit obligé de faire des choix. Puis, à ce compte-là, il y a certaines mesures, sans dire qu'elles sont nombreuses, à l'intérieur de Cité de la santé, qui peuvent être, à notre sens, encore envisagées avant qu'on soit obligé de toucher aux services. C'est la consigne que notre conseil d'administration a laissée à son établissement.

M. Marcoux: Est-ce que vous pourriez nous donner des exemples de ces éléments-là que vous mentionnez?

Mme Auclair (Michèle): Bien, par exemple, à l'intérieur de Cité de la santé, comme quelques hôpitaux à Montréal, on est aux prises avec des microbes qui sont multirésistants et qui demandent certaines mesures importantes de protection à l'intérieur de l'établissement. Ça pourrait être des choix dans l'établissement, par exemple, de limiter un peu la portée de ces mesures de protection là.

Au chapitre des frais supplémentaires attribuables à la rétention des infirmières, on sait que c'est une dépense que le ministère ne reconnaît pas. Là encore, il pourrait y avoir certains choix plausibles pour l'établissement dans cette matière-là.

Et, à titre d'exemple — je trouve ça intéressant de le souligner — Cité de la santé nous a soumis, pour répondre au problème de pénurie d'infirmières qu'elle rencontre, comme tous les autres établissements — le manque d'infirmières à Cité de la santé tourne autour d'une centaine de postes — un projet de modification de l'organisation du travail qui pourrait faire office de projet-pilote où, dans le fond, il est envisagé qu'on modifie l'ensemble de l'organisation du travail d'une unité pour laisser aux infirmières exclusivement le champ qui leur est propre. Ça voudrait dire que des aides soignantes sur les étages, des préposés aux bénéficiaires, des aides techniques pourraient être utilisés au maximum pour rendre les infirmières

disponibles sur les étages, totalement dédiées au service aux clientèles.

Alors, il s'agit là d'un exemple, oui, où, avec un support, Cité de la santé pourrait d'une certaine façon répondre de façon importante à l'augmentation des coûts de main-d'œuvre en soins infirmiers.

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

M. Marcoux: Une dernière question, Mme la Présidente. Je dois avouer que je suis un peu surpris de voir que vous parlez de rehaussement de la base budgétaire, dans le cadre du discours, de ce que la ministre nous répète en Chambre depuis quatre mois, alors qu'on n'a même pas comblé le déficit de l'année au 31 mars 2000 et qu'on n'a rien prévu pour des éléments pourtant, vous savez, qui sont reconnus dans le réseau de la santé, qui entraînent des coûts, vous voulez pas, à un endroit dans la région de Laval, parce que vous dites que vous aurez une plus grande rétention de clientèle. Donc, augmentation de la clientèle, alourdissement de la clientèle, nouveaux médicaments et nouvelles technologies. Et, malgré ça, vous continuez de parler de rehaussement de la base budgétaire. Je vais vous dire que ça me surprend beaucoup que vous vous prêtiez, comme région régionale qui doit défendre son milieu, à un exercice comme celui-là. C'est simplement un commentaire que je veux faire, mais ça me surprend énormément que vous disiez que ça n'a pas été comblé... Mais vous dites: Il y a eu un rehaussement des bases budgétaires. Ça m'apparaît, bien humblement, incorrect. Vous pourriez commenter là-dessus.

J'ai deux questions. Un, la ministre a annoncé, le 15 mars dernier, 8 millions additionnels en santé mentale. Vous mentionniez que la région de Laval est sous-financée de façon assez importante dans le domaine de la santé mentale. Est-ce que vous êtes une des régions qui normalement devrait recevoir une proportion du 8 millions? Et, si oui, est-ce que vous avez reçu une proportion de ce 8 millions additionnel que la ministre a annoncé il y a six mois? Deuxièmement, en termes d'équipements, je pense que là, chez vous comme ailleurs, on parle d'une désuétude importante en matière d'équipements pour traiter les malades. Est-ce que le budget additionnel que la ministre a annoncé vous a été confirmé? Quand et quel montant?

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

Mme Auclair (Michèle): Peut-être quelques mots, si vous permettez, sur le commentaire autour du rehaussement des bases budgétaires. Je dirais: C'est un mot qu'on emprunte au vocabulaire usuel, tout ça illustre pour nous la nécessité d'un financement adéquat à la Cité de la santé. Nos démonstrations à ce chapitre-là ont été faites à plus d'une reprise. Je pense qu'on est devant un établissement, à la Cité de la santé, qui, quant à nous — vous avez dû entendre ça dans bien des régions, évidemment — puis pour en avoir fait l'analyse et l'avoir éprouvée, cette analyse-là, affiche une bonne performance au plan des services administratifs — à l'interne, je pense qu'un maximum de choses ont été

faites — et au niveau de la performance clinique. Alors, quant à nous, il s'agit d'un établissement... le seul, dans le fond, qui dispose d'un bassin d'hospitalisation dont il va falloir revoir de façon majeure le financement.

On appelle ça «rehaussement des bases budgétaires». Qu'on appelle ça rehaussement des bases budgétaires ou autrement, je pense qu'on a là — la présentation de M. Hamelin avait pour but de le démontrer — un hôpital qui est sous haute tension puis dont on pense avoir fait le tour, je pense, des rationalisations qui pouvaient être faites. C'est un établissement qui affiche une excellente performance clinique — durée moyenne de séjour — mais, justement parce qu'il s'agit d'un établissement qui a peut-être même avant les autres enclenché le virage ambulatoire, l'effet direct a été celui de l'alourdissement de sa clientèle, dont on a vu quelques démonstrations tout à l'heure dans le texte de M. Hamelin.

En santé mentale, effectivement la région est sous-financée. Si on compare le per capita de Laval en santé mentale au per capita moyen provincial, il s'agit chez nous d'un écart à combler d'autour de 19 millions. Malheureusement, dans les dernières années, les allocations n'ont pas été à cette hauteur-là. L'an dernier et cette année, les nouvelles allocations tournaient autour de 200 000 \$. Quant aux allocations 2000-2001, je vais en référer à Mme Pagé pour savoir si elles nous ont été connues.

Mme Pagé (Claire): Non, elles ne sont pas connues et elles nous seront...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, comme Mme Pagé n'est pas au micro, pour les fins de l'enregistrement, soit qu'elle s'approche, qu'elle prenne une place en avant ou bien que vous répétiez ses paroles, parce que...

(Consultation)

Mme Auclair (Michèle): Mme Pagé me dit — ça me le rappelle en même temps, là — que les allocations en santé mentale ont connu un retard parce qu'on attendait la fin de la tournée qui a été faite par le comité chargé de voir les plans de transformation dans chacune des régions. Alors, ces annonces-là se feraient en septembre.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Auclair. Avant de céder la parole au député de L'Assomption, vous me permettez une remarque et également un commentaire. Pour atteindre l'objectif déficit zéro, comment peut-on demander, Mme Auclair, comme vous le mentionniez tout à l'heure, afin d'avoir un plan qui serait souhaitable, comment peut-on demander à un hôpital de freiner la clientèle en matière de santé? Comment peut-on demander ça à un hôpital?

• (9 h 50) •

Mme Auclair (Michèle): Effectivement, c'est très difficile. Je vais peut-être demander au Dr Gravel de compléter, parce qu'il est...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Je vous comprends.

Mme Auclair (Michèle): ... à l'intérieur de la réalité même de l'établissement. Ça pose un problème, je dirais, assez épineux de choix cliniques pour l'établissement.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Gravel.

M. Gravel (Denis): Mme la Présidente, la communauté médicale... Je pense que les membres du conseil d'administration de la Régie régionale sont des gens qui ont de l'espoir. Quand on regarde l'allocation des budgets et le déficit, on est actuellement avec un problème résiduel d'environ 4 % pour Cité de la santé. Ce 4 %, de quoi il est fait? Il est fait probablement d'au moins 1 % de points de vue différents entre les comptables: comment on compte les choses quand on est à l'hôpital, comment on compte les choses quand on est à la régie régionale et comment on compte les choses quand on est au ministère.

Les trois autres pour cent qui restent en sont des dépenses jugées importantes par une organisation. Mme Auclair a donné l'exemple de la gestion du problème de l'infection en milieu hospitalier. Une fois qu'il reste ça, il reste 2 % de différence, et on pense que, dans la région, on devrait être capable de trouver des moyens de s'entendre avec les gens qui financent, à travers des nouveaux programmes, à travers une compréhension accrue. Mais, pour les médecins de la région, il y a un contrat de base qui existe: Que la population, à Laval, mérite d'être soignée, et que normalement, à Laval, on devrait avoir les ressources pour la soigner.

Ce contrat-là, on le comprend et on compte également sur nos partenaires pour le rendre viable, et c'est dans ce sens-là que la coupure prévue de soins ne semble pas devoir se faire par les médecins, par les organisations. Et on pense que les décideurs vont également prendre les bons choix et que, si c'est la société qui doit contenir les soins, ce ne sont pas, en première ligne, les établissements. Alors, la Cité de la santé, comme la Régie de Laval, a espoir que le financement va être adéquat pour répondre aux soins et que les établissements n'auront pas l'odieux de porter une coupure de soins.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Donc, si je comprends bien, c'est: Comme on ne peut pas freiner la clientèle en matière de santé, on souhaite bien sûr que le gouvernement comble le déficit, faute de quoi, bon, il faudra faire quelque chose. Mais il n'est pas question de couper dans les services à la population.

M. Gravel (Denis): Bien, il y a une commission Clair qui est mise en place. Je pense que tout le monde est conscient de la problématique de la dispensation des soins et des coûts, et je ne pense pas que la région de Laval a l'intention de prendre les devants et être celle qui va montrer comment on coupe et comment on peut couper l'accès aux soins.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une très courte question, monsieur, sur le même sujet.

M. Marcoux: C'est vraiment un commentaire fait en tout respect. Je trouve que c'est un langage,

Dr Gravel, qui encore une fois est technocratique. Et ce n'est pas nous qui avons mentionné le frein aux soins, c'est la directrice générale de la Régie qui dit: On va peut-être être obligé de freiner les services aux patients. On le voit d'ailleurs souvent par l'allongement des listes d'attente — c'est vrai chez vous également — et je trouve qu'on prend peu en compte finalement ce que le patient puis ce que le malade, lui, a à subir. Et c'est ça que je trouve malheureux.

M. Gravel (Denis): Vous permettez, Mme la Présidente...

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

M. Gravel (Denis): ...tout simplement témoigner d'une sensibilité de la Régie régionale de Laval et de son conseil d'administration, qui, malgré toutes les contraintes budgétaires, devant le poids justement de la clientèle et des listes d'attente, a augmenté, l'année dernière, le nombre de salles d'opération à la Cité de la santé, a développé des budgets également pour les unités d'endoscopie. Et je pense que la sensibilité, elle est là. On souhaite que les gens qui sont responsables de l'attribution des budgets les rehaussent et les rehaussent en fonction des besoins de la clientèle. Mais, la sensibilité, je peux assurer les membres de cette commission qu'elle existe au niveau du conseil d'administration de la Régie régionale de Laval.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Dr Gravel. M. le député de l'Assomption.

M. St-André: Merci beaucoup, Mme la Présidente. Avant de poser ma question, j'aimerais faire un petit commentaire sur ce que je viens d'entendre. J'aimerais dire en toute amitié au député de Vaudeuil que les faits ont tout de même leur place. Pour moi, et je pense que c'est le cas pour la totalité des intervenants dans le réseau de la santé, il est manifeste qu'il y a eu un rehaussement des bases budgétaires des établissements, surtout à l'occasion du dernier budget qui a été présenté le printemps dernier, et c'est précisément ce que les membres de la Régie, ici, sont venus dire.

On aurait avantage, à mon sens, si on veut faire véritablement avancer le débat, à conclure, peut-être — puis ça, on pourrait discuter sur cette base-là — que ce rehaussement de bases budgétaires là n'est pas suffisant pour combler les besoins. Et ça, je crois même avoir entendu la ministre le dire et le reconnaître. Et nous, de ce côté-ci, je pense que nous reconnaissons qu'effectivement le rehaussement des bases budgétaires n'est pas suffisant pour couvrir l'ensemble des besoins, et c'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles la commission Clair a été mise en place, pour trouver des solutions à ce problème-là. Et la ministre et le gouvernement cherchent désespérément des solutions pour améliorer justement le financement du réseau de la santé.

Et, moi, je pense que l'opposition, si elle voulait véritablement jouer son rôle, aurait avantage à reconnaître des faits objectifs, concrets, comme le rehaussement des bases budgétaires du printemps

dernier, plutôt que de nier la réalité, et à chercher avec nous des solutions durables à ce problème-là. Et je pense qu'il y en a, des solutions. D'ailleurs, en se sens-là, on est bien content de pouvoir compter sur l'appui des membres de l'opposition dans nos demandes de rétablissement des transferts fédéraux à l'égard du Québec, notamment.

Maintenant, sur la question qui me préoccupe plus particulièrement, j'aimerais vous poser quelques questions sur les programmes de réadaptation physique. J'aimerais savoir s'il y a dans votre région des enfants âgés de 0-5 ans en attente de services pour des déficiences de la parole et du langage, des déficiences auditives, des déficiences motrices, des déficiences visuelles, et, s'il y en a, combien y en a-t-il et combien de temps doivent-ils attendre avant d'obtenir des services?

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

Mme Auclair (Michèle): En fait, M. Hamelin soulignait tout à l'heure les difficultés qu'on a dans la région dans le programme Déficiences physiques. Et, malgré l'existence de l'Hôpital juif de réadaptation, on a dit tout à l'heure qu'avec des ententes qu'on a pu conclure avec des établissements de Montréal, on peut rendre, à Laval et sur place par le biais de l'Hôpital juif, des services aux adultes. Maintenant, ça laisse dans l'ombre, et on en est fort conscient et fort sensible, tout le problème de l'accès à des services de réadaptation pour l'enfance, puisque ces services-là continuent d'être offerts essentiellement par les établissements de Montréal. Or, c'est pour ça que la deuxième phase de notre plan prévoit qu'on puisse rendre accessibles à Laval ces services-là.

Nous avons rencontré, cet été, Mme Pagé et moi, justement des représentants des établissements de Montréal qui, eux autres aussi, notent une augmentation de la population des jeunes Lavallois qui ont besoin de services à Montréal. Or, il s'agit d'une matière sur laquelle il va falloir assez rapidement trouver des solutions, probablement dans l'immédiat, comme on l'a fait pour les adultes par le biais d'ententes.

Maintenant, en regard des listes d'attente, je ne sais pas si Mme Pagé a des chiffres en tête, mais c'est assez difficile à apprécier dans la mesure où les établissements qui desservent nos enfants sont à Montréal.

(Consultation)

Mme Auclair (Michèle): Alors, c'est ça, Mme Pagé me dit qu'il est très difficile d'avoir l'état des listes d'attente des Lavallois qui sont dans les établissements de réadaptation pour jeunes à Montréal. Par ailleurs, la Cité de la santé offre le programme d'évaluation pour les 0-5 ans, à la Cité de la santé.

M. St-André: Je dois bien comprendre qu'à votre niveau vous n'avez pas d'idée de combien d'enfants il peut y avoir sur des listes d'attente, qui sont en attente de services, mais il y en a.

Mme Auclair (Michèle): Ah, oui, oui, il y en a, puis on nous dit que ce nombre-là, d'ailleurs, comme...

M. St-André: Est-ce que vous pouvez vérifier cette information-là puis la transmettre au nom de la commission?

Mme Auclair (Michèle): Oui, bien sûr, bien sûr.

M. St-André: Dans le dernier budget également, il y a eu des crédits nouveaux qui ont été consentis au programme en réadaptation physique. J'aimerais savoir, à Laval, combien vous avez obtenu?

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

Mme Auclair (Michèle): Pour cette année, Laval n'a pas eu de budget. Peut-être la...

M. St-André: Vous êtes sûre?

● (10 heures) ●

Mme Auclair (Michèle): En déficiences physiques, aucun budget cette année. L'an passé, nous avions profité d'un budget de 526 000 \$ en déficiences physiques. Cette année, les allocations qui ont été consenties en déficiences physiques l'ont été, selon les explications qui nous ont été données, pour l'émergence de certains centres en réadaptation ou le financement de certains centres en réadaptation dans cinq régions particulières, à ma souvenance.

M. St-André: O.K. Vous avez parlé des ententes que vous avez conclues avec des établissements de Montréal pour dispenser des services aux Lavallois et Lavalloises. Je trouve ça particulièrement intéressant. Hier, on a reçu la Régie régionale des Laurentides qui nous a dit qu'elle avait tenté d'établir de telles ententes avec la région de Montréal, les établissements de Montréal, et que ça n'avait pas fonctionné, que c'était extrêmement compliqué. Est-ce que vous pouvez un petit peu nous expliquer en quoi consistent ces ententes? Et, s'il n'y a pas moyen, selon vous, d'exporter ce genre de modèle-là.

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

Mme Auclair (Michèle): Ha, ha, ha! Oui, effectivement, les ententes qu'on a conclues avec les établissements de Montréal sont le fruit de plusieurs discussions qu'on a eues avec les trois établissements concernés. C'est aussi, selon nous, le fait que l'Hôpital juif de réadaptation a investi une partie de ses ressources à justement grossir, d'une certaine façon, les effectifs qui venaient de Montréal. Il y a dans ça, comme vous pouvez l'estimer facilement, du donnant, donnant. Or, les équipes se rendent présentes sur notre territoire. Elles agissent sur notre territoire, mais avec le support important de l'Hôpital juif de réadaptation.

M. St-André: Expliquez-moi donc quel genre de support vous leur fournissez, à ces équipes-là.

Mme Auclair (Michèle): D'abord, ça se passe dans les lieux mêmes de l'Hôpital juif de réadaptation.

Alors, on a mis à leur disposition des équipements, des locaux, et une partie de l'équipe de l'Hôpital juif de réadaptation vient, d'une certaine façon, je dirais, grossir l'équipe qui est affectée au service de réadaptation externe.

M. St-André: O.K. Puis, est-ce qu'il y a une compensation pour les déplacements du personnel en question?

Mme Auclair (Michèle): Je ne saurais pas vous dire. Mme Pagé, le savez-vous?

Mme Pagé (Claire): Non.

M. St-André: Vous ne savez pas.

Mme Auclair (Michèle): Non.

M. St-André: J'aimerais ça que vous fouilliez un petit peu cette question-là puis que vous transmettiez également l'information aux membres de la commission. Mais je peux comprendre évidemment que, dans votre cas, il est plus facile d'établir des ententes, à cause de la distance notamment...

Mme Auclair (Michèle): Évidemment.

M. St-André: ...avec des établissements de Montréal que la région des Laurentides, par exemple, où, si j'ai bien compris hier, c'est les conventions collectives essentiellement qui posent obstacle. Vous, les conventions collectives, chez vous, comment ça se vit, à ce niveau-là, j'entends?

Mme Auclair (Michèle): Il y a ça, d'une part. Il y a très certainement aussi la proximité que l'Hôpital juif de réadaptation avait déjà comme institution de réadaptation avec ceux de Montréal.

M. St-André: Mais j'aimerais ça, en fait, si vous pouviez fouiller cette question-là, et on aimerait... Moi, en tout cas, pour ma part, j'aimerais avoir de l'information sur cette question-là.

Mme Auclair (Michèle): Oui.

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

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Auclair. Merci, M. le député de L'Assomption. Je cède maintenant la parole au député de Chomedey.

M. Mulcair: Merci, Mme la Présidente. Alors, à mon tour, il me fait plaisir de souhaiter la bienvenue aux représentants de la Régie régionale de Laval. Je regrette beaucoup, Mme la Présidente, d'être le seul député de la région de Laval ici présent aujourd'hui. Il y a quatre représentants du gouvernement, du Parti québécois à Laval. Puis, la question que je vais poser, qui concerne le Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval, mieux connu sous son acronyme CHARL, a fait l'objet d'un vif débat au cours de la dernière campagne électorale. C'est dommage et je regrette beaucoup de ne

pas avoir de vis-à-vis de la région avec qui j'aurais pu parler de cette situation. Mais, peu importe, peut-être regardent-ils la télé et vont-ils pouvoir suivre les échanges avec la Régie régionale là-dessus.

Mme la Présidente, je dirais, en partant, qu'il y a fondamentalement...

M. Beaumier: Question de règlement.

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

M. Beaumier: Il n'est pas question de dire si des gens sont ici ou non. Ils sont toujours à l'endroit où ils doivent être, dans leurs responsabilités et leur professionnalisme aussi. C'est beau?

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

M. Beaumier: Je note la présence du député de Chomedey, par contre.

M. Mulcair: Je remercie beaucoup le député pour cette précision, de nous dire que les députés péquistes de Laval sont là où ils doivent être, c'est-à-dire pas ici avec les gens de Laval.

Mme la Présidente, je pense qu'il y a une différence fondamentale entre nos deux formations politiques sur un aspect fondamental qui nous concerne ici aujourd'hui, lorsqu'on regarde les rapports annuels d'une régie régionale d'une région comme Laval. Ce qui nous différencie, c'est non seulement une question de terminologie, parce qu'il est archifaux de prétendre qu'il y a eu un rehaussement des bases budgétaires. C'est sûr que, pour suivre les coûts de système, il y a eu des changements. Par contre, lorsqu'on commence une année avec 2 millions de moins — puis la directrice générale de la Régie régionale nous dit qu'ils sont face à un choix de couper les soins, les services directs à la population — force nous est de constater qu'il n'y a pas eu un rehaussement réel des bases budgétaires. On commence avec 2 millions de déficit.

Je pense que c'est là où on est tous interpellés, au Québec, au moment où on parle de: Ah! Il y a une nouvelle commission; la commission Clair va regarder ça. C'est un peu comme la ministre de la Santé qui nous dit: Bien, le problème d'infirmières dans l'Outaouais, ce n'est pas grave, j'ai nommé un autre fonctionnaire.

À chaque fois qu'on dépense 1 \$ de l'argent des contribuables dans le domaine de la santé, la première question, à notre point de vue, devrait être la suivante: Est-ce que cet argent-là sert pour un service direct à la population? Je me permets de donner un exemple. L'effectif de la Régie régionale de Laval, en date du 31 mars 1998, était de 73 personnes, équivalents temps complet. En 1999, c'était de 89. An 2000, on était rendu avec 98 personnes à la Régie régionale, pour une seule région, à Laval. La Régie régionale a un budget, pour sa régie, de 4,8 millions de dollars à l'heure actuelle.

À notre point de vue, bien avant de discuter si on va ou non dire aux gens malades: S'il vous plaît, arrêtez de venir à l'hôpital, parce qu'on n'a plus d'argent, la première question qui devrait être posée, c'est: Est-ce que chaque dollar qui est dépensé en structures et en

bureaucratie à la Régie régionale est plus importante qu'un dollar qui aurait pu être donné pour les soins? Et c'est ma première question, pour Mme Auclair: Est-ce que, comme citoyenne à Laval, comme personne qui s'occupe de la chose publique... Je ne suis pas en train du tout de mettre en doute sa bonne foi ni ses bonnes intentions, mais je veux lui poser la question simplement: Est-ce qu'elle a la certitude que chaque dollar dépensé sur la structure qu'est la Régie régionale de Laval est un dollar qui est mieux dépensé pour des structures et la bureaucratie qu'un dollar dépensé dans des soins? Est-ce qu'elle peut nous donner sa garantie personnelle que, oui, chaque dollar qu'on dépense pour ces 98 personnes-là est absolument nécessaire et doit passer là avant de donner des soins directs à la population?

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

Mme Auclair (Michèle): Mme la Présidente, on pose là une question qui est difficile à répondre quand on accole d'un côté ce qui est propre à la gestion même d'une région par rapport aux services qui doivent aller à la population. Je ne suis pas ici pour défendre l'existence de la Régie régionale de Laval.

Par ailleurs, je vous dirais que, en termes de justification ou de perspective à avoir sur la région de Laval, on a fait état tout à l'heure de l'état dans lequel cette région-là, à sa naissance en 1993, s'est trouvée au chapitre de l'ensemble des ressources. C'est une région qui, à l'ombre, je dirais, de la région de Montréal, a vu un peu sa capacité de répondre aux particularités propres aux Lavallois appauvrie, pauvre dans plusieurs matières.

On pense, nous, à la Régie régionale, qu'on a fait, depuis 1993, des gestes importants pour revoir l'organisation des services, pour justifier de façon importante une réponse appropriée à donner aux Lavallois. On a, avec l'ensemble de nos partenaires... Je pense ici aux établissements privés autofinancés avec lesquels on a conclu des ententes de services qui, pendant trois ans, nous ont permis, en attendant les constructions nouvelles, de mettre à la disposition des Lavallois autour de 160 lits nouveaux dans la région. Je pense à des partenariats comme celui qu'on vient de conclure avec Rose d'or, qui permet d'avoir une appréciation de ce qui se passe dans les résidences sans permis à Laval et qui va nous permettre, dans un deuxième temps, de pouvoir compter sur ces ressources-là comme apport réel au vieillissement de la population lavalloise. On veut construire sur ce partenariat-là.

● (10 h 10) ●

Or, il y a plusieurs exemples, à Laval où, je pense, la reconnaissance d'une région, le travail propre de la Régie régionale et de son conseil d'administration ont permis d'apporter des solutions pragmatiques aux réalités qui sont vécues par les Lavallois. En ce sens-là, et sans que je sois capable de justifier l'ensemble des 97 employés de notre Régie régionale, je pense qu'il y avait un travail nécessaire à faire là puis qui est, à mon sens, respectueusement, Mme la Présidente, encore à parfaire.

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

M. Mulcair: Mme la Présidente, je vais juste relever le dernier bout de phrase parce que c'est la partie qui s'est adressée à ma question à savoir si, oui ou non, on a besoin de 98 employés à une régie régionale dans une ville qui ne compte après tout qu'un vrai hôpital, la Cité de la santé, et quatre CLSC. Est-ce que ce n'est, à sa face même, pas une indication qu'il y a des ressources, des sommes d'argent de contribuables qui sont consacrées à des structures, à de la bureaucratie? Je n'en disconviens pas.

C'est sûr que Laval avait besoin d'avoir sa juste part. Personne n'est en train de dire non plus que les 98 personnes en question ne font rien. Ce n'est pas ça, la question. La question est beaucoup plus simple que ça: Est-ce qu'en bonne gestionnaire la directrice générale peut nous dire quelle est convaincue que chaque dollar qui est dépensé à la Régie régionale pour des structures et des bureaucrates est mieux dépensé là que dans des services directs à la population, services qu'elle-même nous a dit tantôt qui risquent d'être coupés faute de budget parce qu'on a commencé l'année avec 2 millions en moins que l'année dernière. C'est ça, notre question. En d'autres mots, est-ce qu'avant de couper dans les services directs à la population on ne devrait pas se demander: Dis donc, est-ce qu'il n'y a pas moyen de couper dans la bureaucratie et dans les structures? C'est une question de vue de l'esprit. Ça dépend de son point de vue.

Notre point de vue, c'est que la première chose qu'on coupe, c'est la structure. Le point de vue des gens d'en face, c'est que la première chose qu'on coupe, c'est le service direct à la population. C'est ce qui a été intimé tantôt. On risque d'être obligé de dire aux gens: Arrêtez de venir nous voir pour vous soigner, on n'a pas d'argent pour le faire. Alors, moi, je pose la question aux seules personnes compétentes pour y répondre, basé sur une connaissance interne: Y a-tu rien qu'on peut faire pour sauver de l'argent à la Régie régionale, dans ses propres budgets, pour que cet argent-là aille dans des services directs à la population? C'est vraiment ça, notre question.

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

Mme Auclair (Michèle): J'apporterais peut-être un complément à la réponse que je faisais tout à l'heure. En fait, dans le budget affecté à la Régie régionale comme dans ses effectifs, mentionnons dès le départ qu'il y a près de la moitié et de ce budget-là et de ces effectifs qui vont à la santé publique, qui vont pour une bonne partie, soit dit en passant, à des services directs à la population, puisqu'il s'agit de contrôler les maladies infectieuses sur le territoire, puisqu'il s'agit de protection de maladies à déclaration obligatoire dans certains cas, puisqu'il s'agit de santé et sécurité au travail, puisqu'il s'agit de contrôle des maladies environnementales. Or, c'est un volet des services en santé publique qu'on peut dire, oui, qui grève une partie des budgets de la Régie régionale, mais qui vont, d'une certaine façon, à des services à la population.

Pour le reste, si on affecte la part de ce budget-là sur le budget régional que nous avons à gérer, il s'agit de coûts d'administration, si on les appelle comme ça,

ou d'infrastructures, qui sont moins de 1 %, pour la gestion d'un réseau comme celui de Laval. Je dirais, je répèterais peut-être la plus-value ou la valeur ajoutée, si vous voulez, des effectifs de la Régie régionale se juge, selon nous, aux résultats. Je ne sais pas si nos membres de conseil d'administration, Dr Gravel a le goût de compléter, mais c'est beaucoup, selon nous, le leitmotiv qui caractérise nos actions à Laval comme Régie régionale. Quel genre de résultats avons-nous produits? Quel genre d'accessibilité avons-nous rendue disponible à notre population? En quoi avons-nous amélioré les soins à la Laval?

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Auclair. Est-ce que vous voulez compléter, Dr Gravel?

M. Gravel (Denis): Peut-être rapidement. Je pense que la question qui a été posée, elle est pertinente, elle est présente à chaque forum, chaque discussion, chaque réunion de médecins, de conseil des médecins ou d'organisation de régie régionale. Une fois qu'on a laissé retomber un peu de poussière, parce qu'en même temps ça peut être une cible facile, il faut voir si le mandat rempli par la Régie ou par les employés est un besoin pour la région. Et, si on peut se dire que peut-être les postes pourraient être à l'hôpital au lieu de la Régie, je pense que les postes qui sont là sont importants pour Laval et pour les Lavallois.

Je donnerais l'exemple de la programmation régionale des soins à Laval. Laval, vous le savez, a une caractéristique spéciale, c'est une région, c'est une ville, c'est une entité, et, également, ces gens-là ont mis au point une formule originale pour répondre aux besoins de la population, pour mettre en place la programmation. Quand on pense avoir des effets multiplicateurs en termes de soins, bien, il faut engager des gens, il faut qu'il y ait des cadres, il faut que des gens y travaillent, à cette programmation-là. Et c'est dans ce sens-là, que c'est un investissement qui semble valable et utile, et porteur de soins directs, parce qu'il y a des gens au départ puis il y a des gens à l'arrivée.

La Régie régionale de Laval également a pu fournir, par rapport aux budgets qu'elle a reçus au niveau des budgets supplémentaires pour fonctionnements divers, une évaluation des résultats, et je pense que c'est une qualité de la Régie de Laval que d'évaluer les résultats.

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

M. Mulcair: Mme la Présidente, oui. Je tiens juste à signaler que, contrairement à ce qui a été dit tantôt, lorsqu'on a évoqué 50 % qui allait pour la santé publique, je tiens d'une lettre du président de la Régie régionale de Laval, M. Bédard, en date du 15 mai, que, sur les 98 employés, il y en a effectivement — et c'est son chiffre, pas le mien — une vingtaine qui travaillent dans ce secteur-là. Mais on est loin d'être à la moitié. Ce qui veut dire qu'il y a toujours tout près de 80 personnes qui travaillent dans des structures.

Personne ne va nier le besoin d'organiser les services sur un territoire, mais ça fait déjà deux fois que

j'ai posé la question et deux fois qu'on a pris beaucoup de temps, sans jamais avoir une réponse adéquate, à notre point de vue, à savoir si on était persuadé que chaque dollar dépensé en structures et en bureaucratie était essentiel et était mieux dépensé là que dans des services directs à la population. Mais il nous manquerait du temps pour parler de l'autre sujet que j'avais évoqué tantôt, si on reste trop longtemps là-dessus. Et je ferai ma propre interprétation du défaut de répondre à la première.

Le Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval est une idée qui a été proposée par le gouvernement actuel à la veille des élections de 1998. L'idée était de créer un établissement qui s'appellerait «hôpital», mais, quand ça a été lancé, on disait que c'était un hôpital sans murs, bien qu'il y avait une certaine structure, il y avait une bureaucratie. Le cabinet d'avocats où je travaille a été sollicité, comme bien d'autres, pour éventuellement représenter le Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval, ce que j'ai trouvé assez intéressant parce que, avant même qu'on ait vu un premier patient, on était déjà en train de mettre en place les structures, les bureaucraties puis voire même les avocats qui allaient éventuellement les représenter. Soit dit en passant, on n'a pas sollicité le mandat, Mme la Présidente.

Mais je dois dire qu'en réponse à des critiques que j'avais formulées à l'égard du CHARL j'étais vraiment très surpris de la réponse que j'ai obtenue. On s'est vanté dans les termes suivants: «En moins de deux ans — et je cite verbatim la lettre que j'ai reçue du président de la Régie de Laval — le CHARL a traité près de 2 000 personnes.» Wow! C'est moins que trois par jour. Et à ça, on pourrait ajouter... Puis ils disent: Puis il y a peut-être d'autres milliers de personnes qu'on pourrait ajouter, qui ont reçu des soins en services dans le cadre de la programmation des services ambulatoires. Comment est-ce qu'on peut greffer ces autres personnes aux 2 000 qu'on vient de me citer? Ça, ce n'était pas clair. Mais, à notre point de vue, les millions de dollars qu'on a consacrés et qu'on s'apprête à nouveau à consacrer à cet hôpital ambulatorio régional seraient beaucoup mieux dépensés à la Cité de la santé de Laval, où on a déjà tout en place, et on pourrait greffer ça.

Mais je veux donner la chance au coureur, et on a avec nous des gens qui appuient sans réserve le projet du Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval. Alors, j'aimerais juste leur donner l'occasion d'expliquer au député de Chomedey, aux 350 000 résidents de Laval, leur raisonnement: Pourquoi se vanter de quelque chose qui rend si peu de services? Est-ce que c'est la nouveauté même qui est un attrait ou est-ce que vous avez vraiment la conviction qu'encore une fois les millions de dollars qui vont aller là-dedans sont beaucoup mieux dépensés là qu'à la Cité de la santé, qui est un hôpital que vous avez dit tantôt très performant? Alors, j'aimerais juste vous donner l'occasion de nous expliquer votre raisonnement là-dedans, l'un ou l'autre.

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

• (10 h 20) •

Mme Auclair (Michèle): Les résultats, quand on parle de 2 000, à ce moment-là... Tout à l'heure, le

président le mentionnait parce que la progression est très importante. À partir du moment où on peut développer des services, puis on est rendu à 27 mesures mises en place, c'est assez phénoménal, la progression, puisque maintenant on est rendu à 7 000 personnes desservies pour 8 000 épisodes de soins.

Le pari qu'on a pris, à Laval, en regard du Centre hospitalier, du CHARL, c'est d'être capable d'offrir des services avant le béton. Je rappelle à cette assistance qu'au moment où on se parle, CHARL, le centre hospitalier sans murs à Laval, est probablement un des seuls établissements, centres hospitaliers, qui fonctionnent dans des locaux loués, parce qu'il attend ses murs définitifs, ce qui ne l'a pas empêché de desservir jusqu'à maintenant et depuis sa naissance, qui est relativement récente puisque CHARL est venu au monde en juin 1999 seulement. Alors, on parle de tout juste un peu plus d'un an seulement. On parle donc d'un établissement qui, assez rapidement, je pense, a fait sa marque dans le réseau des services à Laval. On a fait le pari — puis, là encore, je pense que le projet de Laval est innovateur dans ce sens-là — de commencer à offrir, à desservir des gens avant de parler de construction.

Dans les documents qu'on vous a remis, au signet concernant la programmation régionale de services ambulatoires, pour le premier bulletin, le bulletin spécial qui figure sur le dessus des documents qu'on vous laisse, on fait justement la comparaison avec un établissement centre hospitalier traditionnel, si vous le voulez, et la naissance du CHARL, où on est capable de dire que, dès la première année d'opération de CHARL, des services sont déjà disponibles, alors qu'habituellement, quand on annonce la construction d'un centre hospitalier au Québec, c'est au moins quatre ans de programmation, de construction. Quand je dis «de programmation», pendant ces quatre années-là, on a aussi dans ces établissements-là une équipe administrative qui a la responsabilité de voir à l'implantation de l'édifice puis à l'implantation de sa structure, à la définition de son premier plan d'organisation, au recrutement du personnel, à l'édification de sa première équipe médicale. Or, ces étapes-là, dans notre cas, elles sont parties au jour un de CHARL.

Déjà, ce dont on peut témoigner dans la programmation régionale de services ambulatoires, c'est le fait que CHARL a pu être en opération la première journée de son inauguration. Dans le fond, il y a des personnes qui ont reçu des services au CHARL avant même son inauguration. Ça a été le fait aussi de travaux importants qu'on a conduits dans la région pendant deux ans avec un ensemble de professionnels, une centaine de personnes. C'est probablement là, je dirais, où l'exemple de Laval est le plus porteur et le plus novateur, parce que justement, pendant deux ans, on n'a pas essayé, à la Régie régionale, de s'inventer cliniciens.

On a assis avec nous une centaine de personnes qui ont ces compétences-là, qui sont des intervenants terrain, des gens d'équipes multidisciplinaires. Tous ces comités-là, qui avaient pour but de revoir l'organisation médicale pour qu'on soit capable de, d'une certaine façon, remplacer, quand c'était possible, ce qui se faisait en hospitalisation par une intervention avant l'hospitalisation et après l'hospitalisation... ça a été fait avec une centaine de personnes au sein de 13 comités qui

étaient tous présidés par des médecins. Or, ces personnes-là nous ont donné, pendant deux ans, la garantie que les objectifs qu'on s'était fixés étaient réalisables, qu'ils l'étaient selon tels moyens à mettre en oeuvre et selon telles conditions. Si bien qu'il n'y avait pas grand chose d'improvisé, je vous dirais. Évidemment, dans une programmation novatrice comme celle-ci, on ne dira pas, là, qu'on est à l'abri de tout imprévu, mais les travaux importants qui se sont menés pendant deux ans laissaient peu de place à l'improvisation.

Faut le rappeler, puis je pense que, là-dessus, la région y tient beaucoup, c'est un programme, le programme ambulatoire de Laval, qui sera soumis à une évaluation rigoureuse qu'on a confiée à l'équipe de recherche opérationnelle en santé de l'Université de Montréal. On sera donc capable, Mme la Présidente, de témoigner des résultats. Même si pour l'instant on prétend, nous, que certains résultats sont probants, on assiste à une bonne partie... Bien, 8 000 personnes desservies, et desservies d'une façon très particulière, je dirais, puisque l'approche qu'on a développée à Laval vise justement à donner une meilleure réponse aux problématiques chroniques, dont on sait qu'elle seront probablement le fait de plus en plus de ce qui nous attend avec le vieillissement... Qu'on pense au diabète, qu'on pense aux maladies respiratoires, qu'on pense aux maladies cardiaques, c'est un ensemble de problématiques qu'il faudra aborder autrement.

Notre préalable, à Laval, puis qu'on a vérifié avec nos cliniciens et avec nos médecins, c'est qu'on ne peut pas s'attaquer à ces problèmes-là de la même façon qu'on le faisait avant. On ne peut pas, pour chaque épisode de soins que nécessite une problématique respiratoire, un malade qui est pris avec une maladie obstructive chronique, lui réserver la seule réponse d'une hospitalisation. Il faut absolument que la façon d'intervenir auprès de ces personnes-là... Puis, je dirais, la meilleure connaissance qu'elles ont à avoir, de même que leur famille, des problématiques, c'est exactement ce dont on parle dans la programmation régionale de services ambulatoires et dans l'intervention plus spécifique du CHARL.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci, Mme Auclair. Sur le même sujet, M. le député de Vaudreuil?

M. Marcoux: Sur le même sujet, Mme la Présidente, si vous permettez.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, alors, il vous reste une dernière courte question, et une réponse courte.

M. Marcoux: D'accord. Si ma mémoire est bonne, une des présomptions de l'établissement du CHARL était que ça allait permettre de réduire des activités à la Cité de la santé, à l'urgence, et également éviter possiblement, probablement, des augmentations de lits parce qu'on traiterait les patients en centre ambulatoire. Or, il semble que ce n'est pas le cas, qu'une étude de l'Association des hôpitaux pour la Cité de la santé indique qu'il va falloir des lits additionnels. Et

d'ailleurs, vous avez mentionné tantôt que vous feriez une demande pour des lits additionnels à la Cité de la santé. J'aimerais savoir d'ailleurs combien. Il est sûr que ça ne sera pas pour demain matin, si je comprends, non plus. Ça va prendre quelques années. Et, deuxièmement, la même étude indique que ça n'élimine pas l'engorgement aux urgences, premièrement.

Deuxièmement, en parlant de structures, et ce que mon collègue de Chomedey a mentionné tantôt, la tendance à travers le Québec a été de réduire les structures, de consolider les établissements sous un seul conseil d'administration. On a maintenant à peu près 450 établissements de santé au Québec. Nous en avions 1 000 ou 1 100 il y a quatre ou cinq ans. Or, ici, si je comprends, on prend la direction inverse. Au lieu d'avoir un centre ambulatoire rattaché à un établissement déjà existant, comme c'est le cas à Montréal, ce qui a été annoncé, on crée un centre ambulatoire détaché de l'établissement hospitalier déjà existant: deux conseils d'administration, deux directeurs généraux, deux CMPD. Name it. Je veux dire, est-ce que c'est ça, de mettre l'accent sur les services aux patients et non pas sur les structures?

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

Mme Auclair (Michèle): En fait, comme je le disais tout à l'heure, sans faire un pari, ce qui nous a amené à l'établissement de la programmation ambulatoire et à la naissance du CHARL, c'est le tissu de travaux importants qu'on a fait dans la région. On ne prétend pas que la programmation ambulatoire va freiner la demande à la Cité de la santé. On prétend qu'elle va aider à la supporter. Là où on est rendu dans nos travaux... Et c'est pour ça que M. Hamelin invoquait tout à l'heure — puis la Régie régionale l'a tout le temps reconnu, ça — que, même avec l'avènement, je dirais, d'une approche ambulatoire assez énergique comme celle qu'on a à Laval, ça compenserait d'une certaine façon un besoin de lits, mais ça ne le satisferait pas en entier. C'est pour ça qu'on estime actuellement — notre conseil d'administration va prendre connaissance de nos travaux à sa réunion de septembre — qu'il manque autour de 150 lits à Laval en courte durée.

• (10 h 30) •

Quant au statut particulier qu'on a donné au centre hospitalier ambulatoire de Laval, distinct de celui de Cité de la santé, il est important par ailleurs de mentionner que ce qui nous a paru important, au-delà, je dirais, d'identités distinctes qu'on a données aux deux établissements, ça a été fait, dans le fond, pour qu'on soit capable d'illustrer tout le potentiel que représente une approche énergiquement ambulatoire distincte, je dirais, du feu quotidien que connaît un hôpital traditionnel et son urgence. Mais, d'autre part, ce qu'il est important de mentionner, c'est que le voeu — et ça se réalise jusqu'à maintenant — qu'on a dans ça, c'est que les équipes médicales soient les mêmes. Ça ne minimise pas, je dirais, l'existence de deux conseils de médecins, dentistes et pharmaciens, mais, jusqu'à maintenant, la presque totalité des médecins de Cité de la santé ont demandé leur droit de pratique au CHARL. Alors, ça favorise beaucoup, je dirais, puisqu'il s'agit

d'une équipe médicale qui pratique sur deux sites, dans le fond, la continuité des services. Je ne sais pas si le Dr Gravel a le goût, Mme la Présidente, de compléter.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Gravel.

M. Gravel (Denis): Mme la Présidente, les députés de la région de Laval sont sûrement au courant de l'évolution à la fois des idées puis du concept du centre ambulatoire à partir d'une organisation virtuelle, à partir d'un hôpital virtuel pour devenir un hôpital autonome. À travers ça, les questions posées sont encore et toujours pertinentes, à savoir: Est-ce que la mise en place de la structure, l'engagement des gens par rapport aux soins dispensés, est-ce que c'est la meilleure utilisation et c'est la meilleure stratégie?

La chose qui est certaine, c'est qu'il est apparu qu'actuellement, pour se rapprocher de la masse de soins qu'on a à donner, le meilleur outil et le meilleur véhicule d'augmentation des soins à Laval pour les Lavallois était le CHARL, qui ne doit pas amputer Cité de la santé mais qui doit venir augmenter la quantité de soins disponibles à travers des équipements dont on a besoin dans la région, à travers une capacité de soins. Et c'est autour de ça que se fait le ralliement. C'est un outil d'augmentation de la capacité de soins à Laval pour les Lavallois.

CHARL, il est, là, séparé actuellement parce que des gens, des législateurs ont pensé que c'était la meilleure façon d'évaluer vraiment le concept ambulatoire en lui-même et que ça ne soit pas noyé dans autre chose. Tantôt, les gens de la Régie régionale, le législateur, auront l'occasion d'évaluer si cette décision-là doit être maintenue ou si un rapprochement de fait et des structures se fait, est normal, est utile ou est nécessaire.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je regrette. Merci, Dr Gravel. Je cède maintenant la parole à la députée de Crémazie.

Mme Blanchet: Merci, Mme la Présidente. Moi aussi, je voulais souhaiter la bienvenue aux gens de la Régie régionale de Laval. En ce qui me concerne, en tant qu'élue dans son premier mandat, je trouve très intéressant le fait que, comme membres permanentes de la commission des affaires sociales, on ait à rencontrer toutes les régies régionales. On est dans un processus de rencontres avec vous tous. On en aurait une dizaine de rencontres, si je me souviens bien, jusqu'à maintenant, et je voulais vous féliciter pour la pertinence et la qualité de votre présentation, M. Hamelin tout à l'heure et les gens qui vous entourent, parce que, en tout cas, en ce qui me concerne, ça m'a permis d'avoir — les documents que vous nous avez fait parvenir étaient très intéressants — de façon très succincte les choses que vous avez accomplies.

Vous avez aussi des projets qui sont très intéressants, qui diffèrent d'une région à l'autre, comme, entre autres, le guide Rose d'or. Je trouve ça très intéressant d'avoir un guide de cette qualité-là, parce que, à un moment donné, quand des gens se retrouvent face à cette situation-là de dire: Bon, je dois quitter mon

chez-moi... Moi, je peux vous dire que, pour une de mes deux grands-mères, il y a un organisme dans ma circonscription de Crémazie qui offre ce service-là. En fait, les gens se présentent, c'est un service gratuit; eux, ils ont tout ça à même l'ordinateur. Ça s'appelle l'organisme Vis-à-vis. Mais aussi, d'avoir un guide écrit peut certainement aider les gens à trouver un autre chez-soi qui va aussi répondre évidemment à leurs besoins, compte tenu de leur nouvelle situation.

Et aussi, de plus près, de façon plus personnelle, je peux vous dire que j'ai une autre grand-mère qui demeure au centre Idola Saint-Jean. Les rénovations que vous avez faites sont très belles, c'est très accueillant, pour y aller souvent. Elle, elle est dans l'ancienne aile, si on peut dire, mais c'est un choix qu'elle a fait de demeurer dans cette aile plus vieille, si on peut dire. Mais vous avez aussi apporté des rénovations qui ont fait en sorte qu'elle se croyait quand même dans des nouveaux locaux malgré tout, même si elle était demeurée dans l'ancienne aile.

Alors, moi, je voulais venir plus particulièrement vous poser une question en vue des auditions que l'on fait présentement. La Fondation québécoise du cancer nous a fait... en tout cas, moi, m'a mis la puce à l'oreille au niveau de l'implantation de comités régionaux, dans les diverses régions régionales, de lutte contre le cancer.

Elle nous faisait part, dans la documentation qu'elle nous a fait parvenir, qu'au printemps 1999 elle avait envoyé un sondage, un questionnaire à toutes les régions pour connaître justement l'avancement ou l'implantation ou la préparation de ces comités régionaux là et aussi d'un plan d'action, d'un plan d'attaque contre le cancer. Elle nous dit que malheureusement, à cette époque, la moitié n'avaient pas encore amorcé l'ébauche d'un tel comité et d'un tel plan. Et là elle fait une opération de vérification cette année. Malheureusement, plusieurs régions n'ont pas répondu, mais, la vôtre, vous aviez répondu, autant en 1999 que cette année. Et effectivement, votre plan régional serait, selon les résultats de 2000, en opération, mais, vous, quand même, vous notiez que le temps vous manquait pour mettre pleinement en marche ce comité-là et le plan également.

Alors, question vraiment générale: Comment pensez-vous pouvoir mieux aménager ou mieux dégager du temps pour donner à ce plan-là? Et aussi, plus précisément en ce qui concerne le cancer du sein, quels sont les travaux? Qu'est-ce qui est donné qui permettrait de dépister le cancer du sein, ces opérations-là?

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

Mme Auclair (Michèle): En fait, plus précisément sur la question du dépistage du cancer du sein, c'est un programme dont on voit, à sa popularité même, à l'accueil que ce programme-là reçoit auprès des femmes lavalloises — et femmes québécoises — un peu l'importance du sujet. On a eu quelques difficultés de démarrage et de financement au départ, mais c'est un programme maintenant qui file très bien sa route à Laval et dont on a d'excellents résultats. D'ailleurs, on a, sur ce programme-là très précisément, souvent des

retours de personnes qui nous font savoir leur satisfaction sur la célérité du service, l'accueil qu'elles ont reçu dans nos centres de dépistage et d'intervention.

Sur la question plus particulière de l'ensemble du programme de cancer à Laval, je vais laisser Mme Pagé vous dire où on en est.

Mme Pagé (Claire): Bon. Alors, comme on avait témoigné lorsque les représentants du ministère et de la Fondation québécoise de lutte contre le cancer étaient venus à Laval, notre Programme est déjà, d'une certaine façon, très amorcé, compte tenu de notre programmation régionale. On l'a baptisé «oncologie», nous, qui est un peu plus restreint comme terme. Donc, nous, on a déjà une très grande partie du programme qu'on a pu implanter, c'est-à-dire qu'on a déjà régionalement un comité, qui est le comité régional sur l'oncologie, qui est présidé par un médecin oncologue, qui regroupe des cliniciens de tous les établissements et de toutes les sphères aussi de personnels qui sont impliqués dans le traitement du cancer.

Il nous restera quelques ajustements à la composition de ce comité-là à faire pour être vraiment conforme aux recommandations du Programme québécois de lutte contre le cancer, surtout en y ajoutant des personnes qui vivent avec le cancer. C'est plus des usagers. Actuellement, notre comité ne comprend pas d'usagers, mais c'est une chose qu'on pourra envisager de modifier cette année, puisque la programmation régionale, le volet «oncologie» va s'amorcer de façon plus précise cette année, même si actuellement on a déjà beaucoup d'activités en oncologie de faites, autant à la Cité de la santé qu'avec des organismes communautaires comme en soins palliatifs, tout ça.

On a mis en place, cette année — et ça, je pense que c'est une des recommandations du comité du programme québécois — une équipe médicale qui assure la prise en charge médicale de clients qui veulent être maintenus à domicile le plus longtemps possible. Et ça, c'est une équipe qui est composée d'omnipraticiens et de médecins, d'omnipraticiens oeuvrant en CLSC et d'omnipraticiens oeuvrant en cabinet privé qui sont intéressés par les soins palliatifs, donc pour permettre aux gens d'être le plus longtemps possible à domicile. C'est des gens qui travaillent avec l'unité de soins palliatifs de Cité de la santé. Donc, c'est une programmation intégrée, mais qui fait en sorte que les gens sont maintenus le plus longtemps possible à domicile. Donc, on a beaucoup d'actions très concrètes de faites qui correspondent au plan de lutte au cancer.

● (10 h 40) ●

Cette année, on va continuer, il y a déjà des choses qui sont prévues pour l'automne et pour le printemps dans le cadre de la programmation régionale. Et, le comité, comme il existe déjà, on ajustera et sa composition et son titre pour répondre au programme québécois de lutte contre le cancer. Ce qu'il nous reste à faire évidemment, c'est d'intégrer les différents éléments de programmation, comme le Programme de dépistage du cancer du sein, mais aussi les autres programmes de dépistage qu'on pourrait vouloir mettre en place à partir des orientations qui seraient données par le ministère.

Aussi, ce qu'il nous reste à travailler, c'est beaucoup la — comment j'expliquerais ça — sensibilisation

de la population à des méthodes ou à des saines habitudes de vie qui font en sorte qu'on peut éviter le cancer. C'est un domaine, vous comprenez, qu'on travaille beaucoup avec nos collègues de santé publique, parce que c'est toutes les saines habitudes d'alimentation, de vie active, etc., et d'avoir des gestes de dépistage qui sont propres à chaque individu. Donc, une prise en charge des individus au-delà du traitement médical du cancer. Et ça, très honnêtement, on y travaille, on a du chemin à faire, mais, là-dessus, Laval n'est probablement pas très distincte des autres régions du Québec. C'est probablement un constat qui est à peu près partout. Il reste beaucoup de travail à faire sur l'appropriation des méthodes de prévention du cancer par la population. Mais c'est des choses avec lesquelles on travaille beaucoup, nous, conjointement avec la Direction de santé publique. Donc, les trois directions les plus impliquées, c'est la Direction de santé publique, la Direction des programmes et la Direction de la programmation régionale, avec les cliniciens du milieu.

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

Mme Blanchet: Merci, Mme la Présidente. Merci, Mme Pagé. Une petite question bien technique: Le budget affecté à ce domaine-là, à ce comité-là, ou le domaine en général, est de combien?

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

Mme Pagé (Claire): On avait affecté un budget au Programme de dépistage du cancer du sein qui est de l'ordre d'à peu près d'un quart de million de dollars, si je me souviens bien. Dans la programmation régionale, ce qui est prévu cette année pour la programmation d'oncologie, c'est de l'ordre de, en tout cas, tout près de 300 000 \$ cette année, où les activités particulières pourront être implantées à partir de l'automne. Et, au fur et à mesure qu'on implantera des volets de la programmation, on travaille toujours en disant: Quand on implante un service, quel est le budget requis pour l'implanter, et on ajuste donc le budget total. Je ne voudrais pas m'engager aujourd'hui, parce que c'est beaucoup du travail qu'on fait au fur et à mesure.

Mais ce qu'on a déjà de fait, c'est ce qui est déjà affecté au Programme de dépistage du cancer du sein. C'est ce qui est prévu pour cette année dans l'augmentation des activités en oncologie, donc l'augmentation du nombre de personnes qui peuvent être traitées à Laval suite à un cancer, et certaines activités. Exemple, l'équipe régionale médicale d'intensification des services médicaux en soins palliatifs, il n'y a pas eu de budget propre à ça, parce que les médecins sont rémunérés par leur rémunération habituelle. Donc, il n'y a pas eu de coûts, c'est vraiment une organisation de services qui a été mise en place.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, Mme Pagé. Vous avez un complément de réponse, M. Hamelin?

M. Hamelin (Pierre): Ce n'est pas moi qui vais apporter le complément de réponse, je vais demander à M. Gravel de compléter cette réponse-là, s'il vous plaît.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Gravel.

M. Gravel (Denis): Mme la Présidente, à travers les réponses que vous avez eues, je pense que vous avez pu constater qu'à travers une programmation, qu'à travers la présence des équipes médicales, d'omnipraticiens, de spécialistes, la région de Laval est mûre pour un projet complémentaire et en a fait la demande, et c'est le centre de radiothérapie pour desservir la clientèle de Laval.

Il se trouve à Laval une masse critique de patients à traiter. Cette masse critique de patients là a son diagnostic à Laval, a son traitement chirurgical disponible à Laval, pour la majorité des cas, a son traitement médical de disponible, a les services de support. Il manque quelques outils diagnostiques et techniques, mais il manque surtout un centre de radiothérapie. Le radiothérapeute vient à Laval, la planification du traitement se fait à Laval, mais le patient, on doit lui expliquer qu'il doit franchir des ponts ou qu'il doit aller à l'extérieur du Québec pour avoir son traitement.

Je pense que le gouvernement a montré sa sensibilité aux besoins des centres de radiothérapie. La caractéristique de Laval, c'est qu'il y a un nombre critique de patients à traiter qui justifie la mise en place d'un centre de radiothérapie, et ce, quand on fait des calculs à partir des normes du ministère. Et je pense que les Lavallois, la Régie régionale et les équipes médicales comptent sur vous pour faire en sorte que ce centre soit construit à Laval pour desservir la population de Laval.

Encore une fois, les documents sont disponibles, les chiffres sont là, le corps médical est présent, et c'est un projet qui tient à coeur, parce que c'est la boucle des soins qui pourra être à ce moment-là rendue.

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

Mme Blanchet: Une autre petite question. Mme Pagé, quand vous parliez des sous qui sont affectés à toute l'oncologie, et vous parliez aussi que des fois vous travaillez avec des organismes communautaires, est-ce que ça comprend les sous, ou eux sont dans l'enveloppe du SOC, la bonne vieille enveloppe du Soutien aux organismes communautaires?

Mme Pagé (Claire): C'est ça.

Mme Blanchet: Ça ne comprend pas ces organismes-là?

Mme Pagé (Claire): Non. Nous, pour ce qui est des organismes communautaires, il y a deux organismes communautaires à Laval qui travaillent dans le domaine des soins palliatifs, dont un organisme communautaire qui est un organisme de Montréal mais qui offre des services à Laval et qui est la fondation Ville-Marie,

l'Association d'entraide Ville-Marie, avec laquelle on a un partenariat particulier justement, qui travaille conjointement avec les CLSC, où le partage de la clientèle se fait. Autant les services peuvent être rendus par Entraide Ville-Marie et par le CLSC. On fait un plan de services, et chaque plan de services est individualisé pour la personne. Et il y a un autre organisme communautaire qui travaille plus en lien avec la clientèle en oncologie, mais en lien aussi avec la clientèle porteuse du VIH-sida.

Et on a aussi un programme communautaire de prise en charge de la maladie, qui est géré conjointement par Cité de la santé et par des organismes communautaires d'information à la population. Mais, ces organismes-là, les budgets sont prévus dans le programme de Soutien aux organismes communautaires et non pas dans les montants d'argent dont je vous ai parlé tantôt.

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

Mme Blanchet: Merci.

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

M. Beaumier: Merci, Mme la Présidente. D'abord un commentaire, puis ensuite une question. Ma collègue de Crémazie l'a signalé tantôt. Nous, comme membres permanents de la commission, nous avons reçu bon nombre de témoignages des régies, nous allons en entendre d'autres, je crois, au mois d'octobre, et c'est un apport extrêmement précieux pour nous quant à l'information. Et puis c'est avec beaucoup d'attention et de respect qu'on vous reçoit, parce que nous sommes tous partenaires dans ce but essentiel qui est de faire en sorte que notre population soit très bien desservie en termes de soins de santé et de services.

Moi, comme député de Champlain, je suis de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Centre-du-Québec et Mauricie. Et nous avons des rapports — d'ailleurs, c'est une directrice générale qui est là également — réguliers, comme députation, des fois à notre demande, des fois à la leur, pour nous assurer que nous comprenons bien et que nous faisons bien aussi les messages qui doivent se faire quant au développement de nos établissements, de nos institutions.

Personnellement, je crois — je ne veux pas engager d'autres personnes, mais l'expérience depuis cinq, six ans, m'a prouvé, moi — que la présence des régies régionales était quelque chose d'extrêmement précieux, d'extrêmement important. C'est un milieu où la communauté régionale est bien représentée aussi, qui est active. La Régie, aussi, permet à nos établissements de travailler en réseau — ce qui n'était pas nécessairement le cas avant, où chacun travaillait un peu en silo, comme on dit, et le rôle des régies dans ce cadre-là est extrêmement important — également, avec le milieu communautaire, où il y a du partenariat en termes de services auprès de nos gens.

J'apprécie beaucoup aussi cette initiative qui est de dénommer puis de qualifier aussi un peu les centres

d'hébergement, les centres privés. Je crois que c'est un apport que je retiens et qui est extrêmement en besoin à ce niveau-là. Donc, toutes ces initiatives des régies sont quelque chose qui me semble extrêmement positif.

Nous avons aussi des interrogations. Vous savez qu'actuellement, sous l'égide du président, M. Clair, il y a une commission de la santé qui va se pencher particulièrement sur deux volets: sur la réorganisation et sur le financement. Donc, ces rencontres qu'on fait avec vous vont nous permettre de mieux comprendre et de faire en sorte que nous aboutirons avec des orientations qui seraient importantes. Ma question, donc, c'était un commentaire général qui fait que c'est très important que nous nous voyions. Et, nous, nous en bénéficions à chaque fois et nous en sommes très heureux.

● (10 h 50) ●

Pour ce qui est des régies régionales, selon les mandats qui vous sont impartis, selon les moyens qui sont les vôtres — je comprends que ma question est délicate — est-ce que vous voyez des modifications qui pourraient être faites quant aux mandats ou quant aux moyens que vous pourriez avoir pour résoudre un certain nombre de problèmes? Chez vous, je n'ai pas vu qu'il y en avait tellement, mais, en termes d'effectifs médicaux, dans d'autres régions, c'est quelque chose qui se passe. Chez nous, vous savez ce qui s'est passé un petit peu dans le coin de Shawinigan. Alors, je voudrais savoir: La Régie régionale telle que vous la concevez, telle que vous la vivez, est-ce que vous auriez des suggestions quant à des modifications quelconques, soit au mandat ou soit aux moyens? Merci bien.

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

Mme Auclair (Michèle): La question est éminemment politique. Évidemment, je vais laisser les membres de notre conseil d'administration vous apporter des commentaires là-dessus.

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

M. Hamelin (Pierre): Je ne sais vraiment pas quoi répondre.

(Consultation)

Mme Auclair (Michèle): Oui, quant aux modifications, peut-être, à apporter au sein des conseils d'administration de régies. Est-ce que je comprends la question?

M. Beaumier: Absolument. La représentation, oui, l'imputabilité aussi, le pouvoir de faire travailler tous les établissements en réseau. C'est des choses qu'ont apportées, ça, les régies régionales. Est-ce qu'on peut aller plus loin? Est-ce qu'on doit aller plus loin? Est-ce que vous avez les moyens de le faire? Est-ce que c'est à vous de le faire? Je comprends que c'est une question... Ma question est bonne, mais ça ne veut pas dire que, si vous n'y répondez pas, vous n'êtes pas tellement... Présentement, là, je constate que ma question est très bonne quand même.

M. Gravel (Denis): Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Dr Gravel.

M. Gravel (Denis): Je peux peut-être tenter une amorce de réponse, c'est moins compromettant.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gravel (Denis): Au niveau des effectifs médicaux, on constate — vous avez les schémas — une présence de médecins et de spécialistes dans la région, mais également qu'un certain nombre de ces médecins et de ces médecins spécialistes ne sont à Laval pour traiter les Lavallois qu'à temps partiel, et qu'une partie de leur pratique est à Laval et qu'une autre partie est dans une autre région, et le plus souvent c'est à Montréal. Et on pourrait penser que ces gens-là viennent chercher à Laval de la clientèle et qu'ils la ramènent à Montréal.

Pour la région de Laval, le nombre de médecins et le nombre de médecins spécialistes pour donner des soins risquent d'être critiqués dans les années à venir, parce que les Lavallois veulent être traités à Laval. Si les budgets de fonctionnement ne sont pas là, bien, les équipes médicales sont toujours à un moment donné partagées entre les deux. Et, si les budgets de fonctionnement sont ailleurs, les médecins viendront chercher la clientèle puis la traiteront ailleurs. Alors, il y a un déséquilibre qui est possible.

On est à la veille aussi de sentir un effet, je dirais, pervers de la rémunération des nouveaux médecins: Pourquoi venir à Laval et avoir une pénalité financière quand, tout proche, il n'y en a pas, ou aussi à Montréal où on a la même? Alors, on est à la veille de vivre ce problème-là.

Le conseil d'administration de la Régie régionale de Laval fonctionne. On peut se poser des questions sur la représentation, la surreprésentation de certains groupes, mais actuellement, à Laval, ça n'a pas été un problème, et le conseil d'administration fonctionne.

La Régie a un rôle utile, et je pense que vous l'avez dit. Mais il y a un risque également — et je pense que tous les gens en sont conscients — que ce soit l'exécuteur qui soit celui qui ait l'odieux du couperet. Je pense que tous les gens y sont sensibles. La dernière loi au niveau de l'imputabilité met la Régie et le conseil d'administration dans une position qui est un petit peu délicate et difficile: Comment gérer des équilibres budgétaires quand la réponse semble être de limiter les soins ou de couper les soins, déjà qu'on a à vivre avec des listes d'attente? Alors, c'est sûrement une position inconfortable pour une régie régionale, pour les membres du conseil d'administration.

Ce qui nous fait demeurer en place, c'est d'avoir l'impression que la communication avec le ministère, avec le législateur, n'est pas rompue et qu'il y a une écoute et qu'il y a une sensibilité.

M. Beaumier: Ce qui était dans la loi, d'ailleurs, à ce niveau-là? O.K. Merci beaucoup.

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

M. Mulcair: Merci, Mme la Présidente. Alors, je tiens juste à rectifier le tir sur un détail qui, à notre point de vue, semble assez important.

Tout à l'heure, lorsque le Dr Gravel disait que c'étaient les législateurs qui avaient décidé pour le Centre hospitalier ambulatorio régional de Laval, c'est pour ça que j'ai dit d'emblée, au début de cette rencontre, que je regrettais de ne pas pouvoir échanger avec mes collègues péquistes de Laval là-dessus, parce que la décision d'implanter un deuxième conseil d'administration, un deuxième pallier d'administration pour la même équipe soignante — c'est lui qui l'a dit — ça ne vient pas du législateur; tout sauf. Il n'y a jamais eu de débat public sur l'implantation du CHARL. C'est une décision de la bureaucratie, pour la bureaucratie, par la bureaucratie.

Puis la raison pour ça a été donnée: On avait trop peur que la Cité de la santé prenne des budgets qui étaient censés être voués à un aspect du développement ambulatorio. Nous constatons que c'est un échec. Notre opinion, c'est que l'argent voué au CHARL aurait beaucoup mieux été dépensé si ça avait été les mêmes équipes soignantes, à la même place. On a tous suivi l'évolution du dossier. Mais, à notre point de vue, quand on arrive ici pour nous dire qu'il manque, au début de l'année, 2 millions pour pouvoir rendre les mêmes soins que l'année dernière...

Encore une fois — on termine là-dessus — on ne met en doute nullement les bonnes intentions des gens, mais ce qu'on dit, c'est ceci: C'est qu'avant de dépenser un dollar en duplication des bureaucraties on serait fort avisé de regarder ce qui existe et de voir si on ne peut pas couper dans les structures, dans les bureaucraties.

Si on regarde les budgets en question pour les structures et les bureaucraties, ça épongerait les déficits, ça donnerait des services directs à la population. Mais je tiens à rappeler qu'il ne faut pas imputer au législateur... On a beaucoup de fautes, beaucoup de torts, les législateurs. You can't blame the CHARL on us. Ce n'est pas de notre faute, ça, c'est la vôtre. Ça a été décidé par la bureaucratie, ça n'a rien à voir avec le législateur. Je tenais à préciser ça, tout en remerciant chaleureusement les gens de la Régie régionale d'avoir eu la gentillesse de venir partager leur expertise et leur expérience avec nous ici aujourd'hui.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci. Un dernier commentaire, Mme Auclair?

Mme Auclair (Michèle): Oui, deux petits derniers commentaires, si vous permettez, Mme la Présidente. Sur la question précise de la meilleure utilisation des ressources qu'on met à notre disposition, je tiens à rappeler que, avec la programmation ambulatorio, effectivement, une partie des budgets sont allés au CHARL, mais tout près de 40 % des budgets qui sont arrivés par la programmation ambulatorio ont été dédiés quand même aux services à la Cité de la santé.

On a fait référence tout à l'heure à l'importance — ce serait peut-être mon dernier commentaire, Mme la Présidente — des liens de la Régie régionale avec la députation. Dans ce cas-là, je veux souligner, même s'ils ne sont pas parmi nous aujourd'hui — Mme Leduc s'est excusée la semaine dernière d'être retenue dans la

région aujourd'hui — l'excellente collaboration que nous avons de l'ensemble de la députation de Laval. Et je vais souhaiter, avec notre député libéral, qu'on puisse aussi avoir des communications plus soutenues pour qu'on puisse suivre l'avènement et le développement des choses qui se passent à Laval.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, merci. Ceci met fin au temps qui nous était alloué. Je veux vous remercier, Mme Auclair, Mme Pagé, de même que MM. Gravel et Hamelin, pour cette participation à cette rencontre. Bien sûr, merci également pour toute la documentation que vous nous avez fournie. C'est un travail qui est important, et ce sont des outils importants pour nous aussi. Je veux vous souhaiter également un bon voyage de retour.

Je suspends pour quelques minutes pour permettre aux représentants de la Régie régionale de l'Outaouais de prendre place. Merci.

(Suspension de la séance à 10 h 59)

(Reprise à 11 h 4)

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Voulez-vous prendre place, s'il vous plaît? Nous allons reprendre les travaux de la commission. S'il vous plaît! Alors, la commission poursuit ses travaux afin de procéder à l'étude des rapports annuels 1997-1998 et 1998-1999 de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais. Je vous souhaite la bienvenue, bien sûr, c'est quand même un long trajet, et je cède la parole au président, M. Serge Forget. Vous avez une période de 30 minutes pour la présentation de votre mémoire. Mais, avant de débiter la présentation, j'apprécierais que vous nous présentiez les personnes qui vous accompagnent.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

M. Forget (Serge): Merci. D'accord, Mme Tremblay. Alors, à côté de moi, à ma gauche, le vice-président, M. Normand Beaudoin. Si on reste à gauche, Dr Marcel Reny, président de la commission médicale régionale de l'Outaouais, et notre directeur, M. Armand Boudreau, qui m'accompagne pour la présentation et les réponses ensuite à vos questions.

C'est donc avec grand plaisir et, je dois dire, un peu d'émotion aussi — c'est toujours un peu émouvant de venir rendre des comptes dans notre Assemblée nationale, et je pense que ça doit l'être aussi, sinon ce serait un jeu de l'être — qu'on se présente donc aujourd'hui devant vous pour parler des activités de la Régie, du système de santé et services sociaux — j'insiste sur «services sociaux», on n'a pas que la santé — qui se sont passées, 1997-1998 et 1998-1999, et puis on pourra embarquer un petit peu sur 2000 si ça vous intéresse, en termes de questions, bien sûr.

C'est la deuxième fois qu'on se présente, l'Outaouais, devant la commission parlementaire depuis que l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux a permis, a imposé, a obligé, a donné

cette obligation. Et quand je dis «a imposé, a donné cette obligation», je répète que c'est avec beaucoup d'intérêt, de bienveillance et de satisfaction qu'on vient rendre des comptes à ceux et celles qui ont le mandat de la population pour diriger le Québec et la santé et les services sociaux.

Naturellement, à l'instar de l'ensemble du Québec, le passage au XXI^e siècle s'est fait de façon... ou en plein cœur d'années assez tumultueuses dans notre secteur. C'était naturellement sous le changement indiqué. Le système de santé et services sociaux a été un peu brassé, un peu remis en question, même beaucoup, depuis quelques années, et je pense qu'il fallait le faire. On a demandé au citoyen payeur — on oublie des fois cette dimension-là, mais c'est le citoyen payeur, ce n'est pas seulement l'utilisateur — de changer sa façon d'utiliser les services de santé et les services sociaux dans notre région. On lui a demandé une chose, de rompre avec une vieille tradition qui était celle de dépendre d'une autre province pour avoir ses services sociaux et ses services de santé. On a dit: Quand on est capable de donner les services, on va le faire chez nous, plus proche de chez vous; on va le faire près des familles; on va le faire au Québec, en Outaouais. On lui a demandé de contribuer de façon différente aux choix qui concernent les orientations et l'administration des établissements du réseau.

De tout cet exercice de transformation amorcé en 1995-1996, qui s'est évidemment poursuivi en 1997, 1998, 1999, a émergé une organisation de services tout à fait différente, plus souple, mieux adaptée aux réalités à venir et davantage axée sur l'intégration des services. On va voir tantôt qu'il y a encore des choses à faire à ce niveau-là, énormément, mais il y a d'enclenchée une démarche qu'il fallait faire. J'entendais quelqu'un tantôt parler des silos, mais, pour rompre les silos ou les percer en bas pour qu'ils communiquent, je ne sais pas comment on fait ça, qu'on peut illustrer ça, mais on a commencé à faire ce travail-là. La Régie de l'Outaouais a assumé le leadership de cet effort de transformation du système dans une perspective de partenariat avec l'ensemble du réseau régional. On avait aussi le double défi de réaliser l'exercice en maintenant le cap sur les objectifs qu'on s'est donnés en matière d'autosuffisance régionale et en matière de services de santé face à l'Est ontarien. Alors, encore une fois, vous allez en entendre parler, parce que, ça, c'est une de nos réalités importantes, et il y a des millions qui se jouent là.

Ce processus de changement donc a été concentré sur une période relativement courte, ne s'est toutefois pas réalisé sans impact auprès des personnes qui avaient besoin des soins, et certaines modifications apportées ne sont pas encore complétées. La mise en oeuvre de cette transformation, de plus, a fait ressortir diverses situations problématiques relatives à l'accès à certains services, au manque de continuité dans d'autres et à certaines pénuries de ressources. Le message est clair: la situation nécessite de s'attaquer à ces problèmes et trouver des solutions appropriées et adaptées à notre réalité.

D'autre part, il a fallu faire face à des préoccupations importantes de la population qui a exprimé ses craintes d'avoir des difficultés d'accès aux services, malgré un message clair des usagères et

usagers qui sont satisfaits une fois le service rendu. C'est dans ce contexte que la Régie régionale et ses partenaires locaux et régionaux ont oeuvré au cours des dernières années, faisant la transition d'une période de transformation profonde à une phase de consolidation des gains durement acquis et relevant des défis de l'amélioration et de la qualité des services. Le conseil d'administration de la Régie a adopté, en décembre 1998, son plan stratégique régional de consolidation. Il est à ce moment-là devenu l'outil de base pour orienter les actions du réseau au cours des prochaines années.

Nous allons, mes collègues et moi, faire un bref survol des grands thèmes qui découlent des phases de transformation et de consolidation. Dans un premier temps, le vice-président, M. Beaudoin, présentera certains volets de la transformation et de la consolidation des services. Ensuite, le président de la commission médicale, M. Marcel Reny, vous entretiendra sur la transformation et la consolidation des ressources humaines, avec un accent particulier sur les ressources médicales. Le directeur général, M. Boudreau, abordera les volets financiers et traitera également du dossier rapatriement des clientèles qui consomment des soins de santé en Ontario, ou même on pourrait dire «celles qui consommaient», aussi, parce qu'on a un bon bout de fait là-dessus. Et enfin, je reprendrai la parole pour vous offrir certaines perspectives sur l'avenir dans le cadre d'une réflexion qui s'amorce sur la gouvernance et la régionalisation.

● (11 h 10) ●

Avant d'aborder ces sujets, permettez-moi de vous situer dans le contexte de la région de l'Outaouais, une région qui a toujours été décrite comme unique au Québec. En effet, l'Outaouais possède un ensemble de caractéristiques qui la distingue des autres régions, dont la principale est sa juxtaposition avec la région d'Ottawa-Carleton. Là, on parle de 1,2 million de personnes juste à côté. On parle de la capitale du Canada, fortement développée dans un ensemble des secteurs dont le domaine des services de santé. Nous sommes au confluent de trois systèmes politiques et administratifs qui viennent influencer l'évolution de la région.

Il y a aussi d'autres caractéristiques qu'on peut regarder. Notre région est la troisième concentration urbaine au Québec, mais 70 % de sa population est concentrée dans le territoire de la Communauté urbaine, ce qui laisse un immense territoire rural peu peuplé, qui a peu accès aussi aux grands centres, parce que le réseau routier — ceux qui connaissent l'Outaouais savent qu'il y a encore des choses à faire, mettons...

Par ailleurs, on a aussi une croissance démographique sans pareille. De 1981 à 1996, la population outaouaise s'est accrue de 26 %. Au Québec, c'était 11 %. L'Outaouais devrait atteindre le seuil de 320 000 habitants en l'an 2000. Toutefois, la croissance a eu lieu presque exclusivement en zone urbaine. Une population qui est aussi jeune, 9,1 %, en 1996, de la population âgée de 65 ans et plus; mais le vieillissement de la population s'accélère. La dualité urbain-rural est également présente. À ce sujet, la population âgée atteint déjà un seuil de plus de 14 % dans le Pontiac et les territoires forestiers de Maniwaki et celui de la Haute-Gatineau.

Une population diversifiée. On a 15 % de résidents d'expression anglaise, mais on a aussi une population immigrante en pleine croissance, on est rendu à 5 %. On est le troisième site d'accueil au Québec. Ça pose aussi des problèmes.

Enfin, notons que l'Outaouais présente globalement une image socioéconomique favorable comparativement à l'ensemble du Québec, mais beaucoup moins favorable comparativement à la région d'Ottawa-Carleton.

Pour les autres éléments, il y a pour ainsi dire deux Outaouais: l'urbain, le rural. Pour les fins de l'organisation des services, la coordination des acteurs, l'Outaouais est divisée en six territoires sociosanitaires qui reflètent chacun diverses réalités, deux territoires urbains et deux territoires ruraux.

Maintenant, allons voir un peu la transformation et la consolidation des services avec Normand.

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

M. Beaudoin (Normand): Bonjour. Moi, on m'a chargé de vous parler un petit peu de la transformation et de la consolidation des services. Alors, je vais commencer par noter certaines de nos réalisations.

Au cours des dernières années, l'Outaouais a été à l'avant-garde des grands changements en matière d'organisation, de coordination et même d'intégration des services de santé et services sociaux. De nos efforts collectifs, le réseau régional de santé et services sociaux a intégré les caractéristiques suivantes:

D'abord, un réseau de services plus proches des communautés locales et territoriales, avec une vision plus globale des besoins du milieu. En fait, pendant ces années-là, on a créé un nouveau territoire pour mieux desservir notre population. Deuxièmement, un réseau de services locaux offerts en complémentarité et appuyés par une gamme de services spécialisés et ultraspecialisés. On a continué à faire du rapatriement de services spécialisés; un réseau offrant des services plus légers et moins axés sur les ressources institutionnelles, services qui visent un retour plus rapide dans le milieu de vie de la personne; un réseau d'établissements, enfin, et d'organismes plus efficaces consacrant une proportion plus importante de ses ressources au service à la clientèle plutôt qu'à la gestion et aux activités de support. À cet égard, soulignons les éléments suivants.

Le virage ambulatoire. En ce moment, nous avons atteint un taux de 57 % de l'ensemble des chirurgies qui s'effectuent en chirurgie d'un jour, dont huit interventions sur 10 en ce qui a trait aux 103 diagnostics identifiés pour le contexte ambulatoire. Nos sondages auprès des clientèles démontrent un taux de satisfaction de 93 % en ce qui a trait au suivi à domicile assumé par les CLSC. Nous offrons également une gamme plus diversifiée de services de médecine de jour.

La réduction de lits en milieu hospitalier. En lien avec les dernières mesures, nous avons réduit significativement la dépendance sur des lits de soins de courte durée, atteignant la cible de 2,0 lits par 1 000, alors que la situation en 1995-1996 était de 2,6 lits par 1 000 personnes.

Le maintien à domicile. On a commencé très tôt à mettre l'accent sur le maintien à domicile dans l'Outaouais. Les budgets en maintien à domicile ont été augmentés de plus de 50 % entre 1995-1996 et 1998-1999, atteignant 17 millions et touchant plus de 12 000 personnes dans l'Outaouais. Nous avons atteint un per capita de 55 \$ pour le maintien à domicile, et même dépassé, en fait, en l'an 2000. Ce sont autant de personnes qui n'ont pas eu à être hospitalisées ou hébergées, recourant à des services plus légers et moins coûteux.

Info-Santé. Comme vous savez probablement, c'est depuis 1989 que la population outaouaise a accès à un service d'information, conseils santé et de référence, 24 heures par jour, sept jours par semaine, et, comme le témoigne le tableau que nous avons transmis auparavant, le nombre d'appels n'a cessé de croître, atteignant en fait 140 000 en 1999-2000. Il y a toute une tradition d'utilisation d'Info-Santé dans l'Outaouais qui est assez importante à souligner.

Le rôle accru du milieu communautaire. Afin d'augmenter les ressources dans la communauté, les subventions allouées aux organismes communautaires ont plus que doublé depuis 1995-1996, atteignant plus de 15,7 millions en 2000-2001 pour 144 organismes. La Régie régionale a toujours reconnu l'apport essentiel des organismes communautaires au sein du réseau et la Régie poursuivra en ce sens dans les années à venir.

Des services mieux intégrés. L'ensemble de la population s'attend à ce que les services soient offerts en continuité par un ensemble de partenaires en se coordonnant entre eux. Par l'approche territoriale en matière d'organisation et de coordination des services, la Régie et les partenaires du réseau local et régional ont pu oeuvrer pour développer une conception globale de services et de mécanismes de coordination efficaces.

De plus, on retrouve dans trois des six territoires un seul établissement local regroupant les trois missions, CLSC, CHSLD et CH. Dans les autres territoires, on retrouve des regroupements. Et, sur le plan régional aussi, on a vu la création du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, qui est devenu l'un des plus importants centres hospitaliers régionaux au Québec.

D'autre part, on oeuvre à mettre en place des réseaux intégrés de services pour les diverses clientèles, comme les personnes âgées, la jeunesse, selon le continuum de services.

Enfin, un meilleur accès pour les services dans les territoires. L'Outaouais s'est dotée d'orientations en matière d'équité intrarégionale en ce qui a trait à l'accès aux services visant à réduire les écarts qui existaient entre les territoires, et ce, pour une période de sept ans se terminant en l'an 2003. Par divers outils, que ce soit en matière d'organisation de services, répartition de ressources humaines ou modalités d'allocations budgétaires, l'écart entre les territoires a été réduit significativement, au point où un seul territoire ressort à cette étape, sur le plan global, soit celui des Collines. Il faut d'abord souligner que ce territoire est un nouveau territoire, constitué depuis seulement trois ans, et que la Régie régionale poursuit encore ses efforts pour consolider ses services. La Régie évalue la situation actuellement pour déterminer les facteurs qui viennent

jouer sur la fluctuation de consommation de services dans ce territoire-là et la nature des actions à entreprendre pour continuer à, disons, réduire l'écart d'équité.

L'amélioration de l'accès et la qualité des services. Dans les divers programmes, la Régie a procédé à la mise en oeuvre d'actions visant à maintenir le cap, consolider ou développer des services pour diverses clientèles. Par exemple, en santé mentale, l'Outaouais demeure le chef de file au Québec en matière d'organisation de services dans la communauté, et ce, malgré une situation difficile au plan des ressources disponibles. Et j'insiste sur ce point-là parce que c'est vraiment une très grande question dans l'Outaouais, la situation au point de vue des ressources disponibles pour la santé mentale, mais particulièrement aussi en matière de recrutement et de rétention de nos psychiatres. C'est un problème qui perdure.

L'Outaouais a depuis longtemps atteint le seuil visé par le ministère quant au ratio de 40 % des ressources institutionnelles versus 60 % des ressources dans la communauté. Autrement dit, ça fait longtemps qu'on a fait le virage vers la communauté, et c'est comme ça qu'on est devenu aussi un modèle pour l'offre de services en santé mentale.

● (11 h 20) ●

En matière de services aux personnes âgées, l'orientation visée du maintien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel a été intégrée dans des choix régionaux, comme en témoignent les augmentations budgétaires en maintien à domicile que j'ai mentionnées tout à l'heure. De plus, la Régie a cherché à atteindre un certain standard pour les soins offerts en CHSLD compte tenu de l'alourdissement sans cesse croissant de cette clientèle.

En matière de jeunesse, la Régie a adopté son PARI jeunesse, qu'on appelle, c'est le Plan d'action régional intégré, qui vient tracer les axes prioritaires suivants: la mobilisation dans la communauté, l'approche intersectorielle, l'intervention dans le milieu et la perspective de la qualité optimale. Tout récemment, la Régie, les CLCS et les CGO ont signé un protocole d'entente sur la concertation dans les interventions et la mise en place d'équipes locales intégrées en enfance, jeunesse, famille.

Il nous reste des défis. Ce ne sont là que des exemples d'action visant à accroître le niveau de services à la population. Il n'en demeure pas moins qu'il existe encore des problèmes d'accès et des difficultés de coordination dans certains domaines et pour lesquels nous oeuvrons à trouver des solutions dans le cadre de l'actualisation du plan de consolidation, tels les éléments suivants.

En matière de promotion et de prévention, malheureusement, le virage souhaité dans le plan de consolidation ne s'est pas réalisé, malgré une augmentation budgétaire dans ce domaine passant de 10 millions en 1997 à 11 millions en 1999. Il faudra, entre autres, accroître l'implantation de mesures universelles, notamment dans les services prénataux, les suivis prénataux et vaccination. Nous devons collectivement, c'est-à-dire tous ensemble, les paliers provincial et régional et local — c'est, disons, une de nos certitudes — prendre ce virage de façon plus importante,

tenant compte des priorités provinciales et des besoins régionaux. C'est le moyen le plus efficace pour améliorer la santé de la population et ainsi réduire la pression sur le système de services.

Des investissements à cet effet sont nécessaires à court et à moyen terme. Nous sommes en train de poser de tels jalons avec la préparation d'orientations régionales en matière de promotion-prévention et nous comptons pouvoir faire des choix à cet effet au cours du prochain exercice budgétaire. La Régie s'est déjà donné un premier outil en ce sens réservant une somme de 500 000 \$ pour financer de façon non récurrente des projets en matière de développement social et milieu en santé, projets qui doivent être issus d'un partenariat intersectoriel et intégré dans le milieu. Nous sommes à consolider nos liens avec l'ensemble de nos partenaires et pour oeuvrer vers l'amélioration de la santé et du bien-être et le développement communautaire, entre autres via notre participation à l'élaboration de l'entente-cadre 2000-2005.

En matière de services d'urgence dans les centres hospitaliers, les pourcentages de séjour de plus de 24 heures et ceux de plus de 48 heures sont restés stables ou ont crû entre 1996-1997 et 1998-1999.

Un plan d'action régional découlant du Forum national sur les urgences a été adopté le printemps dernier et est en voie d'actualisation. Il nécessite toutefois une concertation accrue entre l'ensemble des partenaires, incluant les CLSC, les CHSLD et les cliniques privées. L'un des facteurs-clés est la disponibilité de médecins omnipraticiens qui continuent à oeuvrer en milieu hospitalier. Les urgences et l'hospitalisation. Dans la région, les hôpitaux, dont le CHVO, le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais, ont connu des difficultés à cet égard, et le futur département régional de médecine régionale devrait jouer un rôle-clé dans ce domaine. La Régie a choisi d'assurer une participation accrue des médecins dans l'organisation et la gestion des services afin qu'ils s'impliquent dans le choix des solutions et leur mise en oeuvre.

Les services médicaux spécialisés. Malgré des développements importants découlant entre autres du projet rapatriement, la région n'a pas été en mesure d'accroître significativement les disponibilités des services spécialisés, compte tenu des pénuries d'effectifs médicaux dans divers domaines. La croissance nette de spécialistes en région depuis 1993 est de huit médecins, ce qui est nettement insuffisant pour répondre aux besoins régionaux. Il y a eu en fait un recrutement important pour la région, mais le taux de rétention demeure bien en deçà des attentes, notamment à cause de la politique de la mise à la retraite non ciblée.

En matière de services de réadaptation, on observe des lacunes importantes qui doivent être comblées. Le nombre de personnes en attente a plus que doublé, et les délais ont des impacts sur les personnes nécessitant des services. Les ajouts budgétaires demeurent importants, entre autres pour la mise en place d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive, mais ils s'avèrent insuffisants pour combler l'ensemble des besoins. C'est, entre autres, le cas des services pour les zéro à cinq ans présentant des problèmes de développement, en matière de stimulation précoce,

d'évaluation et de traitement, notamment en orthophonie. Des investissements importants sont requis dans ce domaine.

En matière de jeunesse, on constate une augmentation constante du nombre de signalements reçus et la région présente des taux supérieurs à la moyenne provinciale. Au cours des années, on observe des délais majeurs d'attente, qui augmentent. Il y a eu des ajouts minimaux d'argent, mais l'Outaouais demeure en deçà de la moyenne provinciale en matière de financement per capita dans ce domaine. Toutefois, en 1998-1999, on note une amélioration quant au délai d'attente moyen, et nous comptons poursuivre dans la foulée des travaux du comité Lebon.

Enfin, il est bon de souligner les besoins grandissants en matière de services destinés aux joueurs pathologiques. Vous savez tous qu'on héberge chez nous le troisième casino du Québec. Le nombre de personnes ayant eu recours à de tels services a presque quadruplé en trois ans, et la région est en attente d'injections budgétaires pour assurer la mise en place des services complets suite à l'élaboration d'un plan d'action élaboré conjointement par les régies de l'Outaouais et de Montréal.

Ces divers problèmes sont préoccupants, mais ils sont également le reflet de la nature des décisions qui ont dû être prises par la Régie régionale dans un contexte de restrictions budgétaires alors que cette dernière a dû faire un ensemble d'arbitrages pour identifier les priorités aux fins de financement. Il est clair que la Régie, au plus fort de la période des compressions, a dû rechercher diverses solutions pour maintenir les niveaux de services et même permettre certains développements essentiels. Il va de soi que la Régie régionale n'a pu répondre à tout l'ensemble des besoins. La prochaine phase de consolidation des services permettra de régulariser ces situations et d'améliorer l'accès dans les domaines susmentionnés.

M. Forget (Serge): On va aller maintenant aux effectifs avec Marcel, Dr Reny, qui va nous parler des effectifs médicaux et des effectifs en général.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Reny, vous avez la parole.

M. Reny (Marcel): Bonjour. Bon, comme pour l'ensemble des régions, les ressources humaines qui offrent les services de santé et services sociaux ont également vécu avec intensité cette période de grands changements. On ne peut souligner assez souvent leur apport et leur dévouement, tant chez les intervenantes et intervenants dispensant des soins aux personnes, les personnes offrant des services de soutien, le personnel d'encadrement et enfin les équipes médicales. Dans un contexte changeant et incertain, tout ce monde a su maintenir le cap sur les clientèles et leurs besoins.

Il n'en demeure pas moins que l'ensemble des modifications survenues dans le réseau a eu un impact majeur sur la main-d'oeuvre. Dans l'Outaouais, c'est plus de 500 salariés, 26 cadres et 30 médecins qui se sont prévalus du programme de départ à la retraite. De ce groupe, la région a ressenti la perte d'expertise, entre autres, dans les secteurs spécialisés. Nous n'avons pas

assisté dans la région à une diminution du nombre de salariés au sein du réseau ou à une croissance du nombre d'employés en sécurité d'emploi — comme en témoignent les tableaux que vous avez eus — comme les autres régions, car ce phénomène était en grande partie dû au fait que l'Outaouais a pu bénéficier de développements reliés à la phase II du projet Rapatriement qui ont permis le remplacement de nombreux professionnels. Alors que le nombre de salariés a connu une augmentation en 1998-1999 par rapport à 1995-1996, nous avons toutefois assisté à une diminution d'un peu plus de 14 % du personnel d'encadrement.

Un autre aspect digne de mention est la transformation progressive des postes. Alors qu'on assistait à une croissance du nombre de postes occasionnels en 1998-1999, on assiste à la consolidation maintenant des postes réguliers à plein temps, en 1999-2000, visant une stabilisation de la main-d'oeuvre. La situation est maintenant fort différente. Alors que l'Outaouais fait face, depuis les deux, trois dernières années, à une pénurie importante de ressources professionnelles, particulièrement les infirmières, mais aussi les spécialistes de réadaptation, on peut également prévoir de nouvelles pénuries dans des domaines, tel le travail social.

Depuis l'été 1998, la Régie régionale s'est penchée sur cette question avec ses partenaires du réseau pour développer une stratégie régionale de recrutement et de rétention de la main-d'oeuvre professionnelle, laquelle a été adoptée en juin 1999. Une telle stratégie s'avère essentielle dans le contexte particulier de l'Outaouais. Non seulement la région doit-elle compétitionner avec l'ensemble des régions du Québec pour des ressources très limitées, mais elle doit faire face, comme j'ai déjà mentionné, à l'omniprésence de la région d'Ottawa-Carleton qui recherche également des ressources professionnelles qui peuvent travailler en français et en anglais. Cette région bénéficie de nombreux avantages: la présence de milieux universitaires, des services ultraspécialisés, des conditions de rémunération avantageuses, un écart salarial important, de l'ordre de plus de 15 % pour les infirmières, des avantages fiscaux et une gamme d'incitatifs à leur disposition.

● (11 h 30) ●

À cet égard, le départ à la retraite d'infirmières d'expérience et le manque de nouvelles infirmières a eu un impact sur l'organisation du travail et la desserte des clientèles. L'Ontario a annoncé dans le passé la création de plusieurs postes d'infirmières, avec des mesures financières de recrutement. La région de l'Outaouais doit pouvoir compter sur l'apport de ressources humaines en nombre suffisant pour assurer la consolidation et le développement des services. La Régie et ses partenaires visent par cette stratégie de recrutement une rétention et la mise en place de mesures particulières qui tiennent compte de la réalité de cette zone frontalière.

Plus récemment la Régie régionale et le ministère, le CH de la vallée de l'Outaouais, les instances syndicales du CH, ont convenu d'un plan d'action pour redresser la situation de cet établissement très durement touché par la pénurie d'infirmières; et ça, dans le cadre, comme vous le savez, d'une ordonnance

émise par le Conseil des services essentiels. Diverses mesures ont permis au CRDO d'assurer la desserte de clientèles au cours de la période estivale avec un minimum d'impact sur la population.

Le manque de ressources ne se limite pas aux intervenants et intervenantes du réseau, la situation demeure également problématique au niveau des effectifs médicaux tant en omnipratique qu'en spécialité. Antérieurement, nous avons souligné la pénurie de psychiatres, mais des besoins doivent être également comblés dans d'autres spécialités, telles la pédiatrie, la cardiologie, la radiologie, la médecine interne, l'omnipratique. Les pénuries, non seulement créent-elles des problèmes d'attente au service, mais elles maintiennent également un niveau de dépendance face aux ressources ontariennes plus coûteuses. La région utilise les services actuellement pour l'équivalent de près de 50 médecins omnipraticiens spécialistes ontariens, ce qui représente des coûts de 7,7 millions en 1998-1999. Encore une fois, la situation particulière de l'Outaouais exige des mesures adaptées à cette réalité.

En tant que président de la commission médicale régionale, je peux vous assurer que nous avons mis de avant de nombreuses mesures pour rectifier la situation. Premièrement, le développement d'une gamme de nouveaux services spécialisés et ultraspécialisés via la phase 2 du projet Rapatriement des clientèles, dont la radiothérapie, l'hémodynamie, la consolidation de la dialyse, la consolidation du parc technologique au sein de nos établissements et le développement relié à la télémédecine, un ensemble de mesures de recrutement et de rétention et la mise en place, dans le cadre des stratégies régionales, d'un secrétariat au recrutement pour nous aider à recruter nos effectifs.

La commission médicale régionale joue un rôle clé dans le choix des priorités d'action et des orientations privilégiées dans ces domaines. Elle est bien intégrée à l'ensemble des processus décisionnels et son apport est plus que significatif. Cette dernière a dû se pencher sur les moyens les plus appropriés pour assurer une meilleure desserte des populations, que ce soient les services de première ligne ou les services spécialisés. Dans le cadre du plan de consolidation, la Régie régionale compte assurer une plus grande implication des équipes médicales dans l'organisation et la coordination des services via l'instauration de structures adaptées au mode de fonctionnement des médecins. Il s'agit de la mise en place d'équipes médicales intéressées par la gestion du système de santé et donc un partenariat médico-administratif.

D'autre part, l'Outaouais est la première région du Québec à avoir mis en place un département régional de médecine générale; je dirais même la première. Ce dernier a déjà amorcé ses travaux et est en voie de se donner diverses priorités, dont le rapprochement et une meilleure intégration des actions des cliniques médicales, CLSC, CH, dans une localité donnée. Déjà, une expérience est en cours dans la ville d'Aylmer: une meilleure accessibilité aux services médicaux de base dans l'ensemble des territoires; améliorer la situation des pratiques médicales en milieu hospitalier; une meilleure utilisation des services médicaux avec un rôle accru du médecin de famille comme porte d'entrée.

Il sera important, par contre, d'évaluer dans un proche avenir les types de leviers que le département régional de médecine générale pourrait avoir afin de convaincre peut-être des médecins de participer à ces activités.

L'organisation des services médicaux, l'implication encore plus importante des médecins dans le processus décisionnel, des outils mieux adaptés pour le recrutement et la rétention ainsi qu'un meilleur partenariat médico-administratif sont autant de thèmes qui alimenteront les travaux de la Régie, de la commission médicale et du DRMG et d'autres structures dans un proche avenir. Merci.

M. Forget (Serge): Un rapide survol maintenant du rapatriement et des aspects financiers avant de conclure et de vous laisser la parole.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il vous reste... À vrai dire, je vais vous laisser quelques minutes, deux ou trois minutes.

M. Boudreau (Armand): Merci, Mme la Présidente. Alors, si vous me permettez, je vais sortir de mon texte, mais je voudrais quand même insister sur ce projet de rapatriement qui est un moteur de développement pour la région de l'Outaouais. Il ne faut pas oublier que, si la région de l'Outaouais n'avait pas fait la promotion de ce projet de rapatriement là, ce serait, bon an mal an, tout près de 100 millions de dollars qu'on dépenserait encore pour des services rendus à notre population à Ottawa. Alors, avec les efforts de rapatriement, nous avons réduit cette facture-là à 33 millions de dollars à l'heure actuelle.

Alors, il nous reste encore, on pense, du rapatriement à faire, de l'ordre de 8 à 10 millions de dollars, surtout dans les services externes, dont les volumes d'activité descendent parce qu'on agit sur le rapatriement, mais dont les factures augmentent de façon très appréciable. C'est un projet qu'on veut présenter au ministère prochainement.

Au niveau de la situation financière, comme d'autres régions du Québec, on a aussi rencontré des difficultés importantes dans les dernières années. À cause du projet de rapatriement, nos budgets globalement ont augmenté, mais il ne faut pas oublier aussi qu'avec les augmentations de budget que nous avons eues, c'est quand même une augmentation de la clientèle.

Je me permets aussi de vous souligner que le risque du projet de rapatriement a été pris par la Régie régionale de l'Outaouais et son conseil d'administration particulièrement. Il faut dire que nous avons agi dans ce dossier-là avec des autorisations d'emprunt du ministère où on exigeait de notre part qu'on réduise la consommation en Ontario et qu'ainsi on se repaie. Donc, le risque a été pris par la population de l'Outaouais, ils ont très bien répondu, et, à date, nous avons rencontré nos objectifs.

Les déficits estimés pour la prochaine année sont encore de l'ordre de 8 à 9 millions, dans notre région. Ce que je peux vous dire, ce qui est important, c'est que le travail a été fait pour rationaliser la façon dont on dépense nos argent. Ce sont les volumes d'activité qui ont augmenté, et, si nous n'avions pas eu les

augmentations de volumes d'activité, on aurait été capables d'atteindre l'équilibre budgétaire dans notre région. Ce qui veut donc dire que, si la commission Clair peut se pencher sur cette question-là de façon véritable et puis qu'on puisse changer les modes d'allocation de ressources pour nous permettre de reconnaître les augmentations d'activité, les augmentations des demandes de la population, je pense qu'on n'aurait pas de problème pour rendre des services à la population dans l'Outaouais.

M. Forget (Serge): Merci, M. le directeur. En guise de conclusion, Mme la Présidente, trois pistes, je pense, qui nous attendent dans les prochaines années, à compter de maintenant. D'abord, la définition d'un partenariat, avec des juridictions claires et précises entre le ministère, les régions et les dispensateurs de services.

Deuxième élément qu'il nous faut regarder, c'est un réseau intégré dans une perspective de reddition de comptes sur des objectifs mesurables. On a diminué le nombre d'établissements, ou les petits silos, si on veut, il s'agit maintenant de faire un ensemble avec ça qui se complète et qui se coordonne.

Troisième élément. Notre directeur a parlé de leviers tantôt, au niveau de l'allocation des ressources, il y en a quelques-uns, je pense, qu'il faut regarder vraiment, c'est tout l'ensemble de la planification de main-d'oeuvre et des effectifs, entre autres, médicaux. Il faut revoir la rémunération en fonction de la réponse aux besoins réels sur l'ensemble du territoire du Québec, dont l'Outaouais, bien sûr. Là-dessus, il nous faut, nous, notre dichotomie. Notre ruralité a aussi droit, parce qu'ils paient les mêmes impôts que tout le monde, aux mêmes services.

Alors, ces trois éléments-là font en sorte qu'on pourrait, je pense, faire un pas de plus à l'amorce du XXI^e siècle. Merci, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, je vous remercie, messieurs. Je vais céder la parole immédiatement au député de Vaudreuil.

M. Marcoux: Merci, Mme la Présidente. Bienvenue, M. Forget, ainsi que tous les autres représentants de la Régie régionale de l'Outaouais. Je vous remercie de votre présentation. J'aurais quelques questions. D'abord, avant de poser ma question, je pense que vous n'avez pas déposé, à moins que je ne l'aie pas eue, l'entente de gestion que la Régie, sans doute, a signée avec le ministère l'an dernier. S'il était possible de déposer cette entente de gestion ainsi que, le cas échéant, les ententes de gestion tripartites qui ont pu être signées entre des établissements de votre territoire, la Régie et le ministère.

M. Forget (Serge): Il n'y a pas de problème, c'est noté.

M. Marcoux: J'aimerais savoir, au 31 mars 2000, quel était le montant total du déficit réel de l'ensemble des établissements de votre territoire, selon les états financiers vérifiés des établissements.

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

M. Boudreau (Armand): Merci, Mme la Présidente, 23 millions.

M. Marcoux: Et est-ce que quelques établissements représentaient une partie importante de ces déficits, M. le président?

M. Forget (Serge): Oui. Le Centre hospitalier régional de l'Outaouais représente la principale partie de ce déficit, ce qui a provoqué la Régie, le conseil, à décider et à convaincre le conseil de l'hôpital de déployer une expertise, tant au niveau financier, au niveau des ressources médicales, le plan de ressources, le plan d'effectif aussi des médecins, pour voir, suite à la fusion, comment se fait-il qu'on arrive avec ce type de déficit. Le rapport sera disponible le 30 septembre.

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

M. Marcoux: Le montant de déficit réel était de 23 millions, quel montant a été octroyé par le ministère dans le cadre de l'opération de compensation des déficits accumulés pour 2000-2001?

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

• (11 h 40) •

M. Boudreau (Armand): Il y a 17,7 millions qui, à l'heure actuelle, ont été remboursés par le ministère. On est en discussion avec eux parce qu'il y a eu des établissements, et particulièrement, comme disait M. le président, le CHVO, qui a démontré un déficit supérieur d'au-delà de 3 millions des prévisions du mois de février... Alors, vous pouvez vous imaginer qu'on a eu des surprises et qu'il fallait agir, à ce moment-là.

M. Marcoux: Mais, ce qui veut dire qu'il y a quand même un écart de presque 5 millions entre le déficit réel au 31 mars 2000 et le montant que vous avez reçu du ministère pour rembourser ce déficit-là.

M. Boudreau (Armand): C'est ça, et nous nous attendons, par ailleurs, à recevoir ces argents du ministère. Toutes indications sont à l'effet que, s'il n'y a pas eu d'exagération, si les états financiers ont été bien vérifiés et puis que c'était légitime, ces déficits seront remboursés.

M. Marcoux: Est-ce que je crois comprendre que c'est la Régie, dans le fond aussi, qui suit les budgets des établissements? À votre avis, est-ce que le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais a été bien géré, ou si le déficit résulte d'une mauvaise gestion du Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais?

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

M. Forget (Serge): Je ne veux pas anticiper sur le résultat de l'expertise qui est actuellement en cours tant au niveau de la gestion financière que de la gestion des services médicaux et infirmiers. Cependant, la situation nous apparaissait assez inquiétante pour prendre une

telle décision, et la prendre en accord avec le ministère, pour qu'une intervention soit faite pour qu'on puisse ne plus avoir de surprise. Mais la réponse va nous être donnée le 30. Enfin, actuellement, il y a une vérification totale des trois dimensions que je vous disais là.

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

M. Marcoux: Pour l'année 2000-2001, est-ce que tous les établissements de santé de votre territoire ont présenté leur budget dûment approuvé?

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

M. Boudreau (Armand): Oui, tous les établissements ont présenté des budgets. Il y a évidemment, à l'intérieur de ces budgets, des zones de fragilité, etc., qu'ils ont indiquées. À ce moment-ci, à partir des derniers rapports que nous avons reçus, nous prévoyons un déficit pour l'année en cours de l'ordre de 8,8 millions et nous continuons évidemment à travailler avec chacun des établissements pour en vérifier la teneur. Est-ce que c'est relié à une gestion qui n'est pas suffisamment serrée? Est-ce que la performance est là ou est-ce que c'est dû à des augmentations de coûts dans des domaines tels les médicaments, qui sont très difficiles à contrôler, ou encore dû à des augmentations de volume de clientèles?

M. Marcoux: S'il y a un écart entre les revenus estimés — de toute façon qui sont connus parce que c'est de l'argent qui vient du ministère — et les dépenses estimées par les conseils d'administration, de 9 millions, il y a également, si je comprends, sur le plan des déficits remboursés, un écart de 6 millions pour l'an dernier, ce qui fait, dans le fond, un 15 millions, si je comprends, pour l'ensemble des établissements de votre territoire, qui à ce moment-ci manquent. C'est ça?

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

M. Forget (Serge): Oui. Il faut trouver la cause. Ce que M. Boudreau vient de mentionner, c'est qu'on veut trouver la cause réelle: Est-ce que c'est une mauvaise gestion? Ça pourrait en être une dans certains cas. Est-ce que c'est l'augmentation de la clientèle? Vous savez, quand on rapatrie 75 millions par année de clientèle, ce n'est pas juste des sous, il y a aussi du monde qu'il faut soigner et il y a des augmentations. Par exemple, en hémodialyse, l'an passé, un équipement pour une trentaine au CHVO, on en traitait autour de 80. Et ça, si on ne les traite pas, ils meurent. Alors, il faut s'en occuper. C'est ce qu'on va vérifier — cet argent-là, il vient d'où? — pour éviter les surprises.

M. Marcoux: Qu'est-ce qui va se passer? Nous avons six mois d'écoulés pour l'année 2000-2001, le déficit estimé, ou l'écart entre les revenus et les dépenses pour le CHVO est de combien?

M. Boudreau (Armand): Le CHVO...

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

M. Boudreau (Armand): Pardon, Mme la Présidente, il faut s'habituer. Le CHVO, à ce moment-ci, prévoit un déficit de l'ordre de 5 millions. Comme je vous ai dit, il y a un spécialiste, à ce moment-ci, au niveau de la gestion financière, qui est sous la responsabilité de M. Desjardins, qui est en train de regarder toute la gestion financière et refaire le budget de l'établissement. Nous avons des rencontres de prévues dans les prochaines semaines avec eux pour avoir des chiffres beaucoup plus précis et aussi pour avoir une série de mesures que l'établissement pourrait mettre en place pour réduire cette facture-là anticipée de 5 millions.

M. Marcoux: Est-ce que, pour ce qui est du CHVO, il serait exact que ça va mener à des réductions de services? Est-ce que le centre hospitalier vous a fait des propositions à cet égard-là, pour des réductions de services? Parce que, vous savez, si je comprends, d'abord, le déficit de l'an dernier, quelles que soient les causes, n'a même pas été absorbé. Et, normalement, il y a ce que vous avez mentionné vous-même, des coûts additionnels qui sont générés par la rétention de la clientèle, l'alourdissement de la clientèle qui doit se produire dans votre territoire comme ailleurs, le coût des médicaments et le coût des nouvelles technologies. Donc, comment la régie va-t-elle réagir, réagit-elle, là, à la situation du CHVO en particulier — je vous parlerai de deux autres établissements après — et est-ce que votre attitude, c'est de dire: Bien, écoutez, oui, réduisez des services à la population?

M. Forget (Serge): Actuellement, ce n'est absolument pas ça. C'est même le contraire au niveau, entre autres, de la physiothérapie. C'est la même chose au niveau des services de réadaptation pour les jeunes, on nous a proposé un arrêt de services, là, ce qu'on a refusé en leur écrivant qu'il n'était pas question que ça se fasse. Et ça a servi, ça, entre autres, nos arguments pour faire entrer quelqu'un, les spécialistes au niveau des services médicaux et infirmiers dans l'hôpital, en consultation avec ceux qui y travaillent, parce qu'on pense qu'il y a toute une question d'organisation.

Vous mentionniez une dimension importante, c'est celle de la sortie des lits de longue durée, où on a du rattrapage qu'on a fait avec deux CHSLD dont un payait, par le rapatriement, dans notre région, deux fois 90 lits. Sauf qu'on vieillit tous et toutes, et les clientèles s'alourdissent, et ça prend du temps à sortir. Il y a encore une trentaine de lits, qui sont des lits de longue durée finalement, qui ne devraient plus être là, et on travaille actuellement à régler cette dimension-là. C'en est une autre, ça, qui soulagerait et permettrait à des services de niveaux 2 et 3 d'être faits plus rapidement.

M. Marcoux: Mais, pour résumer, pour offrir les mêmes services, tenant compte des facteurs qui génèrent des hausses, ce que j'ai mentionné tantôt, il vous manque plus de 15 millions cette année dans la région. Nous avons déjà six mois d'écoulés. Ça ne se fait pas par enchantement, des changements, surtout, disons, dans le contexte où on a une clientèle à

desservir. Alors, comment la Régie pense-t-elle agir pour financer ce 15 millions?

M. Forget (Serge): M. Boudreau va vous tracer un portrait.

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

M. Boudreau (Armand): Merci, Mme la Présidente. Il est très, très clair que la région ne pourra pas passer à travers l'année sans avoir des injections additionnelles financières pour être capable de rendre les services et le même niveau de services qu'on a rendus l'année passée. Sauf qu'avant de dire quelle est la hauteur, M. le député, il va falloir qu'on finisse nos travaux, qui devront se terminer d'ici deux ou trois semaines, pour être capable de déterminer c'est quoi, la part d'efficience additionnelle qu'on peut exiger de nos établissements dans la région, c'est quoi, la part que le ministère devra nous financer de façon additionnelle pour être capable de rendre les services à la population.

Il est très clair que, pour nous, au conseil d'administration de la Régie régionale, nous ne privilégierons jamais la réduction de services à la clientèle. Nous avons déjà des clientèles qui ne sont pas desservies et nous sommes en demande pour des budgets additionnels de ce côté-là.

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

M. Marcoux: Deux dernières questions. Dans le cas du CHSLD de Hull, il semble que le budget a été adopté mais qu'il y a un manque à gagner relativement important qui devrait être comblé si l'institution veut continuer de maintenir les services. Donc, ça entre, ça, dans ce que vous mentionniez tantôt. Donc, ça devrait être comblé si l'institution veut fournir ces services. Dans le cas du CLSC-CHSLD des Collines, est-ce que son budget a été soumis?

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

● (11 h 50) ●

M. Forget (Serge): Le CHSLD des Collines, il faut prendre en note que c'est une nouvelle organisation territoriale. On a une projection par étapes. C'est une région, ça, la MRC des Collines, qui est nouvelle, de 1993, et qui a obtenu sa police de MRC, et maintenant elle voulait son territoire. Ça a fait tout un débat régional, qui s'est soldé il y a un an et demi, et on a réussi, avec la répartition des ressources de ceux qui desservaient ce territoire-là, à donner les bases de budget. Le budget soumis, évidemment, demande le budget nécessaire à l'arrivée comme s'il était en fin de course, c'est-à-dire au même niveau que tous les autres en partant, ce avec quoi on n'est pas d'accord. On dit: Vous allez franchir les étapes nécessaires à maintenir les mêmes services, et, l'an prochain, on va rajouter graduellement. Armand va compléter.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Un complément de réponse.

M. Boudreau (Armand): Oui. En complément, ce qu'il faut dire, c'est que nous sommes en discussion avec le ministère et avec l'établissement. L'établissement nous demande un budget additionnel. Ils nous ont soumis leur budget, mais c'est un budget déficitaire que nous n'avons pas accepté. Ils nous ont soumis une demande de budget additionnel de 500 000 \$. À notre avis, en reportant l'ouverture de certains services, nous pensons que l'établissement peut réduire cette demande-là de 335 000 \$ ou 340 000 \$, donc il y a un écart de 165 000 \$ qu'on a déjà signifié au ministère comme étant un écart qui, s'il n'est pas comblé, aura des impacts sur les services à la population. C'est notre façon de travailler.

Je ne pense pas que le ministère soit d'accord à ce qu'on coupe les services à la population. Alors, à chaque fois qu'il y a risque de ça, nous faisons nos travaux et nous travaillons très étroitement avec les gens du ministère pour leur faire valoir les difficultés qu'on rencontre.

M. Forget (Serge): Si vous permettez, Mme la Présidente, un complément.

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

M. Forget (Serge): Dans les Collines, bon, c'est un territoire qui a une certaine géographie, et ce qu'on essaie d'implanter, c'est des points de services à des endroits où ils n'existaient pas avant — c'est pour ça qu'on a créé une nouvelle région — mais tous en même temps, pendant que ces gens-là étaient desservis encore plus loin que du nouveau CH, CHSLD et CLSC. Et ce qu'on dit, nous, c'est: Allez-y graduellement dans l'implantation de vos points de services. Parce qu'on part d'une situation où c'était zéro, puis on veut arriver à une situation où c'est quatre en même temps, là. Peut-être qu'on peut passer par deux et trois puis agrandir tranquillement.

M. Marcoux: Donc, vous n'êtes pas d'accord avec la direction du CLSC et CHSLD des Collines qui mentionne que, advenant qu'ils n'aient pas 500 000 \$ de plus, il y aura une réduction des services à la population?

M. Forget (Serge): Non, puisque les services existaient avant, donnés par le CLSC de Gatineau et donnés par celui de Hull et donnés par le Centre hospitalier CHVO, etc., et c'était encore plus loin et plus difficile. Ce qu'on dit, c'est une question d'organisation qui devra être planifiée et échelonnée pour améliorer les services et l'accès plus près des gens. Mais on n'est pas obligé de tout faire en partant, ces gens-là avaient des services de façon... plus loin encore.

M. Marcoux: Mme la Présidente, une dernière question. Comment vous fonctionnez avec l'application de la loi antidéficit qui est entrée en vigueur au mois de juin, dans ce contexte-là?

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

M. Boudreau (Armand): Merci, Mme la Présidente. Il faut faire la distinction, à mon avis, entre une loi antidéficit qui est là, en fait, pour assurer une bonne gestion du réseau. Une des difficultés qu'on a eue dans le passé, c'est qu'on a été obligé... ou le gouvernement a décidé, dans le fond, de renflouer les déficits des établissements. De faire ça année après année, ce n'est pas une façon très, très adéquate de gérer les finances des établissements. Ce qu'il faut faire, et ce sont des travaux qui sont en cours, c'est de réviser les modes d'allocation des ressources. Les choses sont basées beaucoup sur de l'historique dans nos établissements, et, si on ne change pas ces modes-là pour tenir compte particulièrement des augmentations de coûts qui sont incontrôlables, ou encore pour tenir compte des augmentations de volume de clientèles et d'intensité de soins requis par ces clientèles-là, on va toujours aboutir à ces difficultés-là.

Alors, pour nous, qu'il y ait une loi antidéficit qui dit aux établissements: Vous devez gérer à l'intérieur des budgets qu'on vous a consentis, on est tout à fait d'accord avec ça parce que c'est de la bonne gestion. Par ailleurs, si on n'ajuste pas les modes d'allocation des ressources, on va se retrouver dans une situation où forcément, si la loi est appliquée, il va y avoir des impacts sur les services à la clientèle. Alors, c'est pour ça qu'on travaille activement avec le ministère. La régie régionale participe à ces travaux-là pour essayer de réaménager ces manières d'allouer les ressources pour s'assurer qu'en bout de ligne les services à la clientèle ne soient pas atteints par une telle loi.

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

M. Marcoux: Ce que je crois comprendre dans le fond, ce que vous me dites, j'interprète que la ministre a pris le problème par la queue, parce que vous dites: Il faut changer les modes d'allocation. Ce n'est pas ça que la loi antidéficit fait, elle dit: Indépendamment des modes d'allocation, que je les change ou non, vous devez ne pas faire de déficit, surtout même si on ne comble pas des déficits qui ont été encourus pour offrir des services à la population l'année précédente. Et la loi est censée être en vigueur. Mais, si je comprends, il y a une tolérance qui fait qu'on accepte de façon, je dirais, un peu insidieuse: Bien, la loi est là, mais finalement on ne va pas couper les services et puis on va tolérer une situation sans la corriger, sans changer les modes d'allocation et sans mettre d'argent dans un système, alors qu'au Québec nous sommes la province où on dépense le moins par habitant au Canada.

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

M. Forget (Serge): La loi prévoit aussi, vous le savez, que les régies sont responsables de l'organisation et de la planification des services. On est d'accord pour organiser et planifier les services dans une perspective d'absence de déficit — je pense que c'est fondamental — sauf qu'il y a aussi... On donnait les chiffres tantôt de croissance de population dans notre région, on donnait les chiffres de rapatriement de

clientèles; on a donc aussi une responsabilité par rapport aux services à ces gens, à ces payeurs de taxes, à ces contribuables-là, et donc il faut établir, il faut rallier les deux, et c'est sur quoi on travaille actuellement, on fait des représentations à ce ministère.

On ne peut pas organiser et planifier les services de façon adéquate à la population sans tenir compte de l'accroissement des besoins, du vieillissement des populations, par exemple, de la croissance de la région, etc. Qu'on arrive avec une loi qui est un instrument, un incitatif, c'est bien, la loi des antidéficits, j'appelle ça un incitatif à gérer de proche, mais il ne faut pas non plus dire: La façon de faire, c'est de couper les services. Ça, on n'embarquera jamais là-dedans.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Forget. Alors, M. le député de Masson, je vous cède maintenant la parole.

M. Labbé: Merci, Mme la Présidente. Alors, M. Forget et votre équipe, bienvenue et merci pour votre présentation. Ma première question est peut-être plus une question d'information, c'est à la page 8 de votre document, dans le fond, quand on regarde le tableau n° 11. Alors, on parle évidemment des subventions aux organismes communautaires par programme, et ma question, vous allez l'avoir tout de suite, c'est au niveau des personnes âgées. Je vois qu'il n'y a rien d'inscrit, c'est peut-être juste de vérifier. Est-ce que c'est compris dans un autre programme ou si... Je suis sûr que vous avez des personnes âgées sur votre territoire.

M. Forget (Serge): Oui, on en a quelques-unes. Effectivement, à la page 8... Vous parlez du tableau 8, là?

M. Labbé: Oui, c'est le tableau 11.

M. Forget (Serge): Ah! le tableau 11.

M. Labbé: À la page 8.

M. Forget (Serge): Page 12.

M. Labbé: C'est ça, si on a le même document, là.

M. Forget (Serge): J'avais inversé, moi, là, j'étais rendu au tableau 12, en tout cas.

M. Labbé: O.K. Alors, les personnes âgées, moi, je n'ai pas de chiffres comme tels. Est-ce que je suis correct?

M. Boudreau (Armand): Vous n'avez effectivement pas de chiffres. Ça doit être inclus dans le Soutien aux organismes communautaires, dans le SOC comme tel.

M. Labbé: Ah! d'accord.

M. Boudreau (Armand): C'est ça. Mais il y a effectivement beaucoup de subventions qui sont accordées à des organismes qui oeuvrent auprès des personnes âgées dans notre région.

M. Forget (Serge): Alors, vous retrouvez ça dans le SOC puis vous en retrouvez aussi dans le maintien à domicile, bien sûr, les budgets, là, personnes âgées. On pourrait vous donner les détails.

M. Labbé: Oui, c'est ça que j'étais pour vous demander, si c'était possible de décortiquer peut-être le SOC, à un moment donné, par programme. Ça nous permettrait de voir à partir de ça, à un moment donné, les personnes âgées, c'est quoi, le dynamisme qu'il peut y avoir au niveau des organismes communautaires.

M. Forget (Serge): Oui, c'est un document qui existe par programme et par territoire aussi.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Donc, vous pourrez nous faire parvenir cette information, monsieur. Vous l'avez déjà?

M. Boudreau (Armand): Justement. Si vous permettez, Mme la Présidente...

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

M. Boudreau (Armand): ...en 1999-2000 au niveau des personnes âgées, c'est 1 059 872 \$, puis je pourrais vous fournir...

M. Labbé: Excellent. Oui, peut-être on pourrait en faire des copies, à ce moment-là, si vous permettez, Mme la Présidente.

Document déposé

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, si vous pouvez nous déposer ce document, nous pourrions le distribuer à l'ensemble des membres.

M. Labbé: Excellent. Là, on vient de retrouver nos personnes âgées. C'est merveilleux!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Labbé: Alors, je voulais peut-être maintenant vous parler, aller un petit peu plus loin avec vous sur la santé mentale au niveau de l'Outaouais. Dans les différentes statistiques que j'ai, comme tel, si je regarde grosso modo en termes de listes d'attente, on parle, en termes d'adultes, de 137, en 1997-1998, 167 en attente, pour un délai d'attente d'environ sept jours de moyenne. Et quand je regarde au niveau de l'évolution du nombre d'hospitalisations en psychiatrie, on parle de 1 874 dossiers. Mais, quand je regarde dans le nombre de lits de longue durée psychiatrique par établissement, on me dit que c'est non avenue. Ça, c'était une de mes premières questions.

● (12 heures) ●

Et, dans un deuxième temps, aussi quand je regarde sur le tableau 2101, on me dit, la liste d'attente en longue durée psychiatrique par établissement, ça aussi, c'est non avenue à ce stade-ci. Mais vous me donnez peut-être une partie de réponse en me disant: Nous autres, on a un modèle de services privilégié,

spécial. C'est là-dessus que j'aimerais vous entendre, pour voir un petit peu c'est quoi, l'état de la situation au niveau de l'Outaouais pour toute la question de la santé mentale. Où vous en êtes rendus? C'est quoi, votre modèle spécifique? C'est une question qui me chicote.

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

M. Forget (Serge): Oui. Ce qu'on peut dire d'abord sur le modèle en général, c'est que l'Outaouais a toujours été défavorisée en termes de ressources, entre autres en psychiatrie. Deux raisons: on pratique à Ottawa facilement, de l'autre côté, et on pratique aussi à Montréal et à Québec. Les psychiatres, c'est là qu'ils se situent. Et on ne vient pas chez nous, on en manque tout le temps.

Cela nous a forcés, avec le centre psychiatrique Pierre-Janet, à développer le concept qui maintenant est appliqué dans l'ensemble des régions du Québec, qui est un travail en satellite avec les régions et les ressources régionales. Je parlais de réseau tantôt. Bien, il y a là un embryon de réseau en santé mentale, c'est tout l'ensemble des CLSC et les groupes communautaires dans chacun des territoires qui réussissent à suivre, à donner des services aux patients, avec le peu de ressources psychiatriques.

Alors, maintenant, dans le détail, peut-être que M. le directeur pourra compléter en termes de quantités puis de sommes, et tout ça.

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

M. Boudreau (Armand): Oui, merci. Oui, effectivement, en fait, dans chaque territoire, dans les six territoires de l'Outaouais, nous avons des équipes de santé mentale, qui sont centrées autour des CLSC, qui font tout le travail de première ligne. Y inclus dans ces équipes, nous avons des médecins omnipraticiens aussi qui sont supportés par les psychiatres du centre régional, qui est à Hull, qui sont déployés sur le territoire. En d'autres mots, les psychiatres se rendent sur les territoires, ils font un service vraiment de deuxième ligne, service spécialisé de support à l'équipe locale avant qu'il y ait des hospitalisations. Donc, on prévient beaucoup d'hospitalisations dans ce sens-là.

La difficulté majeure qu'on rencontre, c'est le manque de psychiatres dans la région de l'Outaouais. Si vous me permettez d'exprimer un commentaire là-dessus, c'est un scandale national, à mon avis, la distribution des effectifs psychiatriques au Québec à ce moment-ci. Alors, dans l'Outaouais, c'est majeur pour nous, notre système ne pourra pas continuer à survivre. C'est un beau système qui réussit à rendre des services de première ligne à notre population, mais qui ne pourra pas survivre si on n'est pas capable de recruter des médecins psychiatres. Alors, notre modèle est basé sur ça.

Nous avons aussi, dans chacun des hôpitaux de notre territoire, un modèle d'intervention de première ligne aussi où, encore une fois, les psychiatres de Pierre-Janet viennent supporter mais ne viennent pas intervenir directement pour rendre des soins dans les hôpitaux. Alors, si ce support-là spécialisé n'est pas renfloué

prochainement, ce qui va se produire — et d'ailleurs, j'avais des nouvelles hier de cette possibilité de certains psychiatres qui veulent quitter la région parce que ça devient trop lourd comme responsabilité... Alors, si on n'est pas capable de maintenir ou de recruter nos médecins psychiatres, on risque d'avoir des problèmes majeurs dans les prochains mois.

M. Forget (Serge): Si vous me permettez, Mme la Présidente, en complément.

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

M. Forget (Serge): Ceci influe, entre autres, sur le rapatriement des clientèles. Il y a une dimension santé mentale dans ce qu'il reste à faire qui est là, à Ottawa, et ça va se compliquer. Si nos psychiatres quittent parce que la tâche est trop lourde, les gens vont aller où? Se faire traiter à Ottawa comme c'était le cas en santé physique.

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

M. Beaudoin (Normand): Oui, juste un complément d'information pour répondre à la question de M. le député, la première question. C'est qu'on parle de lits de longue durée alors que, dans l'Outaouais, on n'utilise pas de lits de longue durée. Nous, ce qu'on appelait à l'époque des lits asilaires, c'est-à-dire les gens qui étaient parqués pour le reste de leur vie, on n'a pas ça. Et aussi, ce qu'on fait, on tente autant que possible d'utiliser, disons, des ressources communautaires. C'est-à-dire que les gens demeurent aussi près que possible, suivant leurs capacités ou leurs possibilités, de la communauté, de leur famille, puis le service psychiatrique ou le service de santé mentale va assurer que les personnes fonctionnent plus ou moins... bien dans leur milieu, autrement dit. Alors, des asiles, on n'a pas ça chez nous. On tente de maintenir les gens le plus près possible dans leur milieu.

Puis je voudrais insister sur l'apport crucial, dans notre modèle, du communautaire, des organismes communautaires. On a commencé, il y a longtemps, avec des espèces d'ententes de services comme complémentarité au centre hospitalier Pierre-Janet. Par exemple, on a un centre 24-7 qui répond à toutes les urgences depuis longtemps — c'est dans tous les territoires — qui fonctionne très, très bien. On a aussi des résidences de transition qui sont financées à très haut niveau par le ministère mais qui sont quand même des organismes communautaires qu'on retrouve dans les budgets du service des organismes communautaires. Mais, la santé mentale, c'est très important dans nos budgets de subventions aux organismes communautaires, ça fait partie de notre modèle. C'est comme ça qu'on réussit à contrôler la détresse psychologique des gens de l'Outaouais, avec beaucoup moins de ressources per capita que le reste du Québec. D'ailleurs, c'est comme ça qu'on nous dit qu'on est un modèle; le reste du Québec est censé imiter l'Outaouais éventuellement. Ça peut prendre du temps, parce qu'on est en avance beaucoup dans ce domaine-là.

M. Forget (Serge): On est prêt, Mme la Présidente, à échanger le modèle contre des psychiatres n'importe quand.

Des voix: Ha, ha, ha!

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

M. Labbé: Si vous me permettez, Mme la Présidente...

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

M. Labbé: ...pour un petit peu aller dans le même sens. Vous avez parlé, puis pas à mots couverts, de scandale par rapport à la pénurie de psychiatres comme telle. J'irais quasiment jusqu'à vous poser une question, mon cher monsieur. Je ne sais pas si vous pourriez nous aider à cheminer à ce niveau-là. Je ne vous demanderai pas nécessairement d'y répondre. Est-ce que vous seriez même prêt à aller aussi loin que de dire qu'à l'avenir... de passer une législation qui pourrait dire, par exemple, que les psychiatres, autant les médecins aussi dans certaines catégories, à un moment donné pourraient être tenus d'être présents dans les régions en fonction des besoins et non pas nécessairement en fonction d'autres critères qu'on peut connaître, tout le monde? Est-ce que vous seriez prêt à vous avancer jusque-là? Comment vous voyez ça? Aidez-nous à trouver une solution par rapport à ce que vous vivez.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): M. Forget semble avoir la réponse.

M. Forget (Serge): J'avais ça comme piste, Mme la Présidente, tantôt, comme piste à dégager qui nous confronte dans l'avenir immédiat. Il y a des modèles qui existent. La capitation, c'est quelque chose qui existe ailleurs, qui a donné des résultats. Il y a la régionalisation d'une partie de l'enveloppe de la RAMQ, par exemple, qui nous permettrait... puis qui donnerait au DRMG, Département régional de médecine générale, des leviers, des outils pour être capable de répartir. Il y aurait l'attribution des permis per capita, c'est-à-dire une région, par exemple... Si on prend Québec, il y a tant de psychiatres. On sait qu'à Québec ils aiment ça. Moi aussi, j'aime beaucoup Québec, mais il faut que je travaille ailleurs. C'est des employés rémunérés par l'État qui n'ont pas de description de tâches puis qui n'ont pas d'assignation de travail. Il pourrait peut-être y avoir l'émission de permis. On dit: Per capita, il y a tant de permis. Une fois ces permis-là alloués, il n'y a pas de place là, mais il y a de la place à Maniwaki, par exemple, comme il y en a à Trois-Rivières, comme il y en a à Gaspé. Et puis, ça, c'est une job qui est là, puis tu prends ce poste-là sinon tu ne travailles pas, tu n'as pas de permis de travail. Il y a des moyens comme ça qui existent ailleurs au monde, je n'invente rien là. C'est des affaires qui existent dans les pays scandinaves, qui existent dans certains États américains. Il est temps qu'on regarde ça, parce qu'on est en train d'assumer des coûts épouvantables au niveau de la mauvaise

répartition des effectifs médicaux, et c'est en train de jammer notre système, si vous me passez l'expression.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, vous avez des commentaires, M. Reny?

M. Reny (Marcel): Oui, en complémentaire. Pour répondre à ça, je serais peut-être un peu moins coercitif, je serais peut-être plus incitatif, avec justement les... parce que, être coercitif, là, ils vont aller ailleurs, les psychiatres. Ils vont aller en Ontario, ils vont aller aux États-Unis. Ils vont aller ailleurs. On ne sera pas plus avancé, on n'en aura plus. Je pense qu'avec la régionalisation, par contre, une partie des... de la Régie de l'assurance maladie, ça devrait être une avenue intéressante. Mais je dis bien une partie, parce que je ne suis pas d'accord à laisser les... complètes, disons, gérer dans les régions, je pense que ça prend quand même une gestion nationale, et une négociation nationale aussi. Par contre, je pense que, s'il y avait une partie, ça pourrait nous aider.

Peut-être une autre voie. Je sais qu'il y a beaucoup de psychiatres qui sont un peu comme les médecins de famille et qui pratiquent en cabinet privé seulement, surtout dans les grandes régions, ils peuvent se le permettre. Bon. Il y aurait peut-être besoin d'instaurer des AMP du côté des spécialistes, comme ça a été fait du côté des omnipraticiens. Les jeunes qui sortent devraient pratiquer en établissement, puis, s'il n'y a plus de place en établissement, bien, ils iront pratiquer dans un autre établissement ailleurs. Moi, ça ne m'empêchera pas de dormir, ça. Mais je pense que ce serait le plus loin que j'irais dans la coercition, si vous voulez.

M. Forget (Serge): Vous voyez qu'on n'est pas loin, c'est une question d'étapes.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Labbé: J'étais pour vous demander: À quelle phase sommes-nous rendus, là? Ha, ha, ha! Mais je suis très content de vous avoir posé la question, parce que je savais que ça susciterait des commentaires. Peut-être que monsieur avait un commentaire?

● (12 h 10) ●

M. Boudreau (Armand): Oui. En fait, moi, je ne pense pas que ce soient nécessairement des mesures coercitives qu'il faut pour régler le problème des effectifs médicaux. Une des difficultés qu'on a rencontrées au Québec, comme ailleurs au Canada aussi, à mon avis, c'est qu'avec le temps il y a eu une scission qui s'est faite entre le monde médical, le monde clinique puis le monde administratif. Et, moi, ce que je vous soumets très, très humblement, c'est que, si on n'est pas capable de refaire ce pont-là entre ces deux mondes-là, on ne réussira jamais à régler le problème d'accès aux services au Québec. Alors, ce n'est pas en disant «on va sortir une législation à un certain moment donné qui va obliger nos médecins à faire telle ou telle chose» qu'on va réussir à régler les problèmes, mais c'est en s'assoyant.

Et puis, il y a déjà des jalons de ça qui sont établis. À mon avis, les DRMG, les départements

régionaux de médecine générale, c'est un excellent moyen. Puis il ne faut pas oublier que ce moyen-là ne provient même pas d'une idée des bureaucrates, ce sont les médecins eux-mêmes qui ont dit: C'est ce que ça nous prendrait. Maintenant, il faut faire ça du côté du monde des spécialités. Et, dans la région de l'Outaouais, ce que nous avons fait, nous, par groupe de spécialité, c'est qu'on s'est donné des moyens d'asseoir les médecins autour d'une table puis essayer de trouver des solutions. Une fois qu'on s'est donné des structures comme ça, je pense que là les moyens vont venir, vont devenir plus évidents.

Bien sûr, il y a la rémunération qui entre en ligne de compte, mais il y a d'autres choses aussi. Il y a bien sûr, souvent, les moyens aussi. Ça prend des équipements pour être capable d'aller opérer des cataractes à Maniwaki. Ça prend des équipements pour avoir des ressources en radiologie qui ont de l'allure, pour que nos radiologistes, qui manquent dans la région de l'Outaouais, puissent être capables de faire un diagnostic adéquat d'un patient à distance, avec des médecins là-bas pour les supporter. Il y a toutes sortes d'autres moyens qui peuvent sortir, que les médecins vont sortir eux-mêmes, ils vont nous les mettre sur la table. Mais, à ce moment-ci, c'est deux mondes. C'est deux mondes, et il faut les ramener ensemble, ces deux mondes-là. Et il y a des modèles aux États-Unis. Je suis allé visiter, avec un groupe de médecins, la clinique Mayo, à Phoenix, en Arizona, et c'est un modèle comme celui-là où le médecin, c'est lui qui pilote toute l'activité de l'hôpital, mais il est très bien supporté, par ailleurs, par des gestionnaires qui savent qu'est-ce que c'est que de gérer, parce que les médecins ne sont pas nécessairement les meilleurs gestionnaires, et on le sait, hein.

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

M. Forget (Serge): Mme la Présidente, un exemple de ça qu'on a vécu cette année, de l'implication des médecins. La commission médicale et des médecins se sont impliqués très fortement dans le phénomène des médecins qui hospitalisent, qui suivent leurs patients à l'hôpital. Il y avait une pénurie au CHVO. Marcel était un de ceux, lui, qui étaient pris avec le problème, parce qu'il en fait, il en faisait et il en fait encore. Mais c'est les médecins qui étaient impliqués qui ont rencontré d'autres médecins puis qui leur ont parlé un peu, là: Vous faites quoi, là? C'est beau, le cabinet quatre jours par semaine puis le ski au Colorado, là, sauf qu'il y a du monde qui est malade à l'hôpital. Puis ils ont convaincu des confrères puis ils ont trouvé des solutions.

Ça, je pense que c'est fondamental, et il faut par ailleurs, en faisant ça, réussir à sortir la répartition des effectifs des négociations syndicales. Ça n'a pas d'allure que ce soit en négociation. Je négocie, je suis bien d'accord, c'est fantastique. Mais il faut que les médecins à d'autres niveaux, comme les commissions médicales, par exemple, les DRMG, puissent participer au niveau de la répartition des effectifs, de l'administration des effectifs autrement qu'en revendications syndicales, parce que là il y a un problème d'intérêt qui ressort tout le temps, tu sais. Je les comprends quand... J'ai déjà été président de la CSN dans la région de l'Outaouais, dans

ma vie passée, et puis, quand on négocie, on négocie pour nos intérêts. On ne négocie pas pour l'intérêt de l'ensemble de la population. C'est deux choses, ça. Alors, il y a des instruments qui existent. Il faut que les DRMG aient des moyens, aient des leviers pour travailler.

M. Labbé: Peut-être un petit dernier commentaire, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui.

M. Labbé: Moi, je vous félicite puis je vous remercie. À partir d'une problématique que vous vivez, vous êtes sensibles, vous la vivez, mais vous n'avez pas resté là, vous êtes allés plus loin. Je vois que vous avez tous fait un cheminement et, chacun, vous avez fait un bon bout. Je vous dis: Chapeau! Et je suis convaincu que la commission Clair, quand elle va passer chez vous, ça va être intéressant. Alors, merci beaucoup. J'apprécie beaucoup.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. le député de Masson. Avant de passer la parole au député de Hull, j'aurais peut-être une question. Vous venez de parler de négociation des conventions collectives. Bon, on sait que l'organisation du travail joue beaucoup, surtout lorsque vous avez fait des fusions, par exemple, vous avez fermé des hôpitaux ou des institutions, et que l'organisation du travail, c'est beaucoup lorsqu'on se retrouve, par exemple, avec quatre, cinq syndicats d'infirmières dans un même hôpital, ou ainsi de suite. Est-ce que, à ce moment-là, vous souhaiteriez que les négociations concernant l'organisation de travail, que les négociations soient davantage faites au niveau local plutôt que national?

M. Forget (Serge): Oui, c'était une des positions de la Conférence des régies lors de la dernière négociation. C'est qu'il y ait des parties, non pas monétaires — ça, je pense, c'est normal que les dépenses de l'État restent à l'État — mais, au niveau de l'organisation du travail, qui soient locales, avec une notion de plan d'effectif régional, qu'il y ait donc une implication et des régions. Quand on parle, par exemple, de sécurité d'emploi, bien ça, il faut une vision, au niveau des plans d'effectif, régionale, mais il faut être capable de changer quelqu'un d'horaire dans un hôpital parce que quelqu'un d'autre est malade, sans être obligé de relever d'une négociation nationale. Il me semble que c'est une logique normale, puis, dans mon cas, elle est basée sur une expérience de 12, 13 ans déjà dans le passé.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): C'est dommage que ça n'ait pas été fait la dernière fois.

M. Forget (Serge): Oui.

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

M. Cholette: Merci, Mme la Présidente. D'abord, je veux remercier mes collègues de la

commission de me permettre de me joindre à eux pour vous accueillir, la délégation de l'Outaouais, que je salue. M. Forget, M. Beaudoin, Dr Reny, M. Boudreau, des gens qu'on connaît bien, merci d'avoir accepté l'invitation de la commission et merci surtout du travail que vous faites, un travail qui n'est pas simple, un travail de bénévole qui, je suis certain, utilise passablement de votre temps. C'est presque votre travail à temps plein, j'imagine, quelques semaines, surtout avec la complexité que l'on vit en Outaouais.

Et aujourd'hui, si je regarde les propos que vous avez tenus, c'est de ça que vous nous avez parlé, c'est la situation particulière que l'on vit chez nous; n'étant pas le centre Montréal ou le centre de Québec, on est quand même l'Outaouais, et ce n'est pas très reculé, et on vit à côté d'une région assez avancée, merci, en termes médicaux, avec des problématiques d'attraction, de l'autre côté, au niveau non seulement de nos patients, mais de nos effectifs, de plus en plus — j'y reviendrai dans deux instants. Une situation où l'on vit aussi une cogestion ou une coappartenance, si vous voulez, à un milieu rural, à un milieu urbain développé, avec une population vieillissante et, comme vous l'avez dit, avec une problématique notamment en psychiatrie, une problématique très aiguë, et la psychiatrie est un élément parmi tant d'autres que l'on vit difficilement.

Et il n'y a pas beaucoup d'autres régions au Québec qui ont dû vivre tout le principe du rapatriement. Pour me souvenir de mon passage à la Régie il y a quelques années, le travail a été accompli avec brio, je pense. Parce que ce n'était pas simple, premièrement, de convaincre les gens que nous avions des soins de qualité puis qu'on devait utiliser nos soins chez nous, et l'impact financier sur les coffres de l'État mais aussi sur l'impact régional était tellement important, parce qu'on pouvait, en rapatriant la clientèle, vous l'avez très bien expliqué, développer nos services chez nous.

Par contre, cela étant dit, il faut aussi passer aux actes et, pour suivre les gens qui reviennent se faire traiter chez nous, il faut faire suivre l'argent. Et, comme mon collègue tantôt l'énumérait, malheureusement, il nous manque des sous, en Outaouais. Et je veux qu'on utilise des termes bien sentis, à l'effet qu'il faut améliorer notre efficience — je ne pense pas que personne est contre la vertu — et il faut faire attention à des termes comme «zone de fragilité», puis tout ça, c'est bien, mais, au bout de la ligne, ce sont des patients qui sont en quête de services et qu'ils n'ont pas toujours. Et c'est vrai chez nous, c'est vrai ailleurs au Québec, et c'est pour ça que votre travail est tellement important en termes de conscientisation, si vous voulez, du côté ministériel et des députés de l'Assemblée nationale à cette problématique-là.

Et malheureusement, mes collègues de l'Outaouais ne pouvaient se joindre à moi aujourd'hui, mais je suis certain que je me fais leur porte-parole tout d'abord en vous félicitant du travail accompli et en vous souhaitant tout le courage et la détermination possibles pour continuer dans ce cheminement-là qui va faire que vous allez exiger de la part du gouvernement des réponses très concrètes pour régler le problème que l'on vit chez nous.

Cela étant dit, je voudrais aborder la question qui nous a aussi occupés à l'Assemblée nationale à la fin

de la dernière session et qui nous a très préoccupés, notamment en Outaouais et dans le comté de Hull, c'est la pénurie d'infirmières. Je n'ai pas besoin de vous expliquer très longtemps cette problématique-là. Évidemment, il nous manque du monde. Il nous manque du monde parce qu'on n'en avait pas assez, puis parce qu'il y en a un méchant paquet qui sont parties du côté de l'Ontario, pour gagner n'importe où entre 6 000 \$ et 20 000 \$ de plus par année, pour travailler dans des conditions un peu plus stables. Et cet exode a fait en sorte que l'on a augmenté la charge de travail pour celles et ceux qui restaient dans nos centres, on a augmenté le niveau d'absentéisme, les niveaux de surtemps également, et ce qui a souvent occasionné de l'épuisement au travail. J'ai rencontré bien des gens, moi, qui sont venus me voir à mon bureau pour nous parler de cela.

J'aimerais vous entendre sur le constat qu'on fait aujourd'hui de cette situation-là, les démarches que vous avez prises et surtout les solutions à long terme, comment on va être capable de régler ça à long terme mais aussi à court terme, pour les mois qui viennent. Parce que, lorsqu'on se fait répondre de la part du gouvernement que: Ah oui! mais c'est cyclique, puis il y a des pointes, bien, les pointes sont souvent aux mêmes endroits, c'est prévisible, ces pointes-là. Alors, comment faire face notamment à la saison d'hiver qui s'en vient?

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

• (12 h 20) •

M. Forget (Serge): Merci, M. Cholette, et ça fait plaisir d'avoir un ancien collègue de la Régie qui vient comme député, aujourd'hui, nous poser des questions, parce que M. Cholette a aussi contribué à la Régie régionale en étant au conseil d'administration pour combler un des sièges des municipalités.

Alors, le problème, il est réel et concret, il est peut-être plus aigu dans notre région. On s'est doté d'un plan stratégique il y a deux ans, en 1998. On avait engagé une firme pour la rétention de notre personnel infirmier, médecins et infirmières. Pour ce qui est des infirmières, le premier élément qui est à souligner, c'était l'organisation du travail, dont on parlait tantôt. C'était de permettre, par exemple, à des infirmières d'avoir un poste, de ne pas être obligées de dépendre de trois, quatre établissements puis du téléphone pour gagner leur vie, mais d'être titulaires de postes. À ce niveau-là, on a réussi à stabiliser 300 postes dans la région. On a passé de 48 % et quelque du nombre d'infirmières ayant des postes à 75 %, comme on nous l'avait suggéré, et ceci a déjà des effets. Maintenant, quand on négocie, comme cet été, au niveau de la commission des services essentiels, puis tout ça, là, on a une collaboration beaucoup plus ouverte et grande des infirmières et on travaille ensemble. Ça, c'est déjà beaucoup.

On a réussi, on a tablé sur quelque chose qui a donné un résultat. On a tablé sur le retour à la profession d'infirmières qui avaient cessé leur pratique depuis cinq ans. On en a 50 qui sont revenues. Ça fait déjà du monde. On a neuf Françaises qui sont ici pour un an, et peut-être que ces échanges-là vont créer des choses. On en a ici qui s'en vont en Suisse, peut-être que les

Françaises vont venir autour, ici. Si l'hiver n'est pas trop dur, elles vont rester plus longtemps. C'est la question qu'on se pose tout le temps en blague: Est-ce qu'elles vont toffer l'hiver? On a aussi 35 infirmières auxiliaires qui ont passé leurs examens pour devenir infirmières, ce qui fait autour de 80 nouveaux postes qui n'étaient pas là.

Pour trois ans, on prévoit un besoin d'autour 175 infirmières. On note des contingentements plus grands en formation. Il faut donc prévoir une façon de les retenir, des primes pour les retenir. Ce qu'on a fait ou ce qu'on proposait, on a constaté que c'était plus la valorisation de l'emploi et l'organisation du travail que l'argent. Parce que, quand on se met à calculer serré d'un bord à l'autre, si on rentre les journées fériées, si on rentre les fonds de pension, si on rentre tout ça, les écarts diminuent un peu, là. Et puis, si on ajoute à ça le climat de travail dans une autre langue, souvent de façon quotidienne, ce sont des choses auxquelles elles ne pensent pas, mais, oups! elles sont confrontées avec. Là-dessus, mais vraiment l'organisation et les gens des syndicats nous le disent: Ça a fait un bien énorme, continuez. Donc, une perspective à court terme, c'est de continuer avec chacun des établissements. Ce qu'on a commencé à faire principalement au CHVO, là. Ça ne réglera pas le permis. Il va falloir maintenant tout mettre en oeuvre pour recruter les finissantes. Parce que là on paie un peu pour la retraite non ciblée. On a eu une mise à la retraite qui a doublé parce qu'elle n'était pas ciblée — au début, elle devait être ciblée — et là on est pris un peu avec ça là comme résultat. Donc, il n'y a pas de recette miracle, mais la clé est l'organisation du travail. Je ne sais pas si M. Boudreau veut ajouter quelque chose?

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

M. Boudreau (Armand): Non, je pense que ça fait pas mal le tour. Il faut dire qu'on a stoppé l'hémorragie, M. Cholette, à ce moment-ci. On avait perdu une trentaine d'infirmières à Ottawa. C'était dû à des stratégies de recrutement très déterminées et déterminantes de la part de l'hôpital d'Ottawa. On a réussi à la stopper, mais il y a aussi d'autres choses qui s'en viennent. C'est qu'on est en train de tout réviser le travail des infirmières. Vous savez, les infirmières font toutes sortes de travaux sur les étages. À un certain moment donné, elles faisaient des travaux qui appartenaient à d'autres professions que la leur, je veux dire, à des préposés à l'alimentation, à des commis, etc. Donc, il va falloir dans les prochaines années... Parce que cette pénurie d'infirmières là, elle existe partout et pas seulement au Québec, elle existe en Ontario aussi, et ce n'est pas pour rien qu'ils donnaient des primes de recrutement puis de rétention pour venir nous voler nos infirmières, parce que c'est effectivement ce qu'ils ont fait, c'est parce que la pénurie est partout.

Il va falloir vraiment réviser toute l'organisation du travail et supporter les infirmières dans le travail qu'elles doivent réellement faire à l'intérieur de nos établissements. Et, par ce fait même là, ça va valoriser l'infirmière. Quand on est formé pour quelque chose et qu'on aboutit à faire des tâches qui peuvent être faites par des personnes qui sont moins formées, ce n'est pas

nécessairement très valorisant. Alors, c'est ce qu'on va faire dans les prochaines semaines. Aussi, dans cette saga-là, avec le Conseil des services essentiels, ce qui est ressorti, c'est des bonnes choses, dans le sens qu'il y a un engagement de la part du ministère, lorsqu'on va faire la révision des tâches de nos infirmières, de rajouter les argents requis pour être capable de s'assurer qu'on ait ces préposées-là puis qu'on ait le nombre suffisant d'infirmières sur chacune de nos unités de travail au CHVO.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Boudreau. M. le député...

M. Forget (Serge): ...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Oui, monsieur, en complément.

M. Forget (Serge): Il y a une chose que, je pense, il vaut la peine de souligner, c'est l'excellente collaboration qu'on a eue du cégep de l'Outaouais dans la formation et le recyclage d'infirmières, c'est un partenariat intéressant, et ils sont prêts à continuer dans la valorisation de la tâche pour les jeunes infirmiers et infirmières qui se présenteraient.

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

M. Cholette: Je croyais que vous étiez pour dire qu'il fallait souligner l'excellente collaboration des députés de l'Outaouais, mais j'imagine que ça viendra plus tard.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): Ça, c'est pas pire, c'est... Ha, ha, ha!

M. Cholette: J'avais espoir. J'avais espoir en vous voyant partir là-dessus, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Cholette: Une dernière question très rapidement. Au niveau des investissements requis pour des infrastructures ou des équipements, je pense notamment au centre La Ressource qui est en attente de construction, je pense aussi à la mise en commun notamment des services de cafétéria d'autres centres hospitaliers, est-ce que vous pouvez nous dire où se situe votre liste d'épicerie? Et est-ce qu'on a passé à la caisse ou est-ce qu'on attend toujours en file d'attente?

M. Forget (Serge): Elle est dans le plan de consolidation. On n'a pas encore passé à l'attente. Peut-être qu'Armand peut donner le détail de la liste.

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

M. Boudreau (Armand): Oui, merci. En fait, on a passé à la caisse dans le passé, parce que, avec les

projets de rapatriement, c'est quand même plusieurs millions qui ont été investis dans la région de l'Outaouais, si on pense à la radiothérapie, etc. Maintenant, il y a effectivement pour à peu près une soixantaine de millions de projets d'immobilisation à ce moment-ci. Nos priorités, c'est effectivement la réadaptation pour le centre La Ressource — c'est des travaux pour contrer la vétusté, particulièrement au pavillon de Hull, du CHVO; le projet alimentaire, qui est extrêmement important parce que ça va nous apporter des économies au niveau des frais d'opération et de support; et quelques autres aussi, à Buckingham, etc. Mais on est très confiants et on espère que la députation de l'Outaouais va nous supporter dans ça par les actions qu'elle peut faire et qu'on va obtenir ces budgets-là cette année.

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

M. Forget (Serge): Mme la Présidente.

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

M. Forget (Serge): Je veux souligner l'excellente collaboration qu'on a de la députation là-dessus.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): On a une vieille habitude de se voir. On passe souvent par Norman MacMillan, qui est le chef du caucus régional, pour organiser des rencontres pour mettre toute la gang au courant des dossiers, mais on est aussi disponibles pour les rencontres, dans leur comté, avec chacun des députés. Ça, ça va très bien aussi.

On a développé dans l'Outaouais — et j'ajoute sur les besoins qu'on a — quelque chose, il me semble, qui devrait enfin faire réaliser qu'on est la troisième zone urbaine au Québec et qu'on est une région d'importance. On vient d'être qualifié de centre d'excellence en radio-oncologie. Il n'y a personne de chez nous qui va en dehors du Canada ou du Québec pour se faire traiter. On traite même cinq, six patients de Montréal. On a commencé l'inversion. Il y a des gens de Montréal qui viennent plutôt que d'aller ailleurs. On donne le service aux gens de l'Abitibi-Témiscamingue en radio-oncologie. On vient de se faire reconnaître en disant qu'on aura un accélérateur et puis un deuxième... j'appelle ça un «bunker», moi, une deuxième salle plombée. Puis l'autre qu'on a payé avec le rapatriement des clientèles, tout le phénomène de l'hémodynamie, où on fait de l'angioplastie, et ça va bien. Ça démontre qu'on a des masses critiques, et qu'on a des compétences, et qu'on a des intérêts pour les spécialistes à venir travailler chez nous parce qu'on commence à avoir des équipements. Et c'est important, ce que souligne M. Cholette, de développer ces ressources, qui nous manquent encore, le plus rapidement possible.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Merci, M. Forget. M. le député de Hull, est-ce que vous avez terminé?

M. Cholette: Ça va. Je vais passer à mon collègue.

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

M. Williams: Oui. Merci beaucoup, Mme la Présidente. Merci beaucoup pour votre présentation, votre travail et aussi votre passion pour la santé et les services sociaux.

Dans la question des services sociaux, particulièrement nos jeunes, je sais que vous avez travaillé fort sur les listes d'attente, mais je vois que le signalement, chez vous, a vraiment augmenté, à peu près l'équivalent de l'année passée, le signalement de 400 personnes de plus, à peu près.

● (12 h 30) ●

Vous n'êtes pas le pire, pire subventionné en territoire, mais, de par le rapport Lebon, vous étiez septième et pas loin du quatrième pire, par quelques sous. Avec la loi n° 107, on arrive, dans mon opinion, à un échec, avec les chiffres que j'ai juste montrés. Vous êtes en train d'augmenter la clientèle, pas à cause d'une mauvaise gérance ou des choses comme ça, mais le besoin est en train d'augmenter. Vous êtes vraiment subventionnés sous la moyenne. À l'époque, selon mes chiffres — et vous pouvez corriger — vous étiez presque à 50 \$ per capita sous la moyenne. Il me semble que vers Noël vous allez frapper un mur avec les besoins et la loi n° 107, dans le secteur des jeunes en difficulté. Je voudrais vous entendre sur qu'est-ce que vous allez faire pour assurer que nos jeunes et leur famille puissent avoir les services chez vous.

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

M. Forget (Serge): Avant de passer la parole à M. le directeur pour le plan d'action avec le CJO, il y a une chose dont il faut parler, c'est les causes. Tantôt, on mentionnait la croissance de notre région — qui, depuis 20 ans, n'a jamais cessé — puis la jeunesse de la population — c'est qu'il y en a plus, de jeunes. Ça, c'est une première affaire qu'il faut reconnaître quelque part, là, et vous l'avez mentionné dans vos chiffres tantôt. Il y en a plus, donc c'est normal qu'il y ait plus de signalements. Ça, ça fait pareil comme dans d'autres domaines en santé, où on a de la misère à faire reconnaître qu'on est une région qui grossit puis qui est plus grosse.

M. Williams: Je n'ai pas jugé ces chiffres, c'est juste un fait.

M. Forget (Serge): Non, non, je ne vous accuse pas de rien. Au contraire, je me sers des chiffres que vous avez sortis pour dire que c'est un bel exemple d'une région en croissance que, des fois, ailleurs au Québec, on ne voit pas croître. On dit: Ah! c'est la région de la capitale nationale. C'est tout là-dedans.

Le deuxième élément. Il y a aussi, je pense, de l'ordre à mettre, au niveau des statistiques, dans les listes d'attente par rapport aux signalements, par rapport aux listes d'intervention ou de plans d'intervention. Ça,

on essaie de les garder bas. Ce qui n'élimine pas le problème de la rencontre qu'on va avoir parce qu'on est face à face avec une réalité qu'il faut appréhender. Et Armand va vous parler du comment.

M. Boudreau (Armand): Oui, Mme la Présidente. C'est évident que, dans la région, ça nous prend des investissements additionnels au niveau de la jeunesse. Ça, c'est sans contredit. Nous avons estimé à un minimum d'à peu près 400 000 \$ à 450 000 \$ qu'il faudrait qu'on ait pour être capables de réduire notre liste d'attente à un niveau... bien, de l'éliminer en fait, parce qu'une liste d'attente, en protection de la jeunesse, il faut l'éliminer.

Il y a peut-être un facteur à souligner dans notre façon de travailler dans l'Outaouais, c'est que, pour nous, lorsqu'un enfant est évalué quant à savoir s'il y a effectivement un besoin de protection, on ne le remet pas dans une liste d'attente pour la prise en charge par la suite; on refuse de faire ça. Alors, nos chiffres sont peut-être plus élevés au début, avant qu'on puisse les évaluer, mais là, encore une fois, il faut dire que tous les enfants qui sont dans des situations extrêmement précaires sont évalués immédiatement.

Donc, le fait que, quand on commence le travail, on ne peut pas laisser tomber un enfant, dire: Bon, maintenant, attendez un autre deux ou trois mois avant qu'on vous rende des services, ça, pour nous, c'est complètement inacceptable. Ce qui fait en sorte que nos chiffres paraissent beaucoup moins bien que d'autres régions du Québec. Mais notre performance est quand même très, très élevée de la part de notre centre jeunesse.

On a aussi, par rapport aux moyens qu'on s'est donnés, bien sûr on fait déjà... Puis on compte beaucoup sur les investissements que M. Baril devrait annoncer, on l'espère, prochainement au niveau de l'enfance.

Une voix: ...

M. Boudreau (Armand): Je pense qu'il y a des argents qui sont prévus d'être annoncés prochainement.

M. Williams: L'annonce et l'argent cette année ou juste l'annonce?

M. Boudreau (Armand): Non, annonce et argent qui étaient prévus. C'est ce qu'on nous indique. Alors, on compte beaucoup sur ça pour nous aider à passer au travers du pire. Mais ce qu'il faut dire aussi, c'est que ce n'est pas seulement une question d'argent, c'est une question d'organisation des services. On vous mentionnait, dans notre présentation, notre PARI jeunesse. Le PARI jeunesse, c'est l'implication. Ce que ça veut dire, c'est la mobilisation et l'implication de la communauté pour la prise en charge des services à la jeunesse.

Alors, on a travaillé très, très fort cette année avec les CLSC, en particulier, et le centre jeunesse pour qu'il y ait des équipes intégrées d'intervention auprès de la jeunesse qui soient mises sur pied dans chacun de nos territoires. Les protocoles sont signés. On commence à travailler activement dans ce sens-là. Et peut-être que, si on intervient plus rapidement, l'augmentation du

nombre de signalements que vous avez mentionnée pourra être stoppée un peu puis qu'on pourra rattraper les choses et intervenir de façon plus adéquate.

M. Williams: La Régie régionale de Saguenay hier a dit que, potentiellement, un des impacts de la loi n° 107 chez elle, ça va être un allongement de la liste d'attente. Selon vous, est-ce que c'est une possibilité chez vous aussi?

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

M. Boudreau (Armand): Si on n'investit pas de façon additionnelle dans l'Outaouais, c'est clair que les listes d'attente vont augmenter. Mais il faut dire qu'on travaille déjà avec l'établissement pour lui dire: Écoutez, on ne peut pas laisser les jeunes en danger, là. Alors, à ce moment-là, si ça veut dire, en bout de ligne, qu'il y aura des déficits, M. le député, moi, je vais les défendre, ces déficits-là, auprès du gouvernement.

M. Williams: Merci, monsieur, pour cette réponse.

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

M. Williams: Oui, merci beaucoup. Une brève question, et j'ai mentionné ça avant la présentation: Est-ce que vous pouvez expliquer un peu qu'est-ce que vous êtes en train de faire dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence? Je sais que ce n'était pas une des questions que nous avons mises dans la grille d'analyse, mais c'est certainement, depuis le dépôt du Vérificateur général, décembre 1998, qui a jugé sévèrement le gouvernement dans ce dossier... Qu'est-ce que vous êtes en train de faire pour réduire le temps de réponse, et — pas aujourd'hui, mais dans les semaines qui vont suivre — est-ce que vous pouvez déposer en commission votre analyse sur les temps de réponse dans votre territoire?

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

M. Forget (Serge): L'analyse sur le temps de réponse, ça, on peut le faire, il n'y a pas de problème à le déposer ici.

M. Williams: Merci.

M. Forget (Serge): Je dois dire, dans les services préhospitaliers, là, que depuis 1996 on a eu quelques problèmes. Moi, je pense qu'il faudra mettre de l'ordre un peu là-dedans aussi pour ce qui est des services ambulanciers en particulier, parce que là on négocie deux fois. On négocie des contrats, on ne peut pas aller en appel d'offres, c'est des contrats exclusifs — à moins d'avoir pris une compagnie à quasiment tuer quelqu'un, là, une erreur, faute grave. Puis, après qu'on a négocié le contrat, il y a une négociation pour le personnel. Ça fait que là ils viennent nous voir puis ils disent: Bien là, c'est parce que, là,

c'est de négocier, naturellement, pour le personnel. Puis, quand on a négocié, bien, les salaires, c'était de tant, ou j'ai prévu tant, puis c'est 2 % de plus, 3 % de plus. Ça fait que là on est pris un peu avec toute cette dimension-là.

Ça, on ne peut pas le régler en régie. Je pense que c'est une question de réflexion au niveau de l'ensemble de l'Assemblée nationale puis du gouvernement, de regarder un peu... Ça, je sais qu'il en a été question plusieurs fois dans les années... qu'on regarde, là, au niveau des ministres responsables, de dire par quel bout on prend ça. Il faudrait, je pense, que ce travail-là continue pour arriver à, je dirais, responsabiliser les négociations avec les compagnies puis éviter que ce soit une espèce de bar ouvert, là. Ensuite, dans ce qui s'enlène dans la région...

M. Boudreau (Armand): Oui, Mme la Présidente. D'abord, je suis très heureux que vous posiez la question, parce que, pour nous, c'est un dossier qui est extrêmement important, et puis aussi pour Mme la ministre, qui a effectivement mis sur pied, comme vous le savez, le comité Dicaire pour regarder toute cette problématique-là, lequel comité je rencontre justement demain, en fait, aussi avec d'autres collègues des régies régionales.

Ce que nous avons fait dans la région, c'est que nous travaillons beaucoup sur toute la notion des premiers répondants. Nous avons déjà, les premiers répondants, des ententes de faites avec certaines municipalités et on est en train de faire une tournée de l'ensemble des municipalités pour essayer de les encourager à s'impliquer dans une démarche comme celle-là. La difficulté qu'on rencontre, c'est qu'évidemment tout ça doit se faire de façon volontaire de la part des municipalités. Il n'y a pas d'encadrement législatif ou gouvernemental de ce côté-là à ce moment-ci, et c'est un des problèmes que le comité Dicaire regarde.

Nous avons beaucoup travaillé aussi à impliquer les médecins dans tous les services préhospitaliers d'urgence. Nous avons une équipe de médecins — Dr Moisan qui travaille à la régie régionale directement — mais aussi nous avons des médecins dans chacun de nos centres hospitaliers qui font un travail de contrôle de la qualité des actes des techniciens ambulanciers et qui font aussi beaucoup de formation auprès de ces techniciens ambulanciers là. Nous avons même développé des programmes de formation très, très spécifiques pour eux.

Et c'est clair aussi, encore une fois, que, dans ce domaine-là, il y a des besoins d'investissements. Je pense particulièrement à ce moment-ci au territoire urbain de Hull, Aylmer et Gatineau, où je pense qu'il faudrait encore avoir d'autres quarts de travail pour être capables d'agir, et particulièrement aussi à Buckingham, où, compte tenu que c'est une municipalité qui est en croissance démographique importante, on aura besoin d'investir de façon additionnelle.

M. Williams: Combien à peu près?

M. Boudreau (Armand): Ça nous prendrait au moins un autre quart complet de travail à Buckingham et un autre dans le milieu urbain à ce moment-ci. Bon.

Une autre chose aussi qui est extrêmement importante, c'est tout le développement des centrales de coordination des appels. Comme vous le savez, c'est au-delà de seulement faire de la répartition d'ambulances, ces centrales-là. C'est vraiment un service direct aux premiers répondants, aux premiers intervenants, pour être capables de supporter la victime dès les premières minutes d'intervention de quelqu'un.

● (12 h 40) ●

Nous avons travaillé, il y a déjà trois ou quatre ans, avec deux autres régions du Québec, la région des Laurentides et la région de Lanaudière, en essayant ensemble de dire qu'on va se donner une centrale de coordination des appels. Bon, on n'a pas réussi parce que les investissements ne sont pas venus à ce moment-là, mais il est clair pour nous — en tout cas, je serais bien étonné que le comité Dicaire aille dans le sens contraire — qu'il va voir qu'on mette en commun des infrastructures pour être capable... Quand on parle de réponses téléphoniques, je ne suis pas sûr que ça prend nécessairement des réponses téléphoniques dans chacune des régions du Québec pour être capable de faire l'allocation, la distribution des services.

Alors, pour nous, cette centrale de coordination là est extrêmement importante. Qu'elle soit logée dans les Laurentides ou Lanaudière, pour moi, peu importe, en autant que le service soit rendu à la population. Et ça va nous prendre, je me répète encore une fois, un encadrement législatif, à mon avis, pour toute la question des premiers répondants, pour que les pompiers, les pompiers volontaires, les policiers puissent agir de façon concertée, mais aussi avec des protocoles d'intervention bien définis qui sont contrôlés par des experts qui sont les médecins de notre région.

M. Forget (Serge): Mme la Présidente, je me permettrai un petit commercial en passant. Quand on parle de transport préhospitalier d'urgence, transport ambulancier, on parle aussi forcément de réseau routier. Celui de l'Outaouais n'est pas riche. Laramée-McConnell va accélérer les déplacements vers l'hôpital. C'est annoncé.

Si on pouvait terminer l'autoroute 50, ça ferait déjà au moins une partie du rural où ils pourraient accélérer après qu'ils auront passé dans les chemins tout croches. Toute notre dichotomie rurale, là, il y a des temps de réponse que l'hiver, là, veux veux pas, dans les côtes puis dans la neige, ça ne va pas bien. Alors, si on peut au moins être capables d'améliorer notre réseau routier, on aura au moins à ce moment-là une chance d'avoir un temps de réponse puis un temps d'acheminement vers les hôpitaux un peu plus restreint. C'était mon commercial, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): J'aurais peut-être un commentaire. Vous me surprenez lorsque j'entends, par exemple, que, même si la centrale d'appels était ailleurs que dans votre région, il ne semble pas y avoir de problèmes.

Moi, je suis de la région de l'Estrie, et nous avons une centrale d'appels. Mais, aussi, elle est divisée, puis on sait qu'avec la Montérégie à un moment donné on voulait aussi centraliser. On s'est objecté. Et c'est toujours un peu plus difficile, surtout dans des milieux

ruraux, là, où, par exemple, la personne qui est en Montérégie, elle ne connaît pas nécessairement toute la région de l'Estrie. Quand il arrive le temps des ambulances, quoi que ce soit, où les minutes sont comptées, c'est toujours très difficile.

Alors, je me dis qu'il faut faire attention pour ne pas non plus donner trop d'ampleur à cette idée de dire: il faut centraliser. Remarquez, j'ai eu seulement une expérience récente à commander à un moment donné, dans un restaurant de Sherbrooke, du poulet. Et imaginez-vous que c'est une centrale de Montréal qui m'a répondu, et elle ne savait même pas où était située la rue. C'était quand même très, très facile. Et elle me dit: Bien, écoutez, madame, je ne sais pas, moi, je suis de Montréal. J'ai dit: Comment il se fait que... Vous êtes de Montréal. Alors, je commande du poulet à Sherbrooke et c'est une personne de Montréal qui me répond. Elle me dit: Oui. Alors, vous comprenez que je n'ai pas eu mon poulet, en plus.

Des voix: Ha, ha, ha!

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Et j'ai rappelé deux fois, j'ai rappelé deux fois et je n'ai pas eu le poulet. Alors, ça a mal tombé, si vous voulez. Ça n'a pas bien tombé. Mais alors, vous imaginez maintenant — on peut en rire, il s'agit de poulet, on peut bien en rire — cependant, dans des cas d'urgence, des cas où il y a des ambulances qui connaissent très, très bien une région, mais soudainement on se fait répondre par des personnes à l'autre bout du monde. Je vous avoue que, moi, j'ai beaucoup, beaucoup de difficulté.

M. Boudreau (Armand): Mme la Présidente, je peux vous dire que la région de l'Estrie n'est probablement pas très impliquée dans la gestion de la centrale de distribution du poulet de Montréal. Alors, ce qui essentiel pour nous dans l'Outaouais, c'est évidemment... Il va falloir qu'on soit très présent et puis qu'on soit impliqué dans la gestion de cette centrale-là. Alors, ça ne pourra pas être une centrale qui est gérée par une autre région, juste comme ça. Il faut qu'il y ait des mécanismes. S'il faut mettre en commun des infrastructures... C'est bien sûr, si on avait tout l'argent, on aurait une centrale chez nous. Mais, à défaut d'être capables de faire ça, ça nous en prend une, centrale.

L'autre chose qu'on peut dire aussi, c'est que, dans l'Outaouais, on a déjà de l'expérience, parce qu'on a à toutes fins pratiques une centrale pour la région de l'Outaouais, à l'exception faite de Buckingham à ce moment-ci qui a sa propre petite centrale, et ça crée un peu de difficultés aussi. Alors, on a déjà cette expérience-là, et notre population rurale est déjà habituée à ça. Puis on s'est donné des moyens. Ça arrive, il y a des erreurs qui se passent des fois, parce que, quand on parle d'un milieu rural éloigné, bien il n'y a pas des numéros de rue puis, des fois que la maison blanche par rapport à la maison bleue à côté, il y a des erreurs qui se produisent, puis c'est très fâcheux, puis très souvent ça a des impact.

Mais ça, même si on avait une centrale, cinq centrales, ça créerait d'autres difficultés à l'intérieur de notre région. Alors, c'est un équilibre à établir entre les deux. Je vous comprends très bien quand vous dites ça

et j'aimerais bien ça qu'on développe une centrale dans l'Outaouais, mais, à défaut d'être capable, il faudrait qu'on se donne les services, par ailleurs.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Il y aurait peut-être également... Vous me permettez. Est-ce que vous avez des questions? Oui. Alors, tout à l'heure, ma collègue de Crémazie a posé une question à la Régie régionale de Laval concernant le Programme de dépistage du cancer du sein pour les femmes. Le gouvernement a mis en place un programme, mais justement on se rend compte qu'il n'a pas été mis en place par plusieurs régies régionales. Où en êtes-vous rendus, vous, dans ce niveau de programme?

M. Forget (Serge): Oui, Marcel, s'il te plaît.

M. Reny (Marcel): Non. C'est parce que je ne pourrais pas dire que...

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Vous n'êtes pas au courant.

(Consultation)

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

M. Boudreau (Armand): En fait, notre centre de coordination du dépistage est en place à ce moment-ci, au pavillon de Gatineau. Nous avons déjà des résultats encourageants de ce côté-là. Pour ce qui est des hôpitaux ruraux, je pense qu'il y en a certains qui nécessitent encore une accréditation à venir. Et là il y a toujours, encore une fois, une difficulté de financement, parce que ce programme-là fait en sorte qu'il y ait des augmentations de volumes. Et c'est un des sujets qui sont en discussion à ce moment-ci avec le ministère, parce qu'il y a des coûts additionnels reliés à ces volumes d'activité là.

Mais on est sur la bonne voie, on a déjà des résultats qui sont positifs. Je n'ai malheureusement pas avec moi les statistiques de ce côté-là, je pourrais vous les fournir si vous le voulez. Mais, comme je vous dis, ce n'est pas complété encore.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): D'accord. Merci, M. Boudreau. M. le député de Hull, vous avez une autre question?

M. Cholette: Oui. Merci. Ça sera très bref. Tout d'abord, un commentaire: C'est un témoignage inespéré de la part du président, alors que, en plus de parler de santé, on est passé par l'autonomie municipale et le développement du réseau routier.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Cholette: Alors, c'est presque de la trempe d'un futur maire d'une municipalité en région.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Forget (Serge): Fusionnée, peut-être.

M. Cholette: Ha, ha, ha! Avec le consentement des citoyens, puisque le respect de la démocratie est au cœur de nos institutions.

Là-dessus, M. le président, ma question traiterait justement d'une décision gouvernementale, et, M. Beaudoin, vous l'avez effleurée tantôt. J'aimerais ça, parler du casino. On a annoncé — évidemment en notre absence, puisqu'on n'était pas invités — un investissement important dans le comté de Hull, de 210 millions de dollars, pour la construction d'un hôtel, d'une salle de spectacle et aussi d'un centre de congrès — donc un peu l'empiétement du secteur public dans le domaine privé, mais la création d'emplois — un terrain de golf également, et tout cela un peu à l'ombre, si vous voulez, d'un rapport du Vérificateur général qui a dit très sévèrement qu'essentiellement le jeu pathologique est un problème de plus en plus grandissant au Québec et plus criant évidemment dans les régions dotées de casinos.

Je vois, à la dernière page de votre document, que vous évaluez de façon assez sévère les besoins financiers, soit de 815 000 \$ pour la première année d'opération, et ça s'élèverait à 1,8 million de dollars pour les années subséquentes pour justement être capable de contrôler ce phénomène-là. J'aimerais ça, vous entendre là-dessus. Est-ce qu'on vous a octroyé ces montants-là? Qu'est-ce qu'on va faire? Et qu'est-ce qu'on fait, surtout si on ne les a pas?

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

M. Forget (Serge): On a d'abord commencé à travailler avec la Régie de Montréal, qui a aussi le même problème. Je ne sais pas si on peut appeler ça «le problème», mais, en tout cas, la même ressource autour, qui crée des problèmes en bout de ligne. Dans l'Outaouais, c'est présent comme ailleurs.

Moi, je dis: Ce n'est pas parce qu'il y a de l'alcoolisme qu'on ferme les bars, mais sauf qu'il faut donner un service aux alcooliques. La même chose au niveau des joueurs pathologiques. C'est une donnée, une problématique qu'on a eu de la misère à reconnaître et qui n'est pas encore très reconnue.

On parle toujours des casinos, mais il y a, je pense, pire que ça, c'est les petits machins dans les restaurants puis les dépanneurs, puis tout ça, où les gens reçoivent des chèques du gouvernement puis ils les flambent là. Les gens flambent leur paie dans ces petits pokers là un peu partout. Et il y a là des problèmes que ça entraîne, qu'on voit ressurgir de l'autre côté: familiaux, alcoolisme, les gens abandonnés, les gens qui... Bon. Ça va jusqu'au suicide. Et ça, il faut, je pense, le reconnaître de façon formelle puis il faut allouer les ressources, et on est volontaire. Il n'y a pas encore de chèque de rentré, si on veut, mais on a une annonce. Mais je pense que ça presse, parce que le problème va prendre de l'ampleur si on ne le règle pas, tu sais.

M. Boudreau (Armand): Peut-être un complément d'information, Mme la Présidente. Depuis deux ans — deux ou trois — on reçoit quand même du ministère une petite subvention, à ce moment-ci de

l'ordre de 100 000 \$, qui nous permet de rendre les services de réadaptation les plus aigus à ces personnes-là. Mais, comme on vous mentionnait dans notre présentation, la demande a déjà quadruplé depuis le début de ces services-là, et c'est minimal.

• (12 h 50) •

Quand on parle de 1,8 million, c'est un service complet pour les personnes ayant des problèmes de jeu pathologique, à partir d'interventions d'urgence avec l'organisme communautaire, le Centre 24/7, qui est déjà là avec des programmes de prévention, de l'intervention précoce dans nos CLSC et puis aussi l'intervention beaucoup plus spécialisée au pavillon Jellinek, qui est notre centre de réadaptation pour les toxicomanes et personnes alcooliques.

Alors, on s'attend encore une fois à ce qu'il y ait des annonces de ce côté-là. On nous a bien promis qu'à l'automne on pourrait être exaucé, au moins en partie, par rapport à la mise en place de ce programme-là. Il ne faudrait peut-être pas s'attendre dans les premières années à avoir toute la gamme complète, parce que, comme tout autre service, il faut y aller progressivement pour développer. On est réaliste en ce sens-là, mais ça nous prendrait des investissements de ce côté-là de façon importante.

M. Forget (Serge): Il y a une chose peut-être, Mme la Présidente, si vous me le permettez, qui serait peut-être intéressante aussi, c'est qu'il y ait une implication de Loto-Québec. Par exemple, quand on attribue des permis de machine poker, qu'il y ait une entente sur une façon de contacter, de communiquer avec Santé et Services sociaux dans certains contextes. On peut négocier des choses avec les casinos directement, mais on ne peut pas courir tous les dépanneurs ou les restaurants qui auraient des appareils, sauf qu'il y a une attribution de permis, quand on a ces machines-là, maintenant que Loto-Québec les contrôle, et ils devraient absolument être impliqués là-dedans.

C'est à l'avantage de tout le monde. Comme, par exemple, le ministère de la Justice — à cause des jugements qu'il y a eu — a réussi à impliquer les garçons de bar; quand ils donnent les clefs à quelqu'un qui est trop saoul pour conduire, ils peuvent être accusés en bout de ligne. Alors là, eux autres, ils prennent les clefs, puis ils les retiennent, puis ils disent: Écoute, on va t'appeler un taxi ou Nez rouge, quand c'est le temps. Mais là, il pourrait y avoir aussi des ententes comme ça avec les détenteurs de permis d'opération qui faciliteraient l'intervention préventive, avant que les problèmes soient étendus à la maison, à la famille, puis à tout ça, là.

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

M. Williams: Une petite question, Mme la Présidente.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Petite question rapide.

M. Williams: Oui. Merci beaucoup d'inclure ce tableau 51, *Jeux pathologiques*, dans votre documentation.

Ce n'était pas dans plusieurs régies. Et je suis content de vos réponses. Je voudrais juste vous informer que, la semaine prochaine, nous allons avoir deux commissions parlementaires, une sur les finances publiques, Loto-Québec, et l'autre, de la commission d'administration publique, sur le rapport du Vérificateur général.

Et je vous demande, parce que l'opposition pousse le gouvernement, de pousser aussi, parce que c'est une chose que de faire des annonces de 44 millions pendant six ans, mais c'est une autre chose d'arriver, un peu comme vous avez dit, avec le chèque. Pour utiliser la même analogie de... Mme la Présidente, là, je ne suis pas nécessairement d'accord avec vous qu'on va demander à Loto-Québec de faire beaucoup de ça, parce que c'est un peu comme demander au renard d'être en charge du poulailler, d'utiliser le poulet, encore là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Williams: Mais il me semble qu'on doit avoir l'instance qui pousse, qui contrôle ça beaucoup plus. Et, selon vous, et c'est ma question: Les interventions que vous avez commencées, est-ce que c'est aussi ciblé pour nos jeunes? Parce que nous avons poussé le Québec, en arrière des autres provinces, à avoir une loi qui interdit les ventes aux mineurs. Les chercheurs disent qu'ils sont deux fois plus vulnérables que les adultes. Est-ce que les problèmes que vous avez commencés touchent les jeunes ou est-ce que c'est juste les adultes? Et est-ce que, vous, dans le programme de 1,8 million... Peut-être que vous pouvez déposer vos plans après, aussi parce que je voudrais savoir: Est-ce que ce sont les programmes qui vont être intégrés directement dans nos CLSC pour avoir ça vraiment disponible pour chaque personne qui a des problèmes?

M. Forget (Serge): Ce programme-là — puis ça, on pourrait vous fournir ça — c'est quelque chose qui doit être la même chose que les autres services: accessible. Les CLSC devraient être impliqués. Il faut que, partout sur un territoire donné — parce que le jeu pathologique, ce n'est pas juste là où il y a de beaux gros casinos, là, c'est, comme on le disait tantôt, les machines à poker, puis c'est toutes ces patentes-là un peu partout, et puis des fois c'est dans les sous-sols du monde — que ce soit accessible. Il faut le reconnaître comme tout service social, tout besoin social, santé mentale. Au niveau des interventions, est-ce qu'on a commencé, là? Est-ce que, Armand, tu as ça, les interventions ou les types de clientèle?

M. Boudreau (Armand): Les interventions se font autant auprès des jeunes qu'auprès des adultes. Et la programmation que nous avons déposée au ministère, c'est une programmation complète, comme je vous le disais, qui implique à la fois les CLSC, les organismes communautaires et le centre de réadaptation. Ça va nous faire plaisir de vous présenter ça.

Si vous me le permettez, Mme la Présidente, tantôt, vous avez posé une question sur le dépistage du cancer du sein. J'ai l'information un peu plus précise. C'est maintenant six plans qui sont en activité depuis deux ans, avec deux centres de dépistage, à Hull et à Gatineau, et il y en a trois qui s'en viennent, à Pontiac, à

Maniwaki et à Buckingham. Le centre de Buckingham ne peut ouvrir avant qu'on ait des crédits de fonctionnement. Alors, il y a six programmes qui rejoignent actuellement 30 % de la population ciblée, 40 % en zone urbaine, c'est ça. C'est très efficace à ce moment-ci. Il y a dépistage de plus de 5 % de cancers.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Une toute dernière question, courte, rapide, M. le député de Nelligan.

M. Williams: Courte, très courte. Un peu comme vous avez fait la connexion santé et autoroute 50, je recommande aussi, en santé publique, de mettre toute la question de jeu pathologique. Pour la première fois, on commence à voir que c'est un dossier traité par la santé publique, et on doit corriger ça, parce que la loi que j'ai mentionnée, je ne sais pas si vous avez vu... Je lance un défi à vous de trouver l'affiche dans votre dépanneur qui dit que la loi a été passée. C'était une grandeur d'à peu près ça, je pense. C'est le rôle de la régie régionale de pousser une autre vision, puis je vous encourage. Et je souhaite bientôt avoir la documentation, parce que, certainement, c'est un des dossiers qu'on doit pousser particulièrement. Je sais que ce n'est pas juste un problème dans les territoires où sont les casinos, mais certainement dans ces territoires-là, et j'espère que vous allez pousser.

Et, si vous communiquez avec la ministre, vous pouvez certainement envoyer une copie conforme de votre communication à la députation du coin pour l'informer de la position de vos démarches. Parce qu'on doit, je pense, faire beaucoup plus dans ce dossier que nous avons fait jusqu'à maintenant. Merci beaucoup.

M. Forget (Serge): Tout à fait d'accord, M. le député.

La Présidente (Mme Gagnon-Tremblay): Alors, ceci met fin à nos travaux. Il ne me reste qu'à vous remercier de votre participation, de votre excellente collaboration. Je veux remercier les gens qui vous accompagnent. Vous êtes la dixième régie régionale que nous rencontrons cette année. Nous en rencontrerons trois autres à la mi-octobre, avec un objectif de toutes les rencontrer cette année. C'est une source d'information qui nous est vraiment très, très, très précieuse. Je veux remercier aussi les membres de la commission et le personnel, et j'ajourne les travaux sine die.

(Fin de la séance à 13 heures)

