



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 18 octobre 2006 — Vol. 39 N° 52

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (5)

—

Consultations particulières sur le projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (4)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet**

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)	30,00 \$

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

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

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

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

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente des affaires sociales

Le mercredi 18 octobre 2006 — Vol. 39 N° 52

Table des matières

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS-Montréal)	1
Consultations particulières sur le projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives	29
Auditions (suite)	29
Protecteur du citoyen	29
Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)	37
Mémoires déposés	46
Remarques finales	47
Mme Louise Harel	47
M. Philippe Couillard	49

Autres intervenants

M. Camil Bouchard, vice-président

Mme Charlotte L'Écuyer

M. Vincent Auclair

M. Jean-Pierre Paquin

M. Martin Lemay

M. Pierre Reid

Mme Solange Charest

Mme Yolande James

- * M. David Levine, ASSS-Montréal
- * M. John Carsley, idem
- * Mme Louise Massicotte, idem
- * M. Louis Côté, idem
- * M. Michel Marcil, idem
- * Mme Raymonde Saint-Germain, Protectrice du citoyen
- * M. Jean-Marie Dumesnil, RPCU
- * M. Gérald Germain, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 18 octobre 2006 — Vol. 39 N° 52

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (5)

Consultations particulières sur le projet de loi n° 33 — Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (4)

(Neuf heures quarante-huit minutes)

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (suite)

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, si vous permettez, la Commission des affaires sociales est réunie ce matin afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion ou rapports d'activité 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005 en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Mme la secrétaire, y a-t-il des remplacements?

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, Mme Champagne (Champlain) va être remplacée par M. Lemay (Sainte-Marie—Saint-Jacques).

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Bienvenue, M. Lemay de Sainte-Marie—Saint-Jacques. Alors, je rappelle que, pour la bonne marche de nos travaux, cellulaires et téléavertisseurs doivent être mis hors tension. Je souhaite la bienvenue aux représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Je rappelle, pour la fin de nos travaux, qu'il y aurait un exposé de 30 minutes pour commencer de la part des représentants de l'agence, suivi d'une période de discussion qui théoriquement devrait être de 2 h 30 min. Pour y arriver, il faudrait qu'on puisse dépasser largement l'heure qui était prévue. Avec consentement des deux côtés de la table, on pourrait acquiescer à...

Mme L'Écuyer: ...on va attendre que...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Ça va? Très bien. Donc, consentement à prolonger au-delà de...

Mme L'Écuyer: Je m'excuse, M. le Président, j'ai dit que je ne donnais pas le consentement tout de suite.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Ah! Ce n'est pas ce que j'avais entendu.

Mme L'Écuyer: Non, j'attendais que les collègues arrivent.

● (9 h 50) ●

Mme Harel: ...consentement, on ne commence pas tout de suite. Non, ce n'est pas vrai, là, qu'on va nous tronquer, là, un échange avec l'agence de Montréal. Non, ce n'est pas possible, ça. Non. On a à peine le temps

en trois heures, puis c'était déjà trop court. Alors là, ça n'a pas de bons sens, là, M. le Président, non.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, si...

Mme Harel: C'est le parti gouvernemental qui a demandé de retarder...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Est-ce qu'on pourrait arriver à un consentement conditionnel d'approbation de la part des membres du côté ministériel?

Mme L'Écuyer: C'est que je dois m'absenter. À 12 h 30, je rencontre un groupe d'alphabétisation.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, est-ce qu'on arrive à une entente à ce moment-ci?

Mme L'Écuyer: Conditionnelle.

Mme Harel: Allons-y.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, merci. Nous écouterons donc la présentation des représentants de l'agence, et je demanderais à M. David Levine, le président-directeur général, de nous présenter les personnes qui l'accompagnent. Bienvenue, M. Levine.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS-Montréal)

M. Levine (David): Merci beaucoup, M. le Président, membres de la commission. J'ai avec moi aujourd'hui mes directeurs de l'agence: je commence avec le Dr Michel Marcil, directeur des affaires médicales; Mme Louise Massicotte, directeur général adjoint, responsable des opérations; M. Louis Côté, directeur de la planification et des ressources humaines; et Dr John Carlsey, directeur de la santé publique de l'agence de Montréal.

Ça nous fait un très grand plaisir d'être ici, aujourd'hui, et d'avoir l'opportunité d'exposer aux membres de la commission qu'est-ce que Montréal a fait depuis 2002-2003. Je n'aurai pas le temps, dans une demi-heure, de vous présenter l'ensemble des réalisations ni des efforts en cours, et on sera en attente de vos questions pour nous permettre d'aller plus en détail sur plusieurs éléments.

Je vais essayer de... L'objectif d'aujourd'hui est de vous faire un portrait sommaire de la population de Montréal, par la suite du réseau, parler des grandes réalisations, les défis qu'on a à confronter aujourd'hui et demain et une brève conclusion.

La population de Montréal, c'est 1,9 million de personnes. C'est une population qui accroit de 11 000 personnes chaque année et qui est de plus en plus multiculturelle. C'est une population vieillissante, et je souligne l'effet parce que c'est dans les derniers jours de nos vies où l'ensemble de nos dépenses se font dans le domaine de la santé. Montréal est plus pauvre que celles des autres régions du Québec. Si on regarde depuis 20 ans, on a eu 21 % de la population montréalaise, immigrants; aujourd'hui, 27,6 % de la population, immigrants. Il y a une concentration de l'immigration à Montréal, et l'endroit qui est le rouge foncé, plus que 50 % de la population sont des immigrants. On voit où est la concentration de l'immigration à Montréal.

Une population plus vieillissante, on peut voir très facilement le changement de la portion de la population. Et je vous fais juste regarder la dernière ligne, 85 ans et plus, à laquelle on commence avec 1,7 % de la population jusqu'à 2,9 % de la population montréalaise. Ça veut dire 30 000 personnes plus que 85 ans. Si on regarde la proportion des personnes âgées 65 ans et plus à Montréal, c'est 15,1 % de notre population. Pour le reste du Québec, c'est seulement 13,3 %. Si on regarde 75 ans et plus, c'est 7,5 % de la population versus 5,9 %. La raison pour laquelle je souligne ça, c'est que c'est dans cette portion de la population où on a les plus grandes exigences dans le domaine de la santé et nos efforts montréalais.

J'aimerais parler un petit peu de la pauvreté à Montréal. On le mesure par la prestation de l'aide sociale, et ce qu'on voit ici, c'est une diminution. Il y a des annonces ce matin qu'on frôle maintenant le seuil de seulement 500 000 personnes, 500 000 de trop qu'on va sûrement travailler, et surtout dans nos actions dans les déterminants de la santé, pour changer cette situation. Mais j'aimerais noter qu'en 2005 12 % de la population montréalaise recevait des prestations, comparé au reste du Québec à 6,7 %. Ça, c'était important à souligner.

Les personnes vivant sous le seuil de faibles revenus, sur le tableau, vous avez les groupes d'âge. Zéro à cinq ans, important à souligner, vous avez à Montréal un nombre nettement plus élevé sous le seuil de faibles revenus, et ça, c'était comparé à l'ensemble du Québec. Ça veut dire Montréal inclus. Si on le compare au reste du Québec, l'écart est encore plus élevé.

Sur le tableau suivant, ça vous permet de voir la portion de prestations et leur division à travers l'île de Montréal, et on voit très clairement le S de la pauvreté. Votre partie bleue, qui commence dans le nord, qui finit dans le sud de Montréal, qui touche le centre, est le S de pauvreté de la ville de Montréal, et vous avez un pourcentage de prestations de l'aide sociale clairement identifié où se trouvent ces poches de pauvreté.

J'aimerais regarder pour un instant les familles monoparentales. Pourquoi? Parce que c'est le groupe qui nous interpelle très souvent, c'est le groupe à lequel on doit regarder les investissements les plus élevés. 33 % à Montréal, familles monoparentales parmi des familles avec enfants, comparé à l'ensemble du Québec à 26 %.

Si on regarde la portion de personnes vivant seules, encore un autre indicateur important, à Montréal, 29,8 % de 65 à 74 ans; 25 %, le reste du Québec. 75 ans et plus, on voit les chiffres 43 % et 39 %.

Qu'est-ce qu'on peut conclure? On peut conclure globalement que Montréal: une grande population

immigrante, une population vieillissante puis une population à faibles revenus.

Si on regarde l'état de santé de la population — puis c'est notre rôle comme mandat de l'agence — l'état de santé de la population, qu'on évalue régulièrement, chaque deux ans, sur l'île de Montréal maintenant, on peut dire que globalement l'espérance de vie est à la hausse, taux de mortalité infantile à la baisse — des indicateurs classiques de l'état de santé — mais il y a des écarts tellement importants sur l'île de Montréal qu'il faut vraiment les travailler.

Si on regarde sur le seuil de revenus, l'espérance de vie d'un homme: faibles revenus, 74 ans; revenus élevés, presque 80 ans. Six ans de différence sur l'île de Montréal. Et vous avez ici, en tableau, très clairement les zones de Montréal où se trouve l'espérance de vie plus élevée, moins élevée. Dans le bleu, c'est espérance de vie plus basse que la moyenne. Je souligne juste un exemple: dans l'Ouest-de-l'île de Montréal, Lac-Saint-Louis, espérance de vie, 77 ans; et Des faubourgs, centre-ville de Montréal, espérance de vie pour un homme, 58 ans. Presque 20 ans de différence dans l'espérance de vie moyenne sur l'île de Montréal.

Une voix: ...

M. Levine (David): Hein?

Une voix: Espérance de vie en bonne santé.

M. Levine (David): Espérance de vie en bonne santé, extrêmement important de le souligner.

L'élément suivant, c'est le taux de grossesse. On prend un seul indicateur. Vous avez ces informations sur le Website de l'agence ainsi que dans votre documentation. Je prends uniquement un indicateur pour vous démontrer la disparité. À Lac-Saint-Louis, on a 9,8 naissances sur 1 000, des jeunes de 14 à 17 ans. Puis, si on regarde Hochelaga-Maisonneuve, ça monte à 64 naissances sur 1 000, des jeunes de 14 à 17 ans. Évidemment, les questions de pauvreté, les questions de famille monoparentale sont tous des éléments qu'on voit dans la disparité montréalaise.

En ce qui concerne les jeunes — et on souligne ça en particulier, puis c'était une de nos priorités montréalaises — c'est le lien entre les jeunes et la pauvreté. 25 % des jeunes de moins de 18 ans vivent avec un seul parent. De ce groupe, 53 % en bas du seuil de la pauvreté. Pour les enfants de 0-5 ans, presque 70 % qui vivent avec un seul parent sont en dessous du seuil de la pauvreté. Alors, nos efforts — et vous verrez dans le plan de santé publique — s'adressent... la question de 0-5 ans.

● (10 heures) ●

Je mentionne les maladies chroniques, et ces maladies chroniques évitables parce que nos efforts... Puis, dans notre vision montréalaise, ce sera vraiment un effort lié à la gestion des maladies chroniques. Les maladies chroniques sont évitables, et on peut les gérer. Et l'impact sur l'état de santé de la population, c'est déjà démontré dans la littérature, est évident et immédiat. Dans ce sens-là, on regarde que trois personnes sur 10 ont comme cause de décès le cancer, un autre trois sur 10, cause: des problèmes cardiovasculaires. Le dépistage de

cancer précoce et le suivi en cardiovasculaire peuvent avoir un impact majeur sur 60 % des décès. Ça, c'est important sur la prolongation de vie, dans l'espérance de vie. Si on regarde, à titre d'exemple, un tiers de tout le monde plus âgé que 50 ans a un problème d'hypertension. Une hypertension bien suivie, bien gérée n'amène pas à des problèmes; une hypertension mal suivie, on se retrouve à l'urgence. Voilà la différence et l'importance de cette gestion.

C'est quoi, des problèmes urbains? Puis je ne reste pas là-dessus parce que je veux au moins parler de nos réalisations. On a un problème d'itinérance sur l'île de Montréal différent du reste du Québec, des problèmes de toxicomanie, VIH/sida, il y a des problèmes de smog que le reste du Québec ne vit pas, puis je n'en parle pas, de nos problèmes de prostitution, des accidents des cyclistes, des accidents de la route à Montréal, qui sont tous nos préoccupations à l'agence.

Le réseau montréalais. Quand on regarde le réseau montréalais, un petit portrait: 90 000 personnes travaillent dans le domaine de la santé sur l'île de Montréal, 3 300 médecins, 2 200 omnipraticiens. On a un budget de dépenses de 5,2 milliards de dollars, et ça n'inclut pas le salaire des médecins. Alors, vous avez 5 500 médecins qui reçoivent un salaire à l'extérieur de 5,2 milliards dépensés sur l'île de Montréal.

Vous avez, dans le tableau suivant — c'est difficile à lire, je comprends, c'est dans votre document — la liste des établissements, mais l'élément important ici, c'est de réaliser que Montréal, avec la réforme, est maintenant regroupée dans 12 centres de santé. 54 établissements sur l'île de Montréal ont été fusionnés dans 12 centres de santé, des centres de santé qui ont maintenant une responsabilité populationnelle. C'est la responsabilité de ces centres de santé de faire la prise en charge de leur population. Ça, ça n'a jamais existé dans le passé, on n'a pas donné cette responsabilité si claire. C'est une responsabilité de suivre et d'améliorer l'état de santé de la population. Ça a toujours été un objectif, mais maintenant on donne clairement la responsabilité à nos centres de santé comme mandat. Ça, c'est les 12 sur l'île de Montréal. Vous verrez le mélange de tous les autres types d'établissements, surtout de milieu universitaire, deux RUIS, les hôpitaux CHU, CHUM, CUSM, Sainte-Justine ainsi que nos autres établissements affiliés.

Qu'est-ce qu'on peut dire globalement en quelques remarques? C'est qu'une large portion des patients sur l'île de Montréal viennent des régions périphériques. Et je mentionne ça parce que l'objectif de la réforme en cours est de traiter la population où ils demeurent. Pour faire ça, ça veut dire que presque 30 % de la population qui viennent chercher les services — et ce n'est pas des services ultraspecialisés, ils viennent chercher des services de première et de deuxième ligne — doivent maintenant avoir ces services chez eux. Ça, ça implique un grand mouvement, un grand changement dans l'offre de services actuelle sur l'île de Montréal.

L'autre constat, c'est la grande diversité de Montréal et un certain dédoublement: on a deux centres de jeunesse, deux CHU, deux RUIS, les CRDI, les CH psychiatriques. Ça fait partie de la réalité montréalaise, puis une réalité à laquelle on doit chercher la complémentarité. Il est essentiel maintenant qu'on ait de plus en plus harmonie entre nos institutions.

La création, comme j'ai dit, des centres de santé est le début d'un changement majeur. Il est, pour une première fois, une capacité maintenant de gérer un réseau. Je mentionne seulement un outil qu'on a actuellement qui s'appelle l'entente de gestion. Je ne sais pas si vous êtes au courant, mais, moi, je signe un contrat avec le gouvernement pour le 5,2 milliards que je reçois. Par la suite, je signe un contrat avec chacun des 91 établissements sur l'île de Montréal, et, dans ce contrat, on définit les volumes d'activité, on définit l'offre de services, on définit aussi nos objectifs à atteindre. Ça, c'est un changement et ça nous donne la possibilité de gérer un réseau.

En conclusion sur cette partie de ma présentation, Montréal, c'est un réseau important, complexe, diversifié. Il est un réseau en pleine transformation et il est un réseau qui doit évoluer en complémentarité.

Maintenant, j'aimerais... Et vous avez, dans votre cahier, notre site Web, c'est un site Web très développé qui vous offre, dans notre carrefour de la santé, les informations interactives. Et on va vous envoyer, si je ne me trompe pas, un CD assez bientôt avec les données dans vos comtés, surtout celles qui demeurent sur l'île de Montréal. À l'extérieur de l'île, on ne l'a pas.

Sur nos réalisations — et je vais essayer de les présenter assez brièvement — la première de nos réalisations est l'accès de services médicaux de première ligne. Mais, avant de la présenter, j'aimerais vous donner un portrait de cette situation. C'est un portrait que vous verrez sur ce tableau à lequel on indique le pourcentage des personnes qui déclarent ne pas avoir un médecin de famille. On est dans l'Ouest-de-l'Île, 31 %. Jusque le centre-ville, à 47 % de la population qui déclare ne pas avoir un médecin de famille. On est quand même dans une situation... Ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas un suivi, parce qu'une grande partie de la population de Montréal utilise le sans rendez-vous. Alors, ils n'ont pas un médecin de famille. Mais, parce que Montréal a une grande offre de sans rendez-vous, il y a plusieurs qui n'ont pas un médecin de famille. C'est quelque chose qu'on doit changer.

Comment on a débuté le changement? On a débuté le changement dans le développement des groupes de médecins de famille, les GMF. Il y a 11 accrédités sur l'île de Montréal. Montréal a développé ce qu'on appelle les cliniques-réseaux, dont il y a 12 maintenant cliniques-réseaux. Et GMF, c'est l'inscription avec un suivi des personnes inscrites. Une clinique-réseau, c'est une population beaucoup plus large avec beaucoup plus d'accessibilité pour la population.

J'aimerais que vous regardiez actuellement le tableau qui indique où se trouvent les 23 GMF et cliniques-réseaux sur l'île de Montréal actuellement. On voit une concentration au centre-ville, mais on a une couverture quand même assez large. Lachine et LaSalle, on a besoin de faire du développement. Cette année, on a reçu du ministre un mandat de monter ça à 32 centres médicaux sur l'île de Montréal pour le 31 mars et on a indiqué très clairement qu'on va atteindre cet objectif, parce que, sur le prochain tableau, vous êtes capables de voir qu'il y a 10 autres centres déjà admissibles en train de certification en cours actuellement et par la suite 23 autres qui sont à l'étude. Et ça, ça vous permet de voir comment on prévoit la distribution sur l'île de Montréal. Qu'est-ce qu'on cherche? On cherche globalement

60 centres médicaux à 30 000 de population inscrits chaque pour 1,8 million de la population. Notre objectif, c'est un médecin de famille de chaque Montréalais et que chaque Montréalais est inscrit avec un médecin de famille et une équipe de professionnels pour supporter les médecins dans le suivi de leurs patients, et je vous en parle de ça bientôt dans la vision montréalaise.

● (10 h 10) ●

Sur les urgences — puis c'est un élément qui, depuis 2002-2003, est une sérieuse problématique, et ce n'est pas réglé — les urgences de Montréal vont et sont une préoccupation constante. Je reçois deux fois par jour l'état de santé de nos urgences, des 15 urgences sur l'île de Montréal. On réagit immédiatement. La situation: des urgences ont eu 32 millions investis dans les dernières années, mais la vraie question des urgences, c'est une question de gestion. Il y a une personne responsable maintenant de chaque urgence qui est en contact avec notre personne responsable à l'agence, il y a une communication régulièrement. Et les centres de santé travaillent maintenant avec les urgences pour aider à faire ce désengorgement qui est lié principalement à du placement des personnes en perte d'autonomie, à une disponibilité de lits et une orientation qu'on fait par le corps médical vis-à-vis des urgences. On peut répondre à vos questions plus précisément sur des chiffres et des données liés aux 48 heures qui sont nos indicateurs traditionnels.

En chirurgie, je n'en parle pas trop longtemps, mais qu'est-ce qu'on a fait, à Montréal? On a eu un investissement initial de 22 millions, on vient d'augmenter ça de 14 millions. C'est 36 millions de dollars qui est accordé, croissance des chirurgies. Mais qu'est-ce qu'on a fait, à Montréal? On a décidé de regrouper l'activité chirurgicale, surtout pour les cataractes, les hanches et genoux, dans des environnements non universitaires à lesquels on était capables de faire un plus haut volume d'activité et même réduire le coût par épisode. Et effectivement, en cataracte, on l'a réduit de 1 100 \$ à 450 \$ par intervention. On regroupe des endroits qui vont faire maintenant 4 000 et 5 000 dans un seul endroit. On est déjà rendus à regrouper 600 interventions de hanche et genou à Jean-Talon, où l'équipe de Sacré-Coeur et de Maisonneuve-Rosemont pratique à Jean-Talon pour faire ces interventions. Notre objectif est de vraiment réduire les listes d'attente et de les éliminer. Il est absolument nécessaire que nos centres de santé soient capables de faire une offre de services à leur population adéquate et appropriée.

Je mentionne brièvement les infections nosocomiales, parce que c'était quand même une grande réussite de santé publique, et les efforts qu'on a faits pour faire la réduction par des investissements sur des infirmières d'infection dans chacun de nos établissements.

Emploi-services, parce que l'autonomie des individus est le plus important. Et, quand on parle d'emploi-services, ça permet à des personnes handicapées et qui ont besoin de l'aide d'acheter cette aide eux-mêmes, et qu'à Montréal on a réussi à augmenter à 12,69 \$ le taux payé à des personnes qui travaillent à l'emploi-services, un investissement qu'on trouve très rentable.

Une de nos grandes réussites, c'est la performance financière de Montréal. Depuis trois ans maintenant, Montréal est en équilibre. Ça, pour l'équipe, et pour

l'agence, et pour tous les D.G. de chacun des établissements, c'est, je pense, une grande réussite. C'est un équilibre parce qu'il y a un suivi et un nouveau mode de gestion que j'ai mentionné tout à l'heure dans l'entente de gestion.

Mais ce que je veux souligner, c'est que, dans l'équité interrégionale, Montréal doit verser 221 millions de dollars de son budget vers des régions à l'extérieur de Montréal parce qu'il est dit que Montréal a trop d'argent. On est d'accord, entièrement d'accord avec une équité interrégionale, elle est essentielle. Ce qu'on demande, c'est qu'on regarde de près les indicateurs pour assurer que les indicateurs qu'on utilise... en tenir compte, de la pauvreté, en tenir compte, des familles monoparentales, en tenir compte, des familles qui demeurent seules. Et ces indicateurs sont de plus en plus raffinés, et le gouvernement a choisi actuellement un mode de transfert de l'argent étalé dans le temps qui va nous permettre de regarder de près ces indicateurs.

Les inégalités sociales, je le touche parce qu'il est important. J'ai mentionné la problématique 0-5 ans. On a, dans les champs d'intervention — et on va être capables de vous expliquer ça plus longuement pendant la période de questions — le soutien au développement social, les créations des environnements favorables aux tout-petits et sûrement la sécurité alimentaire.

Si je regarde maintenant la vision montréalaise — puis je vais retarder là-dessus, je suis pas mal à la fin de ma présentation — on a — merci beaucoup — dans la vision montréalaise, une stratégie d'implantation de la réforme, une stratégie que j'aimerais vous mentionner actuellement. C'est une stratégie qui a émergé avec les 12 D.G. Moi, je rencontre les 12 D.G. toutes les deux semaines, chaque mercredi matin. C'est l'équipe de gestion montréalaise, puis c'est avec les 12 D.G. des 12 centres de santé qu'on regarde l'évolution de l'état de santé et comment on peut intervenir. On a fait émerger ensemble une vision montréalaise, puis c'est une vision basée sur quatre éléments.

Le premier élément, c'est la création des équipes multidisciplinaires. Les 60 équipes dont j'ai parlé, de médecins, il faut que si... On imagine un groupe de 10 médecins qui se réunit avec 10 ou 12 professionnels dont la majorité se trouvent actuellement en service courant de CLSC, et eux forment une équipe, puis c'est une nouvelle équipe qui prend charge de la population, qui les enregistre et qui fait le suivi. Pour le faire, ça prend des grands changements. Ça prend des changements de formation des médecins, ça prend des changements dans la formation des professionnels, ça prend un changement de la culture existante actuellement, parce que ces équipes ne travaillent pas encore ensemble. Et il est démontré dans la littérature, c'est ces équipes multidisciplinaires qui sont vraiment la solution de la prise en charge, et de suivi, et de gestion de la maladie chronique.

Deuxième composante de la vision, c'est l'acceptation du modèle de gestion de la maladie chronique. Et, dans nos projets cliniques, il est à assurer qu'il y a ces modèles implantés et un suivi qui est fait auprès de chaque membre de la population.

La troisième composante de la vision, on appelle l'«*empowerment*» la nécessité que chaque individu ait la possibilité lui-même de faire une prise en charge de sa propre santé. On ne crée pas la dépendance

ici par nos centres de santé. Ce n'est pas l'État, ce n'est pas le public qui fait une prise en charge de chaque individu. C'est chaque individu qui doit prendre sa propre prise en charge avec support et de l'aide des établissements de santé. Et, dans cet «*empowerment*», on a l'«*empowerment*» ce qu'on appelle individuel, si vous avez une maladie chronique, et le propre suivi de votre maladie dans la prévention dans vos habitudes de vie, et un «*empowerment*» pour être capable de changer et influencer les déterminants de la santé et être capable d'influencer votre environnement.

Le quatrième élément, c'est la performance, la mesure de l'état de santé, démontrer qu'on fait des changements réels et sérieux dans l'état de santé de la population, une reddition de comptes. Et vous avez devant vous exemple de cette reddition de comptes. Vous avez les cibles 2006 à 2010, vous avez des «*targets*», et on peut voir une évolution de notre performance à travers ces cibles, qui, pour le moment, mesure volume, bientôt, j'espère, va mesurer résultats, parce qu'il est important de mesurer le résultat et non seulement le volume.

C'est quoi, la grande réorganisation, Montréal? Puis je vais terminer avec ça, parce que, pour mettre en place la réforme, il est important que chacun des 12 centres de santé ait la capacité d'offrir des services à leur population. Pour faire ça, on a fait une révision dans les services posthospitaliers de réadaptation pour que chacune des 12 régions ait le nombre de lits requis sous leur juridiction d'offrir ce service à leur population.

Deuxième grand changement, c'est les services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement. Deux volets: le volet de la gestion de l'épisode de soins; deuxième volet, une réorganisation de l'hébergement pour offrir une variété d'environnements, et sûrement pas des environnements institutionnels. Et l'objectif est de réduire le nombre de places en institution, alourdir les places qui restent et de rajouter des places de plus dans d'autres environnements.

On parle de la santé mentale, et le programme en cours actuellement à Montréal, c'est 430, 440 postes qu'on déménage du milieu psychiatrique institutionnel vers les 12 centres de santé. C'est un projet de presque 48 millions de dollars. C'est le premier plus grand projet de déplacement vers la première ligne dans cette réforme. On est dans une révision complète aussi de la déficience intellectuelle, de trouble envahissant du développement. Il faut trouver un moyen d'être plus efficace avec les ressources qu'on a disponibles pour la population, et c'est l'objectif de cette révision qui est en cours actuellement.

● (10 h 20) ●

Alors, les grands défis, on peut dire, c'est de renforcer et intégrer les interventions en première ligne. Je le mentionne comme premier élément, puis on travaille à mettre sur pied ces équipes médicales. Deuxièmement, c'est de mettre en place une organisation de services qui favorise la prise en charge et le suivi, aider les patients à naviguer un système extrêmement complexe, créer ces corridors de services pour rendre plus simple le mouvement des patients, améliorer notre réponse aux besoins des jeunes — je voulais mentionner la problématique, elle est un focus de notre intention — assurer une disponibilité de la main-d'oeuvre — je n'en ai pas parlé longuement, on peut répondre en question, mais la

situation de la main-d'oeuvre montréalaise est sérieuse et une de nos grandes préoccupations — développer et diversifier les approches en matière de prévention.

En conclusion, je dis: Le réseau montréalais de la santé et de services sociaux vit actuellement une véritable révolution tranquille. Pour l'agence, cette période est stimulante et prometteuse. Malgré les difficultés et malgré les grandes problématiques pour lesquelles nous n'avons pas encore des réponses, nous croyons être sur la bonne voie et en mesure de continuer à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services sur l'île de Montréal. Je vous remercie beaucoup de votre attention.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci, M. Levine. 29 min 27 s, sur la cible.

Mme Harel: M. le Président, avant qu'on débute l'échange, là, j'aimerais savoir comment on répartit le temps et nécessairement s'il y a consentement, là, pour que nous puissions reprendre le temps.

Mme L'Écuyer: Il y a consentement.

Mme Harel: Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, il y a consentement pour allonger la session. Enfin, pour que la session puisse dépasser 12 h 30, je propose qu'on allonge d'un 15, 20 minutes...

Mme Harel: Le même temps.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): ...hein, à peu près de 15, 20 minutes. Et, quant à la répartition, est-ce que des blocs de 15 minutes successivement vous conviennent? Oui?

Une voix: Oui.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Donc, on débiterait du côté ministériel. La parole est à la députée de Pontiac, s'il vous plaît.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. M. Levine, Mme Massicotte, M. Côté, M. Carsley, M. Marcil, Mme Tardif, bonjour. M. Levine, je vous reconnais comme étant celui qui a toujours été un passionné. Je reconnais plusieurs de vos projets que vous avez depuis aussi plusieurs années. Quand je vous entendais parler des équipes multidisciplinaires, il me semble déjà vous avoir entendu beaucoup vendre ce type de projet. Quand je regardais un peu votre conclusion, qui disait: On est dans une révolution tranquille, j'avais l'impression d'entendre quelqu'un qui disait: Enfin, ma vision de ce que, pour moi, devait être le réseau, je suis en train de l'actualiser. J'aimerais que vous me répondiez si je me trompe ou pas, mais je pense que vous êtes en plein dans le mille de ce que vous avez toujours visionné comme devant être le réseau.

Ceci étant dit, vous avez aussi des belles réalisations. Je pense que, quand on regarde un peu ce qu'est Montréal avec ce réseau qui est complexe, diversifié et aussi avec cette population multiculturelle, qui est quand même un défi incroyable et assez

extraordinaire, la pauvreté, cette pauvreté dont on parle depuis des années et des années... Depuis que j'étais dans le réseau, je me souviens avoir parlé des quartiers dans Montréal où il y avait une espèce de pauvreté qu'on n'arrivait pas à transcender pour régler certains problèmes. Et, en vous écoutant, je me suis demandé si votre organisation qui est en train actuellement de voir le jour ne serait pas une partie de cette réponse-là.

L'autre question que je me suis posée quand je vous écoutais parler: plus pauvre qu'ailleurs, c'est aussi où c'est le plus multiculturel qu'ailleurs, je me suis demandé s'il y avait un lien entre cette pauvreté-là, le taux de chômage, les plus faibles revenus... Est-ce qu'il y a un lien avec cette population-là qui nous arrive d'un peu partout et ces problématiques-là de chômage, de pauvreté, de faibles revenus? Est-ce qu'on pourrait dire que, dans les milieux où on retrouve les communautés multiculturelles, où on retrouve beaucoup de ces communautés-là, c'est là aussi où on retrouve ces grands problèmes?

L'autre chose, je regardais... Puis, ce matin, j'avais une rencontre avec M. le ministre qui me disait: Vous avez quand même réussi, même si c'est encore difficile, à faire diminuer des listes d'attente. Vous avez aussi, au niveau des chirurgies d'un jour, dans votre réorganisation, réellement trouvé ce qui semble être une partie de la solution pour des gens qui étaient en attente. Mais j'aimerais surtout vous entendre là-dessus, sur le multiculturel, la pauvreté, taux de chômage, faibles revenus. Est-ce qu'il y a un lien? Et, s'il y a un lien, quels sont les moyens qu'on peut prendre pour avoir des interventions qui seraient efficaces dans ce domaine-là? M. Levine.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): ...c'est moi qui dis: M. Levine.

Mme L'Écuyer: Ah! Excusez, c'est parce que des fois je suis là.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Non, mais, quand même, je n'ai pas besoin de souffleur pour dire ça. Allez-y.

M. Levine (David): Merci beaucoup, Mme la députée. Ça me donne l'opportunité d'effectivement mentionner que la réforme qui est en cours, que j'ai qualifiée comme révolution tranquille en faisant référence à la grande réforme dans l'éducation qu'on a faite il y a un certain nombre d'années au Québec, je pense qu'elle est une composante importante de qu'est-ce qui se passe aujourd'hui parce qu'on a réalisé la nécessité de faire une intégration de l'offre de services.

On a divisé le Québec en 95 centres de santé, 12 sur l'île de Montréal, et on a donné trois mandats: on a donné le mandat d'être responsable de l'état de santé de la population — c'est un mandat accordé clairement; on a donné le mandat d'aider chaque individu à naviguer notre système complet par une prise en charge, une responsabilité d'avoir un médecin de famille; puis on a demandé qu'ils gèrent mieux l'offre de services parce que les services sont maintenant intégrés. Dans ce sens-là, oui, je pense que la réforme a la possibilité de faire un grand pas en avant de l'état de santé de notre population.

Sur la question de la pauvreté — et je vous fais référence, puis je vais demander à Dr Carsley de vous

répondre dans un instant — si on regarde le S de la pauvreté, on note que le coin très multiculturel est un petit peu à gauche de cet S de la pauvreté et que le S de la pauvreté qui touche dans le sud de Montréal et qui touche Montréal-Nord ne couvre pas le volet multiculturel. Alors, ce n'est pas nécessairement un lien direct entre le multiculturel et la question de pauvreté, c'est beaucoup plus une question de faibles revenus, c'est beaucoup plus une question des familles monoparentales, c'est beaucoup plus une question de qu'est-ce qu'une grande ville urbaine a, les loyers que les personnes sont capables de payer à faibles revenus, et ça, ça définit où ils demeurent sur l'île de Montréal. Je ne sais pas, John, si vous avez des commentaires?

M. Carsley (John): Je pense que, David, tu deviens démographe, mais c'est exactement ce que je dirais, que c'est certain qu'au commencement les nouveaux immigrants sont en général pauvres. Par contre, ils sont aussi en plus bonne santé que la moyenne des personnes avec le même revenu ici, les personnes ici.

Mais la chose la plus importante, c'est de voir qu'à l'exception peut-être du territoire de Saint-Michel il n'y a pas une concordance entre les éléments déterminants de pauvreté puis le chômage et le territoire où la concentration des immigrants est la plus importante. Donc, au fur et à mesure que les immigrants restent au Québec, en général ils sortent de leur pauvreté à un rythme qui est plus élevé que les personnes qui vivent dans les quartiers où la pauvreté puis le chômage sont installés comme un problème chronique.

M. Levine (David): Je laisse Mme Massicotte mentionner quelques moyens en cours pour toucher la question de pauvreté, parce que c'était une question si centrale sur l'île de Montréal.

● (10 h 30) ●

Mme Massicotte (Louise): Bien, effectivement, ça irait avec votre premier commentaire ou le fait que les 12 centres de santé aient une population déterminée, on a été capables de développer avec l'équipe de chez Louis des outils informatiques pour leur donner des portraits de leur population. Donc, ça permet de concentrer des niveaux d'activité spécifiques dans certains coins de chacun des centres de santé en ayant ce niveau-là d'information très précis et très pointu.

D'autre part, on demande à chaque centre de santé de développer des ententes de collaboration et des ententes de services avec les organismes communautaires, pour lesquels on a défini un cadre de référence sur l'île de Montréal dans la gestion des ententes avec ces derniers, les organismes communautaires.

Puis, d'autre part, dans la mise en place des mesures de santé publique, dans le plan local de santé publique, où il y a plusieurs mesures qui visent la pauvreté, c'est sûr qu'il y a des ententes aussi avec l'intersectoriel. Alors ça, les ententes permettent de cibler des populations puis d'avoir des actions plus précises et plus déterminantes sur une partie de l'île qui peut être différente d'une autre partie. Je complèterais juste en disant que... Non, ça va, j'ai perdu mon idée. Excusez-moi.

M. Levine (David): ...intervenir, M. Côté?

M. Côté (Louis): Peut-être un complément aussi. Sur l'île de Montréal, on a une stratégie aussi de collaboration forte, je dirais, avec Centraide et la ville de Montréal, notamment pour soutenir la concertation dans les quartiers de Montréal. Et, vous savez, suite au Sommet de Montréal, il y a une stratégie qui s'est développée de revitalisation urbaine, qui a ciblé un certain nombre d'endroits à Montréal où on fait un effort additionnel avec la ville, avec Centraide, avec les centres de santé. Un exemple concret: Montréal-Nord. Montréal-Nord, on a travaillé beaucoup avec l'arrondissement, et ça a amené une stratégie dans une partie de Montréal-Nord qui a amené le développement d'un centre communautaire multifonctionnel qui a été pris en charge par la communauté. Vous savez, il y a beaucoup d'immigration haïtienne à Montréal-Nord. Ça, c'est un exemple, dans le fond. On essaie de travailler avec la ville, Centraide, au niveau régional, et on demande à nos CSSS — mais ça se passe comme ça sur le terrain — de travailler avec l'arrondissement, de travailler avec la commission scolaire et des partenaires communautaires. Mais ça, je pense qu'il y a du potentiel, à Montréal, si on réussit à travailler en équipe au niveau régional et au niveau local.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, M. le député de Vimont.

M. Auclair: Merci beaucoup, M. le Président. Messieurs madame, bonjour. Écoutez, c'est très intéressant, premièrement, d'entendre vos derniers propos, de voir un organisme aussi gros — parce que, bon, c'est un employeur très important — un organisme aussi important être présent aussi dans le quotidien, dans le rôle d'intervention générale. Dans le fond, votre relation, que vous nous décrivez, avec la ville de Montréal, avec tous les paliers d'intervenants, ça fait que l'entité que, nous, on connaît sous des acronymes, et tout ça, c'est concret, c'est une réalité sur le terrain.

Moi, ce qui m'intéresse et ce qui m'interpelle aussi beaucoup, et ça va toucher peut-être... et vous allez me le dire parce que, même si je suis de Vimont qui est juste l'autre bord de Montréal, je ne connais pas tout le secteur, toutes les réalités à Montréal. Il y a trois établissements, au niveau de vos urgences, qui ont un certain petit problème, semble-t-il, qui sont sous la note «observation», qui sont Notre-Dame du CHUM, Maisonneuve-Rosemont, Santa-Cabrini. Et j'écoutais les propos, là, de ma collègue et les réponses surtout que vous avez données au niveau des lieux un peu plus pauvres, au niveau communautés culturelles, et tout ça. Est-ce que ces trois urgences-là et ces trois établissements-là se retrouvent dans des secteurs qu'on peut dire problématiques également, dans des secteurs où la communauté est plus pauvre, communautés culturelles plus présentes, même si je ne fais pas le lien direct comme vous avez bien établi? Est-ce que c'est ces trois hôpitaux-là, ces trois établissements-là dans lesquels on a plus... dans le fond, qui ont un peu plus de misère à répondre à toute la demande?

M. Levine (David): Pour répondre, si on regarde Notre-Dame et Maisonneuve, surtout Notre-Dame que je connais très bien personnellement, c'est des environnements

dont la population est très attachée. Les populations qui ont une faible disponibilité de médecins de famille ont une tendance, dès qu'ils ont un problème, d'utiliser l'urgence. Ils n'ont pas beaucoup d'autres portes de sortie. Alors, il y a une tendance d'aller souvent à l'urgence de ces deux environnements, et ça, ça fait un encombrement de ces deux environnements. Ça, c'est un premier constat.

Deuxième constat, les ambulances et la manière que les ambulances sont distribuées ont une tendance d'aller à ces deux environnements, Maisonneuve-Rosemont et Notre-Dame, un, pour améliorer leur temps de réponse. Et la raison pour laquelle je commence à comprendre ça mieux: je viens d'être nommé par le gouvernement au conseil d'administration d'Urgences-Santé pour être capable de mieux harmoniser l'activité de nos hôpitaux avec Urgences-Santé. Et effectivement on a des éléments dans la distribution des ambulances, pour des raisons des ambulanciers, à laquelle eux sont confrontés par une cible de temps de réponse et eux ont tendance d'amener à ces deux hôpitaux qu'on doit réajuster.

Il y a aussi la question, dans ces environnements-là, des personnes en perte d'autonomie et à laquelle on doit désengager le plus possible. Alors, c'est des facteurs... Je ne nie pas le fait culturel du corps médical, des spécialistes, je ne nie pas le facteur d'une certaine attitude médicale à laquelle on travaille quotidiennement. L'élément ici, c'est qu'on a de l'information, on fait le suivi. Si on a besoin d'intervenir parce que le problème devient trop aigu, bien l'équipe de Louise intervient immédiatement sur ces questions-là. Je ne sais pas si, Louise, vous avez des commentaires supplémentaires sur la question des urgences?

Mme Massicotte (Louise): Je dirais que ça va aller dans le même sens, là. Assurément, ce sont les trois hôpitaux qui ont la clientèle de 75 ans et plus qui est nettement supérieure à la moyenne des 75 ans et plus de la région. Donc, comme disait David au début de la présentation, les 75 ans et plus sont souvent les gens qui, lorsqu'ils se présentent à l'urgence, ne se présentent pas pour un faux problème et donc ont besoin d'être stabilisés à l'urgence, et leur durée moyenne de séjour à l'urgence est plus importante en général. C'est, je dirais, essentiellement un facteur déterminant.

D'autre part, dans ces trois hôpitaux-là spécifiquement, compte tenu de l'âge des personnes, si on n'arrive pas à sortir les patients, lorsqu'ils ont un congé médical, immédiatement dans des milieux d'hébergement, ça fait une compression sur l'urgence qui est importante. Alors, c'est un défi constant pour nous de trouver des solutions autant en amont, avec Urgences-Santé, que dans l'hôpital, dans une saine gestion de l'urgence, qu'en aval pour l'hébergement.

M. Auclair: Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci. De fait, il resterait une minute, mais je vous suggère de l'accumuler pour le prochain bloc pour amorcer une question puis une réponse. Autrement, vous aurez seulement une question. Alors, je vous la conserve, hein, 16 minutes pour le prochain. La députée d'Hochelaga-Maisonneuve, s'il vous plaît, porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Merci, M. le Président. Alors, au nom de ma formation politique, je veux vous souhaiter la bienvenue, M. Levine et l'équipe à la direction de l'agence de Montréal qui vous accompagne. Je crois que nous avons tous ici, à cette commission, beaucoup apprécié la présentation que vous nous avez faite de l'approche populationnelle, avec les caractéristiques particulières, singulières, en fait les conditions d'adversité, hein, dans lesquelles évolue une bonne partie de la population de Montréal. Vous nous rappelez que l'espérance de vie en bonne santé fait presque 20 ans — on n'est pas entre les pays sous-développés puis les pays développés, là, on est dans la même ville — entre les faubourgs, le centre-ville et puis l'Ouest-de-l'Île, mais l'espérance de vie tout court, hein — c'est des chiffres qui nous ont été fournis — c'est 11 ans: l'espérance de vie au centre-ville de Montréal et l'espérance de vie dans l'Ouest-de-l'Île, l'espérance de vie tout court, c'est 11 ans dans la même ville.

Bon. Ceci étant dit, ce que je souhaite évidemment, c'est qu'on puisse, avec vous, réfléchir sur ce qu'il faut faire de mieux et ce qu'il faut faire de plus. On juge un arbre à ses fruits, hein, ça, c'est ce qu'on dit habituellement, et on juge une réforme aux résultats. Bon. Quels sont-ils?

Le premier accès dont la population a besoin... Moi, si vous me demandez: De quoi vous faites-vous parler? Je vais un peu vous dire: Sur le trottoir de la rue Ontario, ce n'est pas les services surspécialisés, c'est: Je n'ai pas de médecin de famille. C'est la première des choses. Grosso modo, on se rend compte qu'il y a 66 000 Montréalais qui sont inscrits à un GMF sur les 1,9 million et il y en a à peu près, quoi, 150 000, 200 000 qui ont accès dans le cadre d'une clinique-réseau. Ça nous fait un total d'environ un quart de million. Bon. C'est à peine 15 %, ça, sur l'ensemble de la population, c'est à peu près 15 % qui a accès à un médecin de famille d'une manière régulière.

Qu'on ne vienne pas me parler de la version, je dirais, édulcorée de la polyclinique qui, sans rendez-vous, est aussi sans suivi, avec des malades chroniques qui ont de la difficulté à faire remplir leur prescription et même des parents qui ont de la difficulté à faire remplir une prescription pour acheter en vente libre des médicaments pour enlever les poux sur la tête de leur enfant quand ils sont à l'aide sociale. Ça, c'est la première chose. Donc, problème grave, à Montréal, d'accès à un médecin de famille. Quand on regarde les statistiques de Statistique Canada, c'est la région qui a le plus de difficultés, là — ils l'ont fait par régions — d'une part.

• (10 h 40) •

D'autre part, en termes d'urgence, aujourd'hui même, là, on vérifiait, et le taux d'occupation, dans les urgences de Montréal, des patients sur civière est de 138 %. Finalement, on le voit dans l'analyse que les services de recherche de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale ont faite. Je ne sais si vous avez pu avoir copie de cela. Ils ont analysé pour tous les membres de la commission les données que vous avez, comme ils le font pour toutes les agences, et on voit bien qu'il y a détérioration du séjour moyen sur civière. C'est encore plus grave pour le séjour moyen des personnes de 75 ans et plus. Et c'est en fait aussi une détérioration pour le séjour de 48 heures et plus sur civière. Et en plus on est

passé à... c'est 15 % actuellement de personnes de 75 ans et plus qui font un séjour de 48 heures et plus sur civière. Donc, problème d'accès à un médecin de famille, problème dans les urgences de Montréal.

Tantôt, vous parliez d'un équilibre budgétaire depuis trois ans, il n'a été atteint qu'avec déficit autorisé. C'est quoi? 300 millions à peu près de déficit autorisé, là. On a calculé les déficits autorisés au cours des trois dernières années dans ce que vous nous avez transmis. Alors, avec déficit autorisé, bon, mais il y a quelqu'un qui le paiera un jour. Mais, en attendant, il y a des intérêts qui sont payés. Qui les paie? Ce sont les établissements, j'imagine. Alors, c'est avec la carte de crédit, là, que vous avez atteint l'équilibre à Montréal. Puis en même temps, comme vous mentionniez vous-même participer à l'effort d'équité interrégionale, c'est 31 millions de moins sur une base annuelle, 31 millions de moins en développement.

Alors, moi, la question que je me suis posée: Les indicateurs pour établir l'équité sont lesquels? Est-ce qu'on tient compte du vieillissement accéléré à Montréal, est-ce qu'on tient compte de la monoparentalité, est-ce qu'on tient compte de la pauvreté, est-ce qu'on tient compte des écarts d'espérance de vie en bonne santé, est-ce qu'on tient compte de tout ça pour que le résultat soit 31 millions de moins par année en termes de développement?

Avec tout ça, le médecin à domicile... tu sais, si je fais... bon, la difficulté d'accès à un groupe de médecins de famille, taux d'occupation de 138 % dans les urgences et finalement les listes. Il y a eu un bon résultat, hein, si je fais la part des choses, là, pour éliminer les listes d'attente dans certaines chirurgies. Alors, il y a une concentration. À ce moment-là, est-ce que... Vous avez dit que votre objectif, c'était d'éliminer les listes d'attente puis d'offrir des services adéquats et appropriés. Pensez-vous pouvoir le faire dans le cadre du réseau public comme vous l'avez fait pour certaines chirurgies? Mais on... pour les chirurgies d'un jour, alors là, vraiment, les listes d'attente sont demeurées très, très élevées, hors délai médicalement acceptable. Est-ce que, pour les chirurgies d'un jour, vous pensez pouvoir y arriver?

C'est certain que c'est 5 milliards de budget, c'est énorme, mais en même temps tous mes collègues m'ont fait remarquer que, sur tous les documents Santé Montréal, «services sociaux» n'est pas là, tu sais.

M. Levine (David): Il est là.

Mme Harel: Il est là mais, regardez, en presque minuscules.

M. Levine (David): Il est très là. Puis c'est marqué en blanc.

Mme Harel: En presque minuscules, mais ça...

M. Levine (David): C'est juste que ça ne sortait pas. Mais, quant à nous autres, ça sort très bien, puis on dit «service social» très clairement.

Mme Harel: Bon. Mais il y a ma collègue de Rimouski qui va certainement se charger de vous en parler. Mais je termine tout ça en vous disant: Dans ce

contexte de vieillissement accéléré, dans ce contexte où, dans les CHSLD, il y a maintenant, à cause du vieillissement, le fait que les personnes y vivent plus longtemps, comment expliquer que la cible que le ministère vous a imposée est la réduction de 2 100 lits d'hébergement de longue durée à Montréal? 2 100 lits pour les trois prochaines années, imaginez-vous? Alors que je veux bien, là, que théoriquement on virtuellement on nous dise qu'il va y avoir une diversification, là, mais ça va se faire où, tout ça? Moi, je vous parle du bas de la ville, là. Moi, je vous parle, là, des ressources intermédiaires. Vous allez me parler des ressources intermédiaires. Elles seront où et quand, hein? Puis où avec une carte, là. Parce que je veux bien qu'il y ait des ressources intermédiaires dans l'Ouest-de-l'Île, là, mais, quand on parle du vieillissement, dans le bas de la ville, avec l'espérance de vie en mauvaise santé et puis la réduction de l'espérance de vie, ce sera où?

Et, en santé mentale, c'est pareil, parce qu'on assiste à une désinstitutionnalisation, désinstitutionnalisation d'hébergement de longue durée. Désinstitutionnalisation en santé mentale, hein, vous en avez parlé, 400 lits, ce n'est pas une coupure, vous nous dites que c'est un transfert. Ils vont être où, ces gens-là qui sont hébergés présentement? Les adultes, ils vont être dans le bas de la ville puis ils ne seront plus en maison de chambres, il n'y en a plus. Ils vont être des itinérants. Ils auront peut-être des services psychiatriques, là, avec des rendez-vous auxquels ils ne se rendront pas dans les CSSS. Mais, pour le reste, ils vont habiter où? Et je reviens avec le communautaire qui se plaint que, depuis deux ans maintenant, il n'y a plus de soutien communautaire dans les résidences pour les personnes très vulnérables. Alors, il y a quelques problèmes encore, n'est-ce pas?

M. Levine (David): On a déterminé, en mentionnant... Malgré les difficultés, malgré la grande problématique pour laquelle nous n'avons pas encore des réponses, il est un travail en cours. Mais je vais essayer de répondre. Vous avez mentionné les questions de l'utilisation des urgences, les déficits autorisés, la situation des omnipraticiens, les indicateurs qu'on utilise pour l'équité, la question de soins à domicile et notre support là-dessus, les listes d'attente dans le réseau, et est-ce qu'on utilise le réseau public ou privé pour répondre aux listes d'attente, la question d'hébergement de 2 100 lits, et, avec la santé mentale... Je ne sais pas combien de temps le président me donne pour répondre, mais je vais essayer d'être le plus bref possible.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Nous sommes à presque neuf minutes sur 15. Alors, vous pouvez utiliser le temps qu'il faut pour... sur 15 minutes, hein?

M. Levine (David): Merci beaucoup, M. le Président. Premièrement, tout à fait raison. Notre consommation, notre taux d'occupation des urgences, là, est le double de qu'est-ce que ça devrait être. Si on regarde les systèmes de santé où il y a une gestion par des équipes multidisciplinaires, puis on peut prendre des exemples mondiaux, leur consommation de leurs urgences, c'est 50 % de moins que chez nous. Nous, on reçoit presque 800 000 visites dans l'année, 840 000 visites. On devrait avoir 420 000 visites. On devrait couper ça à moitié. Et

ça, c'est l'objectif. On va le couper à la moitié dès qu'on a les 60 centres médicaux qui sont intégrés avec une équipe de professionnels. Puis eux sont en mesure... puis ils sont ouverts samedi, dimanche, Noël, jour de l'an, 365 jours de l'année, puis la population va être plus confortable d'aller là parce que la population va aller où il se trouve des services. S'ils ne trouvent pas des services là, s'ils ne trouvent pas la radiologie, s'ils ne trouvent pas un accès, s'ils ne trouvent pas de prélèvement puis ils ont besoin d'aller ailleurs, ils n'utiliseront pas les centres médicaux, ils vont continuer à utiliser les urgences.

En ce qui concerne le déficit autorisé, Montréal a commencé avec 150 000 \$, le gouvernement a réussi d'obtenir des argents qu'il a accordés. Il reste 65 000 de déficit et auquel, oui, on doit... 65 millions, et, oui, c'est vrai, on est à 5 % de ce montant par année, c'est 3 millions de dollars, qui est mangé de 5,2 milliards, qui est utilisé pour ça. C'est vrai. Mais, cette année, on a eu de l'argent pour faire du développement, même si c'est minime, comme vous l'avez mentionné, et cet argent qu'on a utilisé pour faire du développement n'a pas été utilisé pour combler... Ça, c'est l'année antérieure. Mais, depuis trois ans, on ne rajoute pas un cent, à Montréal, dans notre budget d'opération, à ce déficit-là. Puis je voulais le souligner.

Mme Harel: Il est toujours de 65 millions, c'est ça?

M. Levine (David): Actuellement, il est toujours...

Une voix: 55.

M. Levine (David): Excusez-moi. 55 millions de dollars, actuellement, le déficit autorisé sur le 142 millions — exact — initial d'il y a trois ans.

Sur la question des omnipraticiens, vous avez tout à fait raison dans le sens que, nos omnipraticiens actuellement dans un GMF, le ratio, c'était un omni pour 1 500 de population. Dans les équipes multidisciplinaires qu'on a vues, c'était un omni pour 2 600 de population. Ça veut dire, si on réussit à créer des équipes multi, si on réussit à les mettre sur place, qu'on est capables de régler tout le problème des omnipraticiens sur le territoire. Notre autre problème, c'est le vieillissement du corps médical, il est nécessaire de remplacer ce corps médical, puis c'est ça où on doit travailler.

Sur la question des indicateurs, je vais passer la parole à M. Côté, juste parler là-dessus brièvement, parce que c'est lui qui travaille à vérifier, avec son équipe, est-ce que les indicateurs reflètent la réalité montréalaise. Et il y a un comité provincial sur lequel on siège et une des choses qu'on a demandées au début... C'est qu'on n'est pas sûrs. On n'est pas sûrs que les indicateurs utilisés couvrent, mais en contrepartie le gouvernement, le ministère de la Santé a dit: O.K., on va uniquement enlever une portion de votre développement chaque année pour l'équité, et ça va prendre... Au début, c'était échelonné sur une période de sept ans puis, je pense, maintenant, même ça peut être une période plus longue de faire ça et ça va nous donner le temps de revoir ces indicateurs. M. Côté?

• (10 h 50) •

M. Côté (Louis): Peut-être en complément. Souvent, ce qu'on nous dit, dans ce domaine-là, c'est que Montréal a eu son développement avant les autres, et ça ne veut pas dire qu'on est surfinancé, il faut faire attention dans l'interprétation des méthodes utilisées par le ministère. Et actuellement, quand même, les méthodes se raffinent à chaque année, et les méthodes sont adaptées à chaque programme. Je vais donner un exemple: santé mentale. Notre besoin reconnu à Montréal est de 18 % supérieur aux besoins moyens du Québec. Mais, nonobstant le 18 %, on a plus de ressources, je dirais, en santé mentale notamment que nos voisins, là, de la périphérie de Montréal. Je pourrais prendre un autre exemple en réadaptation, on a aussi de l'avance de ce côté-là.

Ce qui va être important, c'est la synchronisation des investissements. Je vous donne un exemple: Chaque année, à Montréal, il y a 130 de nos lits, par exemple à la Villa Médica ou dans des environnements comme ça, qui sont utilisés par des gens de la couronne de Montréal, et, à chaque année, les régions autour reçoivent du développement. Si, pendant les prochaines années, ils n'investissent pas en réadaptation, nous, on doit garder notre argent dans la réadaptation pour desservir la périphérie de Montréal, alors qu'on aurait peut-être besoin de le déplacer autrement, soit par les services aux personnes âgées, par exemple. Donc ça, ça demeure un enjeu, la synchronisation des investissements, dans la phase de transition dont David parlait.

Mais c'est sûr que le gros enjeu qui va demeurer — le ministère travaille là-dessus — c'est le développement d'une approche populationnelle en santé physique, qui est le gros volume d'argent dans le programme santé physique, et les méthodes sont en préparation dans ce domaine-là. Et ça, c'est un enjeu constant, dans le fond, d'avoir un équilibre dans ces méthodes-là pour être équitables, dans le fond, et pour Montréal et pour le reste de Montréal. Nous, à l'intérieur de l'île de Montréal — je vais vous donner un exemple — en santé mentale, on a nous-mêmes développé une méthode, à l'intérieur de l'île, où on donne plus d'argent à des quartiers où le taux de chômage est plus élevé et où le taux de personnes vivant seules est plus élevé parce que nos études, à Montréal, démontrent qu'il y a une corrélation très forte.

On peut expliquer des hospitalisations en psychiatrie en le corrélant avec le nombre de personnes vivant seules et le taux de chômage dans une communauté. La consultation des pédopsychiatres est corrélée très fortement avec le nombre de personnes vivant seules et la vétusté des logements dans un quartier. Donc, nous, on a ajusté dans nos allocations de ressources. On donne plus d'argent à un CSSS qui a, par exemple, beaucoup de jeunes avec beaucoup de familles monoparentales et des logements vétustes, plus d'argent à un CSSS qui a beaucoup de personnes seules avec un taux de chômage élevé, parce que c'est des prédicteurs fiables d'utilisation des ressources psychiatriques.

M. Levine (David): Merci beaucoup, M. Côté. Je vais essayer d'être bref sur les autres, M. le Président. La question de soins à domicile, et là vous avez touché un peu le noeud de la guerre, qu'on dit...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. Levine, si vous permettez, techniquement je dois intervenir parce que le temps, le 15 minutes est écoulé. Cependant, ce

que je peux faire, c'est vous laisser continuer à donner votre réponse, quitte à ce que je soustraie le temps sur le prochain bloc de l'opposition. Très bien. Allez-y.

Mme Harel: Oui, oui, un cinq minutes.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Allez-y.

M. Levine (David): Bon. Sur la question des soins à domicile, il est l'élément clé. 50 % de tout le développement qu'on reçoit, on met en soins en domicile, il n'est pas assez. On a fait notre plan stratégique, Montréal, c'est un élément supérieur que ça prend. Mais le travail qu'on fait, de la prise en charge, et l'effort qu'on fait, on va espérer d'être capables de mieux investir et que tout développement, j'ai l'impression, dans l'avenir, risque d'aller dans ce secteur-là. C'est non seulement aux soins à domicile, mais c'est aux proches aidants. Il faut absolument être capables de garder, à l'extérieur d'une institutionnalisation, les personnes. La grande majorité qui sont à domicile, c'est des personnes en perte d'autonomie, des personnes âgées qui sont à domicile, puis c'est là où il faut mettre nos efforts.

La liste d'attente et le réseau public. Est-ce que le réseau public est capable de combler l'ensemble des besoins? Moi, je le crois. Moi, je le crois que notre réseau public est fort, notre réseau public est capable de combler l'ensemble des besoins et se réorganise pour devenir de plus en plus efficace. À une époque, on faisait deux interventions de hanche par jour. Maintenant, à Jean-Talon, on en fait trois par jour dans la même salle d'op, et des fois quatre, quand c'est bien ciblé puis il n'y a pas de complication. On a une capacité de faire ça. L'ouverture, à l'extérieur, à des médecins qui peuvent se regrouper, je pense, peut offrir un «backup». Si vraiment on se trouve dans une difficulté puis on n'est pas capable de répondre à une garantie... Moi, je crois dans une garantie, une garantie à la population, ils ont le droit de ça, et notre système de santé a l'obligation de la fournir.

Mais, moi, je les vois, les cliniques affiliées, comme un «backup»... un support. Et, vous savez, c'est nous qui achetons des services dans une clinique affiliée, ce n'est pas privé, ça, c'est un nombre de services déterminé au montant égal ou inférieur de qu'est-ce qu'on paie dans le réseau de la santé. Et, moi, j'ai l'intention d'aller en soumissions. Puis, si je vais en soumissions puis l'hôpital est capable de le fournir moins cher, il va être obligé de le faire moins cher si jamais on va à l'extérieur. Alors, dans ce sens-là, pour moi, je vois ça comme un «backup» dans le domaine, j'ai beaucoup confiance dans notre réseau public.

Si je touche la question de l'hébergement, 2 100 lits dans nos prévisions. Dans nos prévisions — on a 13 000 lits actuellement — il faut absolument qu'on rehausse le niveau de soins dans à peu près 5 500 de nos lits. La population a besoin de lits institutionnels de 3,5 heures et plus. Pour le moment, on a à peu près 6 000 lits à ce niveau-là, puis on a un autre 5 500 lits...

M. Côté (Louis): 6 600 lits.

M. Levine (David): ...6 600 lits qui ne sont pas à ce niveau du tout et à lequel ça va prendre 10 000 \$

par lit de rehaussement. D'où vient cet argent? Pour le moment, on a 13 000 lits. L'objectif, c'était une réduction du nombre de lits, d'utiliser de l'argent dans la réduction pour faire le rehaussement à 10 000 \$ par lit et, avec l'argent qui reste, d'ouvrir des lits intermédiaires et alternatifs. Mais l'approche que, nous, on a demandée à Montréal, laquelle on a un appui, c'est qu'on va ouvrir des lits avant qu'on ferme des lits. On ne se trouve pas dans une situation antérieure avec l'ambulateur ou la santé mentale, comme vous l'avez mentionné.

Alors, nous, on a actuellement des projets pour 1 700 lits intermédiaires dans chacun des 12 centres de santé où on est allés en appel d'offres, et on demande à chacun de nos centres de santé de nous offrir des projets. Et, pour le moment, je pense, c'est à peu près pour 600 lits, 600 lits pour lesquels on a déjà des projets sur notre plan de 1 700. Et c'est des projets concrets de 40 lits, des regroupements de moins de 40 lits... de places, excusez-moi, des places, là, dans un environnement alternatif, et c'est des places plus légères, c'est des places qui vont répondre mieux aux besoins et qui ne créent pas d'institutionnalisation ni la dépendance des personnes. Et c'est ça, le transfert qu'on cherche à faire.

M. Côté (Louis): On a des propositions aussi dans les 12 territoires, mais ce n'est pas concentré uniquement dans des territoires particuliers. Les 12 CSSS nous ont soumis des propositions concrètes, donc ça veut dire qu'il y a une capacité de développer peu important les 12 territoires sur l'île de Montréal.

Mme Harel: Pouvez-vous les déposer?

M. Côté (Louis): On vient de les recevoir.

Mme Harel: Bien, pas nécessairement les noms, ce n'est pas nominatif, là, simplement le...

M. Levine (David): Oui, oui, ça va, on peut vous les envoyer.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Est-ce que ça complète votre réponse?

M. Levine (David): Oui.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Merci. Alors, je cède maintenant la parole au député de Saint-Jean...

M. Paquin: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): ...pour un bloc de 16 minutes.

M. Paquin: C'est bien que vous contrôliez ça avec efficacité, comme vous le faites toujours, d'ailleurs. Eh bien, mesdames messieurs, bon matin et bienvenue ici, ce matin. Moi, je vous écoute avec beaucoup, beaucoup d'intérêt. J'ai manqué des petits bouts, malheureusement, là, je n'avais pas le choix. Mais je suis emballé, et je choisis bien mon mot, d'entendre puis de voir ce que vous faites. Pour moi, la santé, c'est la priorité des priorités, que les Québécois et les Québécoises peuvent se faire

traiter au Québec et à Montréal avec élégance puis de cette façon-là, puis de voir l'amélioration, c'est extraordinaire. Je veux vous féliciter. Je vous le dis, je vous écoute, puis c'est comme une mélodie à mes oreilles, et, je pense, vous avez l'intention — je ne pense pas, c'est une conviction — de continuer fortement. Vous êtes dynamiques et passionnés par tout ça. Et c'est merveilleux, c'est merveilleux, même si je suis de la Rive-Sud, de voir — et on va recevoir l'agence de la Rive-sud, je pense, dans les prochains jours — que, chez vous, il y a du progrès incroyable qui s'est fait, et c'est formidable.

Vous avez parlé de beaucoup de choses, M. Levine, que j'ai écoutées avec beaucoup d'intérêt, mais il y a une chose principalement, puis j'aimerais que vous élaboriez là-dessus, vous et les gens qui vous accompagnent... Et ça, ça a vraiment été me chercher, parce que, moi, je crois à ça beaucoup, énormément aussi. Et je m'explique. Vous avez parlé de maladies du cœur, de maladies cardiaques, vous avez parlé de cancer, vous avez parlé d'hypertension, et vous avez dit que, bien, ces maladies-là, qui sont des maladies de très haute importance, hein, majeures, hein, qui créent la majorité des problèmes puis des engorgements des hôpitaux et des urgences... mais vous avez... je pense vous avoir bien saisi, qu'il y avait deux facteurs importants dans ce sens-là qu'on pouvait appliquer, et ça, les citoyens et les citoyennes pouvaient nous aider à appliquer ces facteurs-là: un, la prévention, et, l'autre, se responsabiliser plus dans ça, créer certaines obligations d'approche et de façons de vivre pour éviter les maladies graves ou les prévenir avant qu'elles soient majeures ou plus importantes.

J'aimerais ça que vous élaboriez un peu là-dessus. Quand vous parlez de prévention, que vous parlez qu'on doit prendre un peu aussi, comme citoyens et citoyennes, nous tous, nos responsabilités, j'aimerais ça vous entendre là-dessus. Parce que je pense qu'on a beau faire un travail formidable dans ça, on a beau améliorer les choses, on a beau mettre plus d'argent, si on ne se prend pas en main, chacun et chacune d'entre nous, tantôt on va avoir énormément de misère à faire fonctionner le système.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. Levine.

• (11 heures) •

M. Levine (David): Merci beaucoup, M. le député, de votre question. Effectivement, il est clairement démontré que, si on ne travaille pas sur le troisième élément de notre vision qui est l'«*empowerment*» de la population, on ne réussira pas. On n'a pas suffisamment de ressources, puis on ne peut jamais avoir suffisamment de ressources si on n'investit pas nos énergies dans cette propre prise en charge de l'individu. Vous savez que, dans n'importe quelle population — prenez une population de 150 000 sur l'île de Montréal — 21 % de cette population a une maladie chronique. Dépistée ou non dépistée, ils ont une maladie chronique. Ça veut dire, dans ce sens-là, que 30 000, dans la population, ont une maladie chronique. Ils l'ont. Parmi ce groupe-là, 6 % ont plus qu'une, et ces 6 % consomment presque 50 % de toutes les ressources.

Il est essentiel, dans une population de 150 000, d'identifier les 30 000 de population, d'identifier la population en besoin, de les enregistrer, d'enregistrer la population en diabète, hypertension en confidentialité, en confidentialité du dossier personnel de l'individu. Je

ne veux pas donner l'impression qu'on lance ces noms sur une grande liste qu'on affiche sur un babillard. C'est très confidentiel, mais que ces listes doivent exister, et qu'on peut travailler ces listes par la suite et faire la gestion. Comme j'ai mentionné, c'est la gestion de l'hypertension. Mais c'est l'individu lui-même, une fois qu'il est conscient qu'il a un problème — puis c'est sûr qu'on n'a pas la gestion de sa propre maladie — qui doit intervenir.

On a développé 12 centres d'éducation de la santé dans chacun des 12 centres de santé sur l'île de Montréal actuellement, un projet de santé publique auquel, sur les habitudes de vie des individus, le médecin, dans son bureau, peut faire une petite prescription à la personne qui vient le voir, pour dire: Allez au centre d'éducation de la santé, et là-dedans ils vont être capables de vous faire une éducation sur l'alimentation, sur l'activité physique, et autres, et c'est fait dans une forme de prescription. L'individu prend la prescription, il va là, puis on a mis des professionnels pour être capables de faire cette éducation à la population. Il y a aussi le volet du tabagisme, très important, qui est inclus dans ces centres d'éducation de la santé.

Mais le travail individuel reste essentiel, de la prise en charge, si vous êtes diabète, de faire le suivi, d'être au courant des informations, de demander au médecin: Mon examen de pied, là, je vais l'avoir quand? Puis ça, l'individu a besoin de demander ça, et le médecin a besoin d'avoir, sur son écran, la liste d'exactement le moment où la personne a besoin de son examen de pied. Si on arrive à faire ce type de suivi là, on va changer d'une façon dramatique le fonctionnement de notre système de santé, et c'est ça qu'on travaille, je pense, c'est ça, les énergies actuellement dans cette dynamique.

Il y a le troisième que je veux et que je dois mentionner, c'est les déterminants de la santé, parce que cet «empowerment» de l'individu est aussi la capacité de notre population, surtout montréalaise, de chercher un logement approprié, de chercher un environnement de travail sécuritaire, de chercher un environnement de transport pour que, si vous êtes cycliste, vous ne soyez pas en danger chaque fois que vous vous mettez sur votre bicyclette, là, sur les rues de Montréal. Si on ne travaille pas là-dessus comme on fait conjointement avec les municipalités, avec la ville de Montréal, on n'arrive pas et on va trouver ce cycliste à l'urgence de l'hôpital. Alors, il y a beaucoup d'efforts qui doivent être faits systématiquement en ligne presque pour en arriver à des résultats recherchés.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Bien. Merci. M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: Merci, M. le Président. Eh bien, M. Levine, j'aimerais vous amener sur un autre sujet. Ça fait des années qu'on vous connaît de réputation et d'expérience, et toute votre équipe aussi, mais plus vous. Et je pense que ça fait 30 ans que vous êtes dans le secteur, quelque chose dans le genre. C'est beaucoup, c'est énorme, hein? Et, comme on dit souvent, l'expérience ne s'achète pas, elle s'acquiert, et après ça il faut s'en servir avec sagesse. Vous avez vécu différentes choses depuis que vous êtes dans le système de santé, c'est bien évident, des réformes, entre autres. Que pensez-vous de la dernière réforme du ministre de la Santé, le Dr Couillard, du

gouvernement? Et comment vous sentez-vous dans ça? Est-ce que vous êtes à l'aise à nager dans tout ça?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. Levine, est-ce que vous êtes à l'aise avec la question, surtout?

M. Paquin: ...objective et directe.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Vous pouvez demander à votre avocat, M. Levine...

Une voix: ...par la suite.

M. Levine (David): Mes préoccupations, je pense, sont assez bien connues depuis très longtemps. C'est vrai que j'ai commencé, en 1975, D.G. d'un CLSC, Saint-Louis-du-Parc, en plein milieu de l'île de Montréal, pour avoir... à 25 ans, être nommé D.G. et de vivre cette expérience dans un milieu immigrant, pauvre, plusieurs langues, et de voir et comprendre les difficultés. Et c'est vrai, par la suite, j'ai été D.G. de plusieurs CH. Et le travail actuellement permet vraiment d'avoir une vision plus globale, avec mon équipe, de la mise en place d'une réforme effectivement de santé. Donc, je pense à des éléments, dans cette réforme, clés. Je pense... les éléments de prise en charge de la population, d'une approche populationnelle, sont un élément clé. Quand on a réussi à regrouper des établissements, c'est un geste structurel qui peut ou ne peut pas donner des bons résultats. Mais au moins le geste était posé, les structures existent. Maintenant, il peut rester statique ou il peut arriver réellement à faire quelque chose.

Les grands blocages actuellement, c'est le corps médical. Vous savez, en 1971, quand on a mis sur place la réforme de la santé, on a créé des CLSC. Les CLSC étaient des équipes multidisciplinaires dont on parle aujourd'hui. La seule chose qu'on fait, 35 ans plus tard, c'est de mettre en place la même chose qui a été faite en 1971 en termes de la vision. On a juste à lire le rapport Castonguay-Nepveu. Mais ça a pris tout ce temps-là et une dynamique qui est développée, de réseaux, à commencer par la résistance du corps médical, la syndicalisation du corps médical et par la suite d'une dynamique dans les CLSC, où c'était difficile d'avoir des médecins pour créer cette dynamique. Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui? On a essayé de les remettre ensemble. Mais au moins on a une volonté. Il y a une ouverture. Il y a une ouverture d'esprit. Des structures sont maintenant en place pour nous permettre de faire ça. À l'époque, une des choses qu'on a faites nous-mêmes.

Pourquoi les médecins ne travaillent pas avec des infirmières dans leur bureau? En 1971, après la Régie de l'assurance maladie, les médecins continuaient à travailler avec leurs infirmières. Les infirmières donnaient des injections d'immunisation, et le médecin envoyait une facture à la RAMQ pour être payé, pour qu'il puisse payer son infirmière. La RAMQ l'a regardé, à ce moment-là, puis a dit: Ah non, on ne paie pas le médecin si ce n'est pas le médecin qui donne l'injection. Si c'est une infirmière qui donne l'injection, on ne paie pas. Alors, les médecins ont commencé à donner des injections d'immunisation. Ils ont remercié leurs infirmières. Ils se trouvent à travailler tout seuls dans leur bureau et ils n'avaient pas des professionnels avec eux autres.

Qu'est-ce qu'on a essayé de faire aujourd'hui? On a essayé de remettre les professionnels avec les médecins pour former des équipes pour éviter d'aller à l'urgence quand tu n'as pas besoin d'aller à l'urgence. Alors, je pense que la réforme actuelle a mis sur pied des éléments structurels nécessaires. La table est mise, et il est maintenant à le travailler pour le mettre en application pour assurer une réussite.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien.

M. Paquin: ...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Pardon?

M. Paquin: Est-ce qu'il nous reste du temps?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Oui. Certainement.

M. Paquin: Bien, merci beaucoup.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il vous reste cinq minutes.

M. Paquin: C'est formidable, formidable. Question d'autre genre, M. le Président? Vous êtes d'accord avec moi que je pose une question différente que celle que je viens de poser?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il vous reste 4 min 30 s.

M. Paquin: O.K. Donc, c'est ouvert. Eh bien, non. Vous avez parlé, dans votre présentation, de GMF — c'est la grosse discussion à ce moment-ci — dans ça, de cliniques-réseaux, etc., cliniques-réseaux intégrées, et tout ça. Pour nous mais pour le commun des mortels, là, qui nous écoute, là, pouvez-vous nous faire un peu... nous expliquer quelle différence qu'il y a avec ces trois différents genres de cliniques et qu'est-ce que ça peut apporter de plus au système pour améliorer?

M. Levine (David): Les GMF, quand ils ont été conçus, étaient vraiment conçus dans la notion d'inscription de prise en charge de la population. Ils ont eu un succès à travers le Québec nettement supérieur qu'à Montréal. Je pense que les environnements étaient plus propices à ça et le nombre d'inscriptions à travers le Québec est assez élevé. C'est de créer un lien formel entre le médecin et un patient.

Puis, quand je dis formel, ça ne veut pas dire que le lien n'a pas existé avant, mais un lien formel par la suite. Mais, dans un GMF, vous avez sept, huit, neuf médecins, peut-être 10, 1 500 personnes, 15 000 de population possible. On a accordé deux infirmières. Alors, les 10 médecins travaillent avec deux infirmières puis ils travaillent uniquement auprès de leur population inscrite. Ils sont ouverts les samedi et dimanche, quatre heures, de 9 heures à 1 heure, uniquement pour leur population.

À Montréal, on a eu de la difficulté à développer des GMF. C'était une large population qui n'avait pas de lien avec leur médecin et beaucoup de sans rendez-vous. Alors, on a créé une clinique-réseau d'une dizaine de

médecins, on leur a accordé deux infirmières pareil, mais on a dit à ce groupe-là: Au lieu d'inscrire officiellement et de vous occuper uniquement de votre population inscrite, vous couvrez une population de 50 000, vos portes sont ouvertes, et vous pouvez recevoir la clientèle. Mais on a exigé qu'ils ne puissent pas avoir plus d'heures sans rendez-vous que d'heures avec rendez-vous. Alors, une des exigences.

● (11 h 10) ●

Deuxième exigence, il faut qu'il y ait la radiologie sur place pour que, quand vous faites l'évaluation, vous n'envoyiez pas le patient à une urgence, on s'en occupe dans votre environnement. Et on a eu l'opportunité de mettre sur pied les cliniques-réseaux à Montréal, dont il y a maintenant à Québec, puis je pense que la FMOQ, que j'ai rencontrée, a fait une négociation de ça dans les dernières rondes de négociations avec le ministère.

Les cliniques-réseaux intégrées, c'est un mariage entre un GMF, une clinique-réseau à laquelle vous avez l'inscription, vous avez un traitement à une population plus large, et, au lieu d'avoir deux infirmières GMF puis deux infirmières clinique-réseau, nous, on parle de 10, 12 professionnels pour travailler ensemble dans une vraie équipe. Alors, un groupe de 10, 12 médecins, on espère, va traiter 30 000 personnes inscrites, avec une équipe de professionnels de 12 personnes qui vont travailler, et une portion de l'activité faite dans nos CLSC actuellement, dans les services courants, va se déplacer vers l'activité dans une clinique-réseau intégrée avec inscription pour nous permettre un meilleur suivi. C'est la suite logique.

Pour Montréal, les barrières sont: résistance culturelle, résistance des travailleurs ancrés dans le réseau public, dans leurs CLSC, résistance du corps médical pas habitué à travailler avec des médecins, même dans le milieu universitaire. Parce que j'ai posé la question à l'Université de Montréal, à McGill tout récemment: Dans vos programmes, faites-vous, dans vos unités de médecine familiale, un environnement multidisciplinaire pour former vos médecins? La réponse était: Non, on n'a pas ça. Alors, j'ai dit: On va faire deux projets pilotes à Montréal, à laquelle... moi, je vais essayer de trouver de l'argent pour donner 10, 12 professionnels à l'intérieur d'une équipe de l'UMF et je vais leur demander de travailler à comment travailler ensemble. Parce que, si je mets 12 professionnels avec des médecins ensemble lundi matin, il vont se regarder l'un et l'autre puis ils ne savent pas quoi faire ensemble. Honnêtement, ils ne sont pas habitués à ça. Alors, si on veut développer ça, il faut absolument qu'on embarque les deux milieux universitaires et qu'on embarque la formation. Alors, c'est ça, un peu, les trois différentes structures en place qui, on espère, vont «merger» toutes dans une structure.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci beaucoup, Pr Levine. Le député de Sainte-Marie—Saint-Jacques, je pense. Oui, c'est ça?

M. Lemay: Merci. Oui, merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, allez-y, M. le député.

M. Lemay: Merci beaucoup, M. le Président. M. le directeur général, je vous salue, de même que vos

adjointes... vos collaboratrices et vos collaborateurs. Effectivement, le rôle que vous avez n'est pas simple, considérant la population montréalaise, considérant les différentes problématiques aiguës que nous vivons sur l'île de Montréal, mais ce que j'ai entendu également, c'est, disons, qu'on a encore du travail à faire pour convaincre le ministère que Montréal, c'est aussi la voiture amirale au niveau régional, au niveau de la santé, et avoir les budgets en conséquence de ce rôle-là, il y a encore un travail à faire.

J'ai trois sujets très rapides, M. le Président. Je vais revenir, moi aussi, à la santé mentale, mais je vais parler également d'itinérance et de ce qu'on appelle maintenant ITSS, en jargon peut-être un petit peu plus technique, ce qu'on appelait anciennement les MTS.

Très rapidement, ma collègue a posé la question tout à l'heure, mais je sens le besoin de revenir là-dessus. Vous avez parlé d'une fermeture de 400 lits, au niveau de la santé mentale, c'est ce qu'on a entendu tout à l'heure, une fermeture de 400 lits et qui sera envoyée au niveau des CSSS, au niveau de la première ligne. Donc, entre la fermeture et les services spécialisés en première ligne... Parce qu'on est échaudé, hein, à Montréal, avec ce qu'on appelle la «désins» maintenant, là, on est un peu échaudé, et voilà qu'on apprend qu'il y a une autre phase de désinstitutionnalisation qui va être faite pour les services de première ligne. Donc, entre les fermetures et les ouvertures de services, quand on sait qu'il n'y a presque plus de maisons de chambres dans le centre-ville entre autres, il y en a de moins en moins, année après année, il n'y a pas de soutien communautaire qui est offert aux groupes, on ne sait pas si IPAC va avoir une deuxième génération de projets importants, je vous avoue qu'une annonce comme celle-là, une réalité comme celle-là, et, je vous dirais, M. le Président, surtout pour le centre-ville et ses quartiers périphériques, c'est un petit peu inquiétant. Ça va produire de l'itinérance comme on l'a vu au courant des 20 dernières années. Donc, c'est un peu inquiétant. Je vois que vous me disiez non aux informations que j'avais, mais j'ai hâte de vous entendre là-dessus.

M. Levine (David): Je vais juste répondre à ça avant les deux autres points. J'ai mentionné que c'est 430 professionnels, qui font de la première et deuxième ligne dans nos hôpitaux psychiatriques, qu'on transfère. On ne ferme aucun lit. Il n'y a pas de fermeture de lits dans nos environnements psychiatriques. C'est parce que nos environnements psychiatriques, c'est 320 millions de dollars, à Montréal, dépensés en psychiatrie. La grande majorité — et ça, c'est une des raisons pour lesquelles Montréal est dite lourde en santé mentale, c'est parce qu'on a Hippolyte-Lafontaine, Rivière-des-Prairies... Douglas, on a le... Albert-Prévost, il y a des environnements très lourds.

Mme Harel: Vous confirmez qu'il n'y aura pas de fermeture de lits, aucune fermeture de lits?

M. Levine (David): Non. Il n'y a pas...

Mme Harel: Le plan d'action parle de fermeture de 400 lits. Il n'y a aucune fermeture de lits?

M. Côté (Louis): C'est parce qu'il faut... Il y a des fermetures de lits, mais le chiffre de 400 dans le fond est trompeur. Donc, il faudrait se démêler. C'est que, là, dans la phase I de nos travaux, on touche uniquement les services de première et deuxième ligne. Si je prends l'exemple des services aux adultes, c'est alentour de 93 millions sur le 300 millions qu'on dépense en santé mentale. Et l'objectif, c'est de s'assurer, dans les 12 CSSS de Montréal, où aujourd'hui il y a à peu près une centaine de travailleurs, qu'en première ligne on puisse avoir à terme les ressources nécessaires pour être capable d'offrir les services de première ligne en santé mentale à Montréal. Ce qui se produit, aujourd'hui, en santé mentale: 52 % des gens à Montréal qui consomment des services en santé mentale ne sont uniquement vus que par des omnipraticiens. Une autre partie ne sont uniquement vus que par les employés des CLSC qui sont, aujourd'hui, dans les centres de santé et de services sociaux.

Mme Harel: Est-ce qu'il y a, dans votre plan d'action, de la fermeture de lits? C'est ça, la question.

M. Côté (Louis): Oui. Mais pas 400. Il n'y a pas 400 lits.

M. Levine (David): Non. Puis ça, ce n'est pas dans la phase I du déplacement du premier. Je pensais que vous faisiez référence au chiffre 400 que j'ai dit, de la main-d'oeuvre.

M. Lemay: Non, non, non, je parlais effectivement, dans le plan d'action... C'est parce que, qu'il y ait des ressources en première ligne, je pense que la question n'est pas là. La question est de savoir... S'il y a une fermeture de lits, ça veut dire que des gens vont se retrouver ailleurs au niveau des institutions psychiatriques. Donc, ces gens-là vont se retrouver où? Ce n'est pas de savoir si les budgets vont être mis en première ligne, s'il va y avoir un support. Le programme IPAC, encore une fois, on ne sait pas s'il va être refait par le gouvernement fédéral. Il y a de moins en moins de maisons de chambres dans le centre-ville. Tout ça fait dans un contexte qui est inquiétant, M. le Président, ce n'est pas nécessairement la décision qui est inquiétante, elle est inquiétante dans le contexte actuel, d'autant plus qu'on apprend — et c'est marqué dans votre document — que l'urgence psychiatrique de Saint-Luc va être fermée au profit... va être transférée à Notre-Dame.

Alors, dans tout ce contexte-là, est-ce que vous avez soupesé les décisions? Saint-Luc, je ne sais pas comment ça fait d'années qu'il y a une urgence psychiatrique. On sait que les problématiques très aiguës du centre-ville sont gérées par Saint-Luc. Puis c'est indiqué noir sur blanc dans votre document que ces gens-là vont être transférés à Notre-Dame. J'imagine que vous avez soupesé, vous avez analysé le transfert que vous allez faire.

M. Côté (Louis): Regardez, peut-être pour répondre précisément à votre question parce qu'il y a beaucoup de chiffres là-dedans. Au niveau des services aux adultes, actuellement, pour l'hospitalisation pour les soins de deuxième ligne à Montréal, on a 698 lits dressés, et il est prévu... dans l'opération des transferts pour équiper les CSSS en première ligne, il y a 58 lits qui

seraient fermés et 278 intervenants qui seraient transférés en première ligne. Je parle pour les services au niveau des adultes, donc. Et ça, c'est la phase I des travaux.

Ce qu'on va faire entre maintenant puis un jour J, c'est de tout faire la préparation de ce transfert-là parce qu'il faut faire tout ça en relation avec les règles des relations de travail, mettre sur pied les systèmes de psychiatres répondants, préparer le plan de communication. Donc, on a pour pratiquement 12 mois de préparation à cette réforme-là qui est la phase I de la réforme en santé mentale à Montréal. Et c'est une réforme qui ressemble à la réforme des services sociaux d'il y a quelques années, dans le fond, où on se retrouve avec une première ligne actuellement qui est inefficace. Les médecins n'ont pas de support, on a besoin de 400 personnes en première ligne, il y en a 100 aujourd'hui.

Dans nos hôpitaux psychiatriques, on fait à la fois de la première, de la deuxième, de la troisième ligne, et c'est tout relativement mélangé. C'est un héritage historique, à Montréal, parce que le développement des services de santé mentale en première ligne à Montréal s'est fait lors de crises ponctuelles qui sont arrivées au cours des années. Il y a eu le plan de Mme Lavoie-Roux, en 1984, il y a eu, à un moment donné, une tutelle à Louis-H.-Lafontaine, et ça s'est fait comme ça, à la pièce, je dirais, au fil des années, l'organisation de la première ligne en santé mentale à Montréal.

● (11 h 20) ●

Là, cette fois-ci, on veut organiser vraiment la première ligne en santé mentale, d'une part. Et les ressources sur lesquelles on travaille actuellement, c'est à peu près un tiers de l'ensemble du budget de santé mentale où on fait un partage dans le fond entre les hôpitaux et les CSSS pour ce qui est de la première et de la deuxième ligne. Il reste 200 millions que, dans la phase I, on n'a pas statué sur qu'est-ce qui arrivera. Donc, on va entreprendre, à l'automne, des consultations additionnelles sur la phase II et, là, à la phase II, on va se poser des questions justement qui vont toucher les problématiques que vous mentionnez, M. le député: Comment on va organiser le suivi, dans la communauté, aux personnes qui ont des maladies mentales sévères? Comment on va organiser le suivi intensif variable? Comment on va organiser, dans le futur, à Montréal, l'hébergement, les ressources communautaires pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale?

Donc, pour les prochains mois, on va entreprendre des consultations à Montréal pour savoir comment on va organiser les services spécialisés et les services de soutien dans la communauté aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale, et notre plan... et notre tête n'est pas faite pour les services dans la communauté, les services d'hébergement et les services de suivi intensif.

Ce qu'on a fait comme plan actuellement, c'est uniquement comment on va organiser la première ligne et la deuxième ligne de base, qu'est-ce qu'un département de psychiatrie va offrir comme services de base en deuxième ligne. Là, il reste à traiter les autres sujets et le plan n'est pas fait. Et on a une troisième phase de planification où on va s'intéresser à la question de l'itinérance, notamment la question de l'itinérance, les problèmes... les gens qui ont des comorbidités, c'est-à-dire,

par exemple, toxicomanie avec problèmes de santé mentale. Ce qui fait que ce qui est sur la table actuellement, c'est comme un tiers de notre plan. Il n'est pas encore opérationnel parce qu'il y a beaucoup de travaux à faire avant de le rendre effectif. À la phase II, on va travailler, d'ici le printemps prochain, avec des consultations qui auront lieu dans la communauté avant de faire notre plan. Et la phase III va suivre la phase II. Donc, il y a beaucoup d'espace encore, dans le fond, pour discuter de comment on va organiser les dispositifs en santé mentale, et on ne touche pas, à ce moment-ci, à ces éléments-là.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Question qui se répond par oui ou par non.

M. Lemay: Est-ce que l'urgence psychosociale, psychiatrique de Saint-Luc va effectivement fermer dans les prochaines semaines pour être transférée à l'Hôpital Notre-Dame?

Une voix: Oui ou non.

M. Côté (Louis): Actuellement, bien, moi, je vous dirais que ça se peut que ce soit une décision que le CHUM prenne dans la perspective future, parce que le CHUM... le CHUM 2010, je ne sais pas si on peut l'appeler comme ça maintenant, le CHUM 2010... mais le projet de construction du nouveau CHUM... Le CHUM se positionne, dans le futur, dans des soins ultraspecialisés en santé mentale, et on sait que l'Hôpital Notre-Dame devrait être intégré dans le CSSS Jeanne-Mance, incluant, je vous dirais, presque les deux tiers des responsabilités des ressources dans le domaine de la psychiatrie qui, aujourd'hui, sont exercées au CHUM. Le CHUM, dans le futur, va s'intéresser à des programmes de niveau tertiaire seulement, en psychiatrie pour l'essentiel, et c'est le CSSS Jeanne-Mance qui va prendre le relais.

M. Levine (David): Pour l'immédiat, Louise va répondre, parce qu'effectivement il y a des «moves» dans le CHUM, dans leur propre réorganisation, immédiats, qui ne touchent pas le grand changement 2010.

M. Lemay: Mais qui ont des conséquences sur l'agence.

Mme Massicotte (Louise): C'est-à-dire que le CHUM réorganise son offre de services pour concentrer ses services de psychiatrie à Notre-Dame, donc ce n'est pas qu'il ferme l'activité, c'est qu'il y a une concentration, et ça fait partie de leur planification vers 2010.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci. Nous passons maintenant à un autre bloc du côté ministériel, pour un bloc de 15 minutes. M. le député d'Orford.

M. Reid: Merci beaucoup. Moi aussi, je voudrais saluer les succès de votre équipe, M. Levine. J'ai quelques questions. Une première qui continue sur une question qui a été posée avant, sur les GMF. J'ai annoncé, dans mon comté, la création d'un deuxième GMF, et on a fait bien attention, dans cette deuxième

annonce, de ne pas donner l'impression — ce qu'on avait mal fait la première fois — qu'on allait augmenter le nombre de places pour les médecins de famille, alors qu'on n'augmente pas le nombre de médecins.

Et je ne lis pas exactement ça, mais, dans le texte, on dit: «La mise sur pied de cliniques-réseaux intégrées, dont nous parlerons plus loin, devrait aussi permettre d'accroître l'accès à un médecin de famille notamment pour les clientèles vulnérables ou à risque.» En général, ce que j'ai compris, moi, c'est qu'on facilitait le fait qu'il y ait des médecins qui partent à la retraite ou qui diminuent, et on peut continuer à servir la même population avec des médecins de famille existant si tout le monde s'inscrit, mais l'augmentation des inscriptions paraît assez difficile.

Et, dans la même question, on me dit que, dans les régions en général, si ma mémoire est bonne, le taux optimal était de 65 %, 75 % de personnes qui sont inscrites ou en tout cas qui ont un médecin de famille, les autres peuvent facilement avoir les services dont ils ont besoin en sans rendez-vous. Est-ce que c'est la même chose à Montréal où est-ce qu'on est dans ce même type de données?

M. Levine (David): La réponse, et j'ai mentionné une petite portion de cette réponse: Nos médecins, dans un GMF, ont le mandat, pour un équivalent temps complet, d'inscrire 1 500 personnes. Et ça, c'est à peu près le taux, et même c'est en bas de ça, sur une grande portion, surtout à Montréal. Dans un réseau intégré où vous avez des professionnels pour aider et supporter les médecins, ces chiffres, pour nos calculs, sont à 2 000 par médecin et, dans des autres environnements où on a vu le même processus, 2 600. Nous, on va commencer, conservateurs, à 2 000. Dans ce sens-là, ça permet une croissance de presque 33 % — 500 sur 1 500 — de plus de capacité du médecin. Comment il fait ça? Si un médecin traite un diabète mais il a une infirmière pour lui aider, lui peut voir plus de clients diabète, mais le suivi, l'éducation, les tests, examens et évaluations sont faits par l'infirmière. Et c'est dans ce mariage-là qu'on espère augmenter leur capacité dans l'immédiat avant que les places supplémentaires qui ont été accordées en milieu de formation donnent des résultats.

M. Reid: D'accord. Donc, le nombre de professionnels aide beaucoup de ce côté-là?

M. Levine (David): Exact.

M. Reid: Je vais parler à Michel Baron dans ma région. Moi, je voudrais revenir aussi sur une autre question de mon collègue concernant ce que vous avez appelé la révolution tranquille. Et je ne veux pas vous demander de commenter: Est-ce que c'est la réforme du ministre qui a fait ça? Mais, moi, ma perception... Moi, je suis depuis toujours, et comme professeur en gestion, comme administrateur, etc., un fervent défenseur et promoteur de la décentralisation. Mon impression, ça a été que ce que nous avons fait depuis 2003, ça a été notamment... On a mis de l'argent, bien sûr, mais notamment c'est de donner plus de place à une décentralisation, de donner plus de pouvoir aux gens, dans un milieu comme Montréal ou l'Estrie, pour réorganiser,

organiser les choses telles qu'eux le voient avec les problèmes. Les problèmes de Montréal, les particularités de Montréal, en santé, sont très différentes de celles de Sherbrooke, même s'il y a une faculté de médecine, ou de celles de Trois-Rivières — où il y a peut-être maintenant une formation médicale, mais il n'y en avait pas — ou de régions — Rimouski — où il n'y a pas de faculté de médecine. Je pense que, pour moi, c'est un élément très fort auquel je crois beaucoup, et j'ai l'impression que ce sera un élément qu'on retiendra dans l'histoire de la révolution tranquille en santé à Montréal. Mais est-ce que je me trompe ou est-ce qu'il y a d'autres éléments qui sont plus importants que ceux-là derrière ce que vous avez appelé la révolution culturelle?

M. Levine (David): Une décentralisation est valable dans la mesure où les receveurs ont des masses critiques pour faire quelque chose avec. De faire une décentralisation des environnements faibles, qui ne peut pas vraiment intervenir, ne permet pas une vraie décentralisation. Mais ce qu'on a réussi de faire dans la création des centres de santé, et le fait qu'on en a maintenant 12 sur l'île de Montréal, ils ont des budgets de 110 à 250 millions de dollars. Quand vous avez des budgets comme ça, pas des budgets de 11 millions dans un CLSC, ou de 12 millions, ou de 8 millions — on en avait 29 sur l'île de Montréal — quand vous avez un budget comme ça, vous avez une masse critique dans une équipe de planification, dans une capacité d'évaluer votre population, dans une capacité de regrouper des services, et c'est dans ce sens-là que nos centres de santé ont maintenant les outils nécessaires et pourquoi, nous, dans notre réorganisation, on leur donne des lits de réadaptation, on leur donne des lits d'hébergement.

Et je vous explique. Pour le moment, on fait le placement en hébergement sur toute l'île de Montréal, centralisé à l'agence. Notre intention, c'est que le placement va se faire dans chacun des 12 centres de santé, et c'est eux-mêmes qui vont gérer ce placement. Quand le code postal indique que la personne, à Notre-Dame, vient de l'est de Montréal, c'est le Centre de santé de l'est de Montréal qui va prendre la responsabilité de placement, puis non seulement la responsabilité. Si la personne n'est pas sortie de l'hôpital, c'est le centre de santé qui va être obligé de payer l'Hôpital Notre-Dame ou le CHUM pour garder la personne chez eux. Ça crée une vraie responsabilité de s'en occuper, et c'est ça, la décentralisation qui est en cours actuellement.

M. Reid: C'est très intéressant, et, si j'ai encore quelques minutes, je voudrais vous poser une question sur justement ce qui m'apparaît, moi, un outil de décentralisation. Je parle ici des ententes de gestion. Et, en entendant les gens de Québec, par exemple, qui sont venus, et d'autres, il me semble que j'ai eu l'impression, moi, que ce n'est pas du tout un outil technocratique. Enfin, c'est peut-être géré de façon technocratique, je n'en sais rien. Mais il me semble que c'est, d'abord et avant tout, un outil de responsabilisation, un outil de décentralisation et que c'est un outil qui amène justement les bénéfices de la décentralisation en termes de productivité, en termes d'à-propos, c'est-à-dire trouver les bonnes solutions pour les bons problèmes, parce qu'on est sur place. Moi, j'aimerais vous entendre sur ce

que ça amène, cette idée d'ententes de gestion. Et est-ce que c'est vraiment un outil intéressant sur le plan de la décentralisation, est-ce que ça s'insère bien dans ce que vous venez de décrire?

• (11 h 30) •

M. Levine (David): Le rôle des agences a réellement changé depuis l'époque d'être une régie, l'agence maintenant est un maillon dans les trois paliers de gestion: national, régional, local. Le local est renforcé plus fort avec les centres de santé; l'agence a maintenant un rôle de gestion. Avant, les régies avaient un rôle de conseil et de recommandation, elles n'avaient pas un rôle de gestion. Maintenant, nous, on a un rôle de gestion, et notre outil clé est l'entente de gestion. Sans l'entente de gestion, on ne pourrait pas gérer notre réseau.

À 5,2 milliards de dollars, on négocie 91 ententes de gestion, négociées par des équipes qui définissent, dans l'entente de gestion, les volumes d'activité. Mais, nous, pour rendre l'entente de gestion un outil très vivant, très dynamique, on inclut, dans l'entente de gestion, la vision de l'organisation, leurs espoirs, leur planning stratégique, puis on veut que l'entente de gestion devienne l'outil applicable d'un plan stratégique annuel auquel, nous, comme agence, on prend l'engagement avec l'établissement d'étudier telle chose, de supporter telle chose, de poursuivre telle orientation en même temps qu'on exige 1 300 interventions cataracte, en même temps qu'on exige 2 000 interventions chirurgie avec hospitalisation. Alors, il y a une dynamique ici fort intéressante qui nous permet de changer un mode de gestion.

Vous savez, maintenant les établissements, les hôpitaux ne peuvent pas décider eux-mêmes qu'est-ce qu'ils veulent ou ne veulent pas faire. Quand j'étais à Notre-Dame, c'est mon corps médical qui ont décidé: Il y a deux ophtalmologistes qui sont partis en année sabbatique d'étude, on fait moins de cataractes; puis on a pris un orthopédiste puis tout d'un coup on a fait plus d'orthopédie si la population avait besoin ou pas besoin, parce que ce n'était pas suivi. Aujourd'hui, ce n'est pas possible, l'entente est là, le contrat est là, et ça, je trouve, c'était un outil extrêmement précieux dans une vraie gestion de notre système de santé.

M. Reid: 30 secondes. C'est un petit commentaire. Ce que j'aime beaucoup dans votre présentation, M. Levine, c'est le fait que vous avez dit, si j'ai bien compris, que, oui, vous créez des obligations quand vous faites un contrat, mais vous vous en donnez aussi. Donc, c'est un vrai contrat avec les deux parties qui ont des choses à faire et à remplir.

M. Levine (David): Absolument.

M. Reid: Donc, ça donne confiance à ceux qui reçoivent à l'autre bout des obligations qu'ils auront des moyens, ils auront une entente, et ça, c'est très, très bon. Félicitations.

M. Levine (David): Merci beaucoup.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors...

M. Reid: Est-ce qu'on peut remettre ça à la prochaine période? Ou il y a d'autres personnes...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Vous voulez... Ah! Ou alors, est-ce qu'il y a quelqu'un du côté ministériel qui veut compléter le 15 minutes? Il reste cinq minutes maintenant.

Mme L'Écuyer: Parfait. Merci, M. le Président. Je reviens. Vous savez, tantôt les oreilles m'ont sonné un petit peu. Il a parlé de phase III itinérance en parlant de santé mentale. Est-ce que j'ai bien compris quand vous avez parlé de ça, quand vous avez parlé du plan en santé mentale, qu'il était pour y avoir des activités au niveau de l'itinérance?

Et pourquoi ça a sonné une cloche? C'est que je viens de rencontrer le regroupement national de ceux qui s'occupent de l'itinérance, et ils viennent de me déposer leur politique au niveau de l'itinérance. Et une des questions que je leur ai posée, c'est: Quels sont vos liens avec... Parce que, dans le regroupement, on a un organisme — c'étaient surtout les gens de Québec, là — qui est venu avec celui de Montréal, mais il y a un organisme communautaire qui s'occupe des mères célibataires et l'autre qui s'occupe de l'hébergement des jeunes décrocheurs. Et une des questions que j'ai demandée, c'est: Quels sont vos liens avec les établissements de santé compte tenu que ces établissements-là sont en réorganisation, compte tenu que le phénomène de l'itinérance est en augmentation de plus en plus? On a de plus en plus de jeunes. On a de plus en plus de jeunes qui sortent de notre réseau, que ce soit au niveau des centres des services sociaux, qui étaient hébergés, des fois c'est des centres de — je n'aime pas le mot — «détention», et ces jeunes-là se retrouvent dans la rue parce que les familles ne veulent rien savoir.

J'aimerais ça que vous m'en parliez un peu, de votre vision des services et des liens que vous avez avec les organismes communautaires, que ce soit la Saint-Vincent-de-Paul, ceux qui font de l'hébergement. Bon. Je sais qu'à Montréal ça a toutes sortes de noms, là, ceux qui hébergent des...

Une voix: Old Mission Brewery.

Mme L'Écuyer: Old Mission Brewery, ces choses-là. Quels sont les liens de l'ensemble, surtout des nouveaux centres de santé et des services sociaux, là, les 12 que vous avez créés? J'aimerais ça vous entendre là-dessus.

M. Levine (David): Je vais demander à M. Côté et Mme Massicotte de répondre, ils travaillent là-dessus.

Je voulais juste souligner au départ: l'itinérance n'est pas un des programmes officiels du gouvernement, ce n'est pas dans la liste des neuf programmes. Chaque fois qu'on fait des interventions en itinérance, c'est très ciblé montréalais et à laquelle il est un réel problème d'une grande ville.

Et, dans ce sens-là, et c'est fait beaucoup par le milieu communautaire, par les milieux qui ont émergé avec le temps liés à l'Église, liés à une dynamique de charité et à laquelle on a une grande responsabilité. Et, quand ces milieux n'arrivent pas, il faut combler. C'est ça qu'on fait comme activité principale. Puis je vais laisser M. Côté et Mme Massicotte vous donner quelques détails de qu'est-ce qu'on fait dans ce milieu-là. On a trois minutes pour faire ça.

M. Côté (Louis): O.K. Mais vite fait: c'est juste que j'ai peut-être créé une confusion. Ce que je veux dire, c'est que la phase III, c'est en termes de réorganisation de la santé mentale — on est en train de revoir toute l'organisation — qu'il faut se demander pour chacun des secteurs: Est-ce qu'on doit changer des choses? En itinérance, on est très actifs, depuis des années, avec la ville de Montréal, avec le gouvernement fédéral, et ainsi de suite. Donc, Mme Massicotte va compléter.

Mme Massicotte (Louise): Oui. Mais dans le fond, essentiellement, il y a plus de 70 organismes à Montréal qui traitent de l'itinérance, qui sont regroupés autour du RAPSIM, le regroupement. Donc, à l'agence, on travaille beaucoup avec le RAPSIM pour essayer de trouver des solutions. Évidemment, plusieurs des solutions sont passées à ce jour par IPAC, et le fait qu'il y ait une continuité du programme IPAC jusqu'en mars 2007 nous donne un coup de pouce.

Mais, autrement que ça, quand il faut combler des lacunes de ce programme-là, il faut aller les chercher soit en santé mentale, soit en jeunesse, soit en dépendance, parce que la structure d'allocation budgétaire maintenant passe par les neuf programmes clientèles. Et je sais que ces gens-là souhaiteraient qu'on introduise une notion d'un 10^e programme clientèle pour être reconnus à juste titre. Et effectivement c'est quelque chose qui nous pose des difficultés de façon continue, parce que les gens en santé mentale n'acceptent pas forcément qu'on prenne de l'argent pour l'itinérance; en jeunesse, qu'on ne développe pas le secteur jeunesse à cause des jeunes itinérants. Donc, c'est un secteur qui nécessite beaucoup d'arbitrage puis de conciliation. Mais on est très chanceux de pouvoir travailler avec le RAPSIM et avec Santé publique pour toutes les mesures intersectorielles qui sont préconisées avec la ville, et les CSSS sont aussi très engagés dans cette démarche-là.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Une dernière question oui ou non.

Mme L'Écuyer: Oui ou non. Je comprends que les programmes, là... Si on prend de l'argent parce que les organismes communautaires s'occupent des jeunes itinérants, le programme jeunesse va réagir. Est-ce que vous avez une façon de comptabiliser combien on en a, de ces jeunes itinérants là, qui sont desservis par les organismes communautaires, combien on a de mères célibataires qui sont en errance, pour dans le fond voir si on doit arriver à une politique d'itinérance finalement où ils n'ont pas... — je les comprends d'être inquiets, là, IPAC va peut-être disparaître, là, et c'est une de leurs pré-occupations — plutôt que d'être obligés d'aller négocier programme par programme pour avoir des argent, là.

Mme Massicotte (Louise): Bien, je dirais qu'on n'a pas... Compte tenu que ce n'est pas un programme, on n'a pas un ensemble de données qui sont dûment comptabilisées pour ce secteur-là d'activité. Mais on sait cependant qu'on a plus de 30 000 personnes qui sont des personnes considérées itinérantes, et on pourrait facilement dégager... Parce que, quand on va chercher l'argent dans le programme jeunesse, c'est parce qu'on veut s'adresser aux jeunes itinérants. Quand on va en santé

mentale, c'est des gens dont on reconnaît qu'ils ont des problèmes d'isolement, des problèmes de... Bon. Alors, ce serait assez facile de le faire, mais ce n'est pas automatique.

Mme L'Écuyer: O.K., merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci bien. La parole est maintenant à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve.

Mme Harel: Je vais être très, très brève. Je voudrais simplement une réponse avant que ma collègue de Rimouski intervienne. L'hébergement, la concentration de personnes très vulnérables, en grande difficulté à cause de toutes ces problématiques, là, dans un lieu d'hébergement comme ceux que l'on connaît à Montréal, est-ce qu'il y a un soutien communautaire? Auparavant, l'agence octroyait 1 000 \$ par année par porte, comme on dit, mais ça n'existe plus depuis, je pense, mars 2004 ou 2005. Quand est-ce que ça va reprendre? Et peut-on imaginer de l'hébergement en désinstitutionnalisation sans support communautaire lorsqu'il y a concentration?

• (11 h 40) •

Mme Massicotte (Louise): Je dirais qu'à ce jour ce qu'on a fait cette année, c'est que, plutôt que de disperser des sommes, on a concentré sur deux centres de santé — de la Montagne et Jeanne-Mance — le fait d'investir une personne qui travaille avec les refuges et qui travaille avec les milieux d'hébergement auprès de ces personnes-là pour que ça devienne des gens très bien connus du centre de santé et qu'on puisse mieux organiser les services autour de ces personnes-là. C'est ce que nous avons fait, cette année, avec les ressources que nous avions, et nous avons fait ce choix-là de mettre deux intervenants.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci. Mme la députée de Rimouski, s'il vous plaît.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président. Bienvenue, madame et messieurs. Je ferais un commentaire, c'est que, à la lumière des documents que vous nous avez fournis, honnêtement j'ai le sentiment que les services sociaux sont le parent pauvre, d'une part. Et, d'une part, je ne retrouve pas de données sur plusieurs problématiques qui pourraient nous permettre d'avoir un portrait de la situation actuelle. Et ça, je trouve ça quand même inquiétant, parce que vous nous faites connaître vos intentions de réorganisation et de réaménagement, et enfin... et on ne connaît pas à partir de quelle base vous partez pour vous réorienter compte tenu des objectifs et des cibles que vous vous donnez. Il faudrait peut-être connaître l'état actuel aussi de ces différentes problématiques là; je pense entre autres à la toxicomanie. Honnêtement, il n'y aucune donnée significative qui est disponible, là, pour 2005-2006.

Et ma première question, c'est: Pourquoi n'avons-vous pas de données sur la toxicomanie? Ça, c'est la première des questions, mais je vais vous en donner plus tard. Vous n'êtes pas sans savoir que le Centre jeunesse de Montréal a sorti son bilan. Et, à la page — je ne sais pas quelle page, là, ce n'est pas numéroté, mais peu importe — 9, je pense, ou le tableau 9, on parle des cas de négligence, hein, qui ont augmenté beaucoup. Et on

dit que 63 % des situations évaluées — des situations de négligence — la cause principale de ces négligences-là était des cas de toxicomanie chez les parents. Moi, je voudrais savoir, du 25 millions que vous dites accorder dans votre budget — parce que vous dites que vous accordez 25 millions à la toxicomanie — combien est consacré au support, au soutien de ces parents de jeunes enfants qui sont pris en charge par la DPJ. Parce que vous savez que la nouvelle loi sur la DPJ, c'est très sérieux, là. Si un parent perd son enfant pour un placement, hein, le cumul des placements fait que rapidement on peut perdre son enfant. Alors, si on n'a pas de soutien pour le parent, ça me soulève des questions.

Et, dans un autre ordre d'idées, les organismes communautaires reçoivent des sous aussi — dans le domaine de la toxicomanie toujours. Et ce qui est frappant, avec les données qu'on a réussi à trouver, c'est que la région de la Mauricie, les organismes communautaires reçoivent pour 1 168 440 \$; celle des Laurentides, c'est 680 625 \$; et Montréal, pour les organismes communautaires, si on enlève Jean-Lapointe, là — parce que Jean-Lapointe a quand même au-delà de 2 millions, presque 3 millions — c'est 658 726 \$ qui est consacré aux organismes communautaires qui offrent des services, soit de l'écoute, ou font de la prévention, de la sensibilisation, offrent même des services de traitement à l'externe comme à l'interne. Et je m'aperçois qu'il n'y a pas beaucoup de sous, alors que l'on sait très bien que les organismes communautaires sont fondamentaux comme soutien pour la réinsertion sociale.

Alors, je voudrais savoir combien d'argent est consacré à la réinsertion sociale des toxicomanes une fois qu'ils ont suivi un traitement, parce qu'on sait que ce n'est pas tout, le traitement, que la réinsertion sociale, c'est ça qui va faire foi du reste. Et je voudrais savoir qui paie pour les traitements en toxicomanie, parce qu'on sait très bien que les durées de traitement, entre autres à Jean-Lapointe, là, c'est un exemple, ça dure de 21 à 28 jours. Il y a très peu de places, hein, c'est 45 résidents, imaginez, pour la région de Montréal, quand on sait que Jean-Lapointe ne reçoit pas seulement des gens de Montréal et de la région mais de l'ensemble du Québec. Et, moi, j'aimerais savoir combien de places, dans ces centres de traitement là, sont réservées pour les bénéficiaires de l'aide sociale. Parce que ces gens-là n'ont pas nécessairement les sous, ils ont la problématique, mais qui paie pour eux?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Est-ce qu'on peut répondre à cette série de questions, Mme la députée de Rimouski?

Mme Charest (Rimouski): Oui. J'en aurai d'autres plus tard. Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Si on a le temps.

Mme Charest (Rimouski): Oui.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, très bien.

M. Levine (David): Je vais sûrement passer la parole à Mme Massicotte qui va vous donner les détails

sur les quatre questions, organiser... toxicomanie, si je ne me trompe pas, les données et l'exactitude des données et leur disponibilité. Je pense que la réponse, juste ce volet-là, est assez claire.

Mme Massicotte (Louise): Bien, c'est ça, c'est que les... Vous savez, on commence les ententes de gestion, et, les données, on n'a pas... on est après développer les indicateurs et la capacité de les saisir et de les obtenir des établissements. Il y a des secteurs où, quand on obtient des données à ce jour, c'est sur des systèmes nationaux, donc on les a une fois par année, et donc on peut juste agir a posteriori. Donc, on est en train de travailler avec le ministère pour développer des bons outils de gestion pour avoir l'heure juste en tout temps, ce qu'on n'a pas actuellement. Donc, c'est difficile, pour nous, d'avoir des données qui remontent aux années 2002 et 2003 parce que chaque établissement ou chaque groupe était responsable, dans la production de son rapport annuel, de nous dire ce qu'il avait offert comme services, mais n'était pas suivi dans le cadre d'une entente de gestion, et donc n'avait pas à saisir ces données-là. Donc, on est après construire le modèle qui nous permet d'avoir, dans tous les champs d'activité, une juste saisie de données.

Vous avez tout à fait raison de dire qu'il faut qu'on sache d'où on part pour savoir où on s'en va, mais, dans certains secteurs plus que dans d'autres, on part de plus loin et on n'a pas les systèmes informatiques qui nous permettent de faire de la saisie intelligente, là, de données. Donc, on y va par cueillette d'information, et progressivement on installe les systèmes, puis on fait toujours attention pour que le système qu'on installe soit un système national pour qu'il nous permette de nous comparer avec les autres régions.

Donc, je vous dirais que c'est fragile maintenant, mais c'est quelque chose duquel on est très conscient et sur lequel on travaille, là, depuis déjà deux ans, mais on ne peut pas le faire sur tous les secteurs en même temps. Donc, je vous dirais que, dans ce secteur-là, on a encore des données assez fragiles.

M. Levine (David): Sur la réponse à la deuxième partie, pour le 27 millions de dollars qui est investi, effectivement 95 % est investi en établissement. Vous avez, dans votre annexe 2.25, l'ensemble des établissements et exactement le nombre de places puis le nombre de choses qui sont utilisées dans chacun des établissements. C'est uniquement le 5 % de 27 millions de dollars qui est accordé à des groupes communautaires et le support qu'ils donnent.

Je regarde, c'est évidemment Dollard-Cormier, c'est Le Programme de Portage, c'est évidemment le Centre jeunesse de Montréal et c'est nos hôpitaux. Si je regarde le programme Centre d'accueil Programme Portage, on note ici, pour le programme adulte qu'ils ont en deux volets, internat et foyer de groupe, alors l'internat où ils sont mis à l'intérieur puis les foyers en externe, on rejoint 308 personnes en internat, 52 personnes en foyer de groupe; le programme d'adolescent, 125 jeunes; le programme de jeunes anglophones, juste là-dedans il y a 88; et le programme de troubles de santé mentale et toxicomanie, 44 personnes; il y a un programme spécifique mère-enfant.

Je vais être obligé de chercher de l'information sur votre question d'aide sociale, et qui paie puis qui ne paie pas, et comment, en aide sociale, on a combien de places plus spécifiques...

Mme Charest (Rimouski): Vous l'acheminerez au secrétariat.

M. Levine (David): ...puis je vais demander à mon adjointe, Anne-Marie Tardif, de vous fournir cette information parce que je ne l'ai pas exactement pour ce volet-là.

Mme Charest (Rimouski): L'important, c'est de l'acheminer.

M. Levine (David): Oui, oui, mais on va rajouter ça à la demande. Mais je pense que vous avez la liste des informations, dans l'utilisation des espaces et des lits, dans ce document.

Mme Charest (Rimouski): Ça, c'est des... Portage, c'est communautaire aussi?

M. Levine (David): C'est ça.

Mme Charest (Rimouski): Alors, là vous dites qu'il y a un budget d'environ 4,5 millions d'octroyé à Portage.

M. Levine (David): À Portage...

Mme Charest (Rimouski): On va prendre cet exemple-là. Eux, ils donnent des traitements.

M. Levine (David): Oui.

Mme Charest (Rimouski): Là, j'ai aussi posé la question pour la réinsertion sociale. Est-ce qu'il y a quelque chose de prévu?

M. Côté (Louis): Regardez dans le... C'est sûr que c'est en évolution, en démarrage, mais prenez la problématique où vous mentionniez des mères ou des parents dans le fond qui sont toxicomanes et qui ont des jeunes enfants. Il y a un projet pilote, qui est actuellement déployé au Portage, qui vise 25 jeunes mères toxicomanes et leurs enfants. Et, dans ça, il y a une partie réadaptation, une partie réinsertion sociale et une partie suivi dans le milieu, mais c'est un programme qui est, entre guillemets, on peut dire, en démarrage parce que c'est un programme qui est pilote.

Mme Charest (Rimouski): Qui n'existait pas, que vous êtes en train d'expérimenter?

• (11 h 50) •

M. Côté (Louis): C'est ça, qui est en expérimentation au Portage, mais qui vise exactement la problématique que vous mentionniez, qui n'était pas si connue que ça ou pas aussi clairement que... Ce que vous avez mentionné dans le rapport des centres jeunesse, c'est de mettre le doigt sur le fait qu'une bonne partie de la négligence parentale est reliée à des problèmes de toxicomanie et souvent ça va être relié à

des problèmes de santé mentale aussi. Et ça, bien c'est un pas dans la direction de développer une réponse à ça, ce que Le Portage fait. Évidemment, un projet pilote, habituellement tu vas te demander si ça fonctionne bien, comment tu passes d'un projet pilote à l'introduire dans le service régulier.

M. Levine (David): C'est ça. Dans votre document, vous notez aussi, au Centre Dollard-Cormier, à la section Services aux parents, il y a un service individuel de groupe pour améliorer les compétences parentales et assurer une meilleure compréhension de la consommation de jeunes. Alors, c'est aux parents qui ont des enfants qui ont des problèmes d'alcool, mais souvent c'est ces parents eux-mêmes qui ont un problème d'alcool. Parce que ce n'est pas distinct normalement dans la famille. C'est les enfants qui voient les parents dans cette voie-là. Alors ça, c'est un programme que Dollard-Cormier met en place aussi pour les parents.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Oui, Mme Massicotte?

Mme Massicotte (Louise): Je voulais juste vous dire qu'effectivement je ne l'ai pas sous la main, mais, quand on fait référence aux organismes communautaires, les 14 organismes pour 1,1 million, on pourrait vous fournir, si vous voulez, la liste de ces organismes-là et leur financement parce que... Vous l'avez? D'accord.

Mme Charest (Rimouski): Enfin, ce que j'ai, moi, ici, Alcoolisme et autres toxicomanies, là, pour les organismes communautaires... Et ça, ils sont financés par le SOC, ils ne sont pas financés par l'enveloppe Toxicomanes.

Mme Massicotte (Louise): C'est-à-dire que l'enveloppe du SOC, c'est une... quand le financement de base est reconduit à chaque année, mais, quand il y a du développement, il provient de l'un des programmes, comme je l'expliquais tantôt, en l'occurrence, très souvent, Santé mentale ou dans ce secteur-là, et ça vient augmenter l'enveloppe du SOC ou ça vient s'ajouter au SOC pour des ententes particulières.

Mme Harel: C'est le même montant quand même: Montréal, ajout aux organismes communautaires en tenant compte de Jean-Lapointe, puis Jean-Lapointe, c'est 3 500 \$ pour trois semaines. C'est le même montant qu'en Mauricie avec des problèmes de toxicomanie bien plus importants.

M. Levine (David): Mais, dans Montréal, on a beaucoup, beaucoup plus en établissement. Et là vous avez tout à fait raison. On a beaucoup d'argent en établissement. Et il faut dire que les établissements... Encore, je fais référence à Dollard-Cormier à votre intervention. Je prends la note ici: en 2004-2005, il y a du développement de nouveaux services pour soutenir les enfants de six à 12 ans dont un des parents est toxicomane ou un des parents a un problème. Alors, c'est vraiment un programme où il faut soutenir l'enfant qui n'est pas rendu là encore, l'enfant de six à 12 ans, dans ce sens-là.

Normalement, ces activités sont faites en communautaire à l'extérieur de Montréal, et c'est pourquoi il y a un financement probablement plus élevé à ce niveau à l'extérieur de Montréal. Il était fait à Montréal à l'intérieur de nos établissements de santé. Et ça ne veut pas dire, parce que ce n'est pas donné au communautaire, qu'il n'est pas fait d'une façon adéquate ou appropriée pour la population.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, je suis désolé d'interrompre votre conversation à ce moment-ci. Nous avons terminé ce bloc de 15 minutes. Je vis le stress du «executive monkey syndrome». Je regarde l'horloge puis je suis stressé pour les gens qui posent les questions puis qui répondent, tellement je vois le temps filer. Mais c'est ça qui... C'est la loi du temps. Alors, je cède maintenant la parole et je change d'ulcère...

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bouchard, Vachon): ...avec le député de la circonscription de Saint-Jean.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paquin: Merci, M. le Président. On va tout faire pour que vous soyez le moins stressé possible.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paquin: Mais c'est unanime, M. le Président. Rebonjour de nouveau. Bien, on a parlé tantôt, chers amis, on a parlé bien sûr de GMF. On a parlé de cliniques-réseaux, cliniques-réseaux affiliées. Tout ça va dans le sens que vous souhaitez et souhaité par tout le monde, par la majorité de la population et par nous tous ici présents aussi. Et tout ça va aussi dans le même sens que, si on réussit à intégrer ces genres de cliniques là dont vous nous avez parlé, je pense que ça va être un moyen important pour désengorger nos urgences. Ça va aider énormément.

Mais, au niveau de ces urgences-là et avec toutes ces cliniques-là, parce qu'on parle de projets pilotes, comme vous avez bien expliqué tantôt... soient en fonction pour que tout le monde travaille ensemble dans l'harmonie puis qu'ils soient tous très heureux et heureuses, quel geste a été posé à Montréal pour désengorger vos urgences? Et comment ça va au niveau des urgences de Montréal? On sait qu'il y a eu des années qui ont été très pénibles et très difficiles. Puis on sait aussi qu'il y a des moments de l'année qui sont plus difficiles, bien entendu, à cause de plusieurs facteurs et sans oublier le fait que la population est vieillissante et que ça amène possiblement beaucoup plus de gens dans les urgences. J'aimerais vous entendre là-dessus: de un, comment fonctionnent les urgences à Montréal et quels gestes avez-vous posés? Quels gestes aussi avez-vous l'intention de poser pour améliorer ça?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Vous pouvez prendre votre temps, M. Levine. Ça va bien.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paquin: La prescription a porté fruit.

M. Levine (David): Il y a une multitude de facteurs. Les urgences sont historiquement un problème. Je me rappelle Mme Thérèse Lavoie-Roux, en 1986... qu'on ait nos grands problèmes. J'étais D.G. de Verdun, puis il y a eu un appel à des idées, puis j'ai lancé l'idée de l'hôpital à domicile, laquelle idée était de désengorger de l'urgence en mettant à domicile une équipe de soins à domicile suffisamment lourde pour éviter une hospitalisation et permettre littéralement d'être hospitalisé à domicile.

Alors, ce n'est pas un nouveau problème, nos problèmes d'urgence, ce programme était récupéré par nos CLSC dans les programmes intensifs de soins à domicile auxquels on a trouvé moyen de désengorger, mais c'est revenu, c'est revenu. Et la raison pour laquelle ça revient, c'est parce qu'on n'a pas, dans notre système de santé, une offre à la population pour qu'elle évite d'aller à l'urgence. Alors, dans ce sens-là, quand on arrive à une urgence, il y a, dans les protocoles d'urgence, de faire des séries de tests, les séries d'évaluation, l'investigation plus lourde qui est nettement plus lourde que si elle était dans un environnement à l'extérieur de l'hôpital ou sans rendez-vous. Quand vous avez ce protocole-là pour les médecins de l'urgence, c'est comme ça qu'ils fonctionnent. Alors, l'objectif, c'est d'éviter l'utilisation de l'urgence.

Ce qu'on fait, dans ce sens-là, est de mettre sur pied le programme que j'ai mentionné dans la réforme. Mais, dans l'immédiat, le problème... et la solution qu'on a utilisée, puis je vais passer la parole à Mme Massicotte là-dessus, c'était une gestion de lits. Nous, avec l'argent, on a vu des endroits où il y avait difficulté puis on a rajouté des lits — 10 lits, 12 lits, 15 lits — puis c'est des lits en hébergement. C'est des lits en hébergement pour permettre de désengorger des lits de l'hôpital, parce que ce qui cause des blocages... je ne parle pas du bon fonctionnement de l'urgence, ça, c'est de la gestion, mais ce qui cause le blocage, c'est vraiment un nombre de personnes en perte d'autonomie qui des fois arrivent en vague et à laquelle on n'est pas capable de répondre.

Alors, à ce moment-là, il fallait un programme flexible qui nous permette de rajouter des lits dans un court avis, désengorger l'urgence de l'hôpital, permettre à des gens de l'urgence de monter sur les étages et par la suite calmer la situation. Ça, c'était un de nos gestes importants. On a mis un gestionnaire dans chacune des urgences, on a mis une équipe à l'agence en contact avec le gestionnaire continuellement, on a mis notre équipe médicale... de parler avec le directeur de services professionnels dans chacun des hôpitaux qui doit être la personne qui gère et contrôle, parce que c'est souvent la culture médicale instaurée par nos hôpitaux. L'Hôpital juif de Montréal: une urgence probablement la plus achalandée, mais qui a mis un focus d'une gestion de l'urgence comme première priorité de l'hôpital, et tout le reste est en deuxième priorité. Des hôpitaux comme Notre-Dame, académiques, tertiaires, ils ont la difficulté de faire ça, puis les médecins gardent une priorité à l'urgence mais aussi une priorité à leur intervention élective et à leur intervention de maintenir l'activité tertiaire qu'ils font. Alors là, il y a à changer une culture, et c'est ça qu'on va essayer. Quand on fait le déménagement de CHUM, à laquelle on prévoit que Notre-Dame

reste comme un hôpital communautaire avec une urgence très occupée, ça va être un hôpital qui va mettre 100 % de leurs énergies à l'urgence, parce que c'est là où il n'ira pas en compétition avec une activité académique ultraspécialisée qu'il veut faire. Alors ça, c'était un des éléments qui arrivent. C'est la même chose pour Maisonneuve-Rosemont, pourquoi il est occupé. Je ne sais pas, Mme Massicotte, si vous avez à compléter.

● (12 heures) ●

Mme Massicotte (Louise): Bien, je dirais que, dans une autre des mesures très importantes qu'on a mise en place, c'est qu'on s'est assurés que chaque centre de santé, les 12 centres de santé qui... pas tous les 12, là, mais ceux qui sont près des hôpitaux, qu'eux dégagent quelqu'un pour aller travailler à l'urgence de l'hôpital. Donc, on appelle ça une infirmière pivot. Cette infirmière-là va à l'hôpital et travaille avec les gens de l'urgence pour connaître la population de son territoire ou des populations des autres territoires pour faire les références sur les autres territoires. Et on a financé ces infirmières-là pour faire la démonstration que, quand on fait une gestion avec l'externe, pas juste à l'interne de l'hôpital, ça donne encore de meilleurs résultats. Ça, c'est une mesure additionnelle qu'on a prise.

D'autre part, on a, à travers notre enveloppe de désengorgement des urgences, choisi aussi d'augmenter le soutien intensif à domicile. Donc, on donne plus d'argent aux CSSS pour que les gens puissent sortir de l'urgence ou d'un lit de l'hôpital pour retourner chez eux avec encore besoin d'assistance et d'accompagnement. Donc, on a une enveloppe qui est dédiée autour de ça.

J'ajouterais aussi que, cette année, de façon expérimentale, je vous dirais, là, on a mis 1,2 million pour supporter les proches aidants, donc on envoie aussi 1,2 million dans les CSSS pour que les proches aidants qui ont un parent qui sort de l'hôpital puissent être soutenus financièrement pour pouvoir rester avec leur parent ou obtenir un service du CSSS.

Donc, c'est quand même 33 millions, là, qu'on met. Cet argent-là, on a choisi de le gérer centralement. On ne donne pas l'argent ni aux hôpitaux ni aux CSSS dans leur budget, on le gère à partir de l'agence et on négocie avec chacun d'eux. S'ils mettent une infirmière, on le finance; s'ils n'en mettent pas, ils ne reçoivent pas d'argent qu'ils pourraient mettre à autre chose. Donc, on contrôle qu'il y a toujours un 33 millions qui permet des mesures adaptées à chacune des situations de chacun des hôpitaux, qui peut bouger à chacune des périodes financières ou à chaque année. Donc, il n'y a personne qui peut prendre pour acquis que, parce qu'il a fait un effort pendant deux, trois mois, ça lui a donné un financement puis qu'après il n'est pas obligé de continuer de faire le même effort.

Alors, on contrôle l'achat des places, on contrôle le soutien intensif à domicile. C'est 253 places qu'on achète en surplus pour l'hébergement, on achète aussi des places en convalescence, on achète des places en réadaptation, et c'est l'ensemble de ces mesures-là qui permettent aux gens, qui se font un plan d'action dans chacun de leurs hôpitaux avec les CSSS, maintenant de nous faire des propositions, puis après ça on mesure avec eux, on les rend... Ceux qui sont en difficulté — vous avez mentionné tantôt qu'il y en avait trois qui étaient plus en difficulté — on les rencontre au moins trois fois

dans l'année pour faire le point avec eux. Les autres, on les rencontre tous une fois par année et certains d'entre eux au moins deux fois.

M. Marcell (Michel): Il est peut-être important de souligner que certains hôpitaux, dont le CHUM, ont une part très importante de leurs patients hospitalisés qui proviennent d'ailleurs. Dans le cas du CHUM, 36 % des patients hospitalisés ne sont pas de Montréal.

M. Paquin: Ils sont de la Rive-Sud ou de la Rive-Nord ou d'ailleurs?

M. Marcell (Michel): Oui.

M. Paquin: M. le Président, on peut continuer? Il paraît que oui, il paraît que oui. Donc, j'ai bien compris quand vous avez expliqué ça, puis vous avez posé des mesures qui semblent très, très intéressantes, mais j'ai compris que bien sûr c'est une question d'argent. Mais ce n'est pas juste une question d'argent, c'est une question d'organisation, de culture, de services et de mettre l'argent au bon endroit. Parce que, si on met juste l'argent puis on le met n'importe où, on ne va nulle part, et on n'avance pas, on recule. C'est ça. Mais comment vont nos urgences maintenant à Montréal? Est-ce que les gestes que vous avez posés déjà — qui sont, je pense, très, très intéressants — ont réussi? C'est trop récent ou si ça a réussi à améliorer un peu le problème?

M. Levine (David): On a des bonnes journées, on a des mauvaises journées. Je pense qu'il faut dire de 2002-2003 il y a une amélioration importante. Dans les dernières années, après la vague d'amélioration importante, il y a une stabilité. De l'ensemble de nos 15, 12 vont bien, trois ont une difficulté en termes de réponse globale. Louise.

Mme Massicotte (Louise): Mais ce qui est intéressant, c'est de voir que dans le fond on augmente d'année en année. Si vous regardez, depuis 2003-2004, on est passés de 810 000 visites à l'urgence à 848 000 visites. Alors, même si on augmente le nombre d'inscriptions à l'urgence puis qu'on augmente aussi la moyenne des ambulances — qui sont rendues en moyenne, là, à 560 ambulances par jour, par période, comparativement à 535 à peu près en 2003-2004 — même si donc il y a une augmentation des inscriptions et il y a une augmentation des ambulances, il y a une diminution du taux d'occupation. Ça veut donc dire qu'on réussit à faire en sorte de prendre en charge plus vite les patients qui se présentent à l'urgence, à les faire circuler plus rapidement dans le système, et tout ça. Alors, on est conscients qu'on est assez stables actuellement mais en nette progression depuis 2003-2004 et qu'on se trouve à absorber l'affluence additionnelle sans se déstabiliser. Donc, de notre point de vue, globalement, ça va plutôt bien.

M. Paquin: Et du mien aussi, et, pour une deuxième fois ce matin, je dois vous féliciter de nouveau, et c'est un privilège de pouvoir le faire. C'est très intéressant d'entendre des résultats semblables. Est-ce qu'il nous reste du temps, docteur?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Vous avez le temps d'aller acheter une médaille à l'Assemblée nationale. Il vous reste...

Une voix: Docteur. Docteur.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Paquin: J'y vais de ce pas.

Une voix: Là, là!

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il vous reste trois minutes, il vous reste trois minutes, M. le député.

M. Paquin: Merci. Mais on va aborder rapidement, si vous voulez, avant d'aller... On se reprendra, par exemple, pour la suggestion, moi, je suis ouvert à ça à 200 %.

Rapidement, rapidement, vous en avez parlé un peu tantôt, on parle de chirurgie, vous avez abordé le sujet, vous en parlez dans votre présentation, je crois qu'il y a eu des questions aussi là-dessus, mais j'aimerais ça avoir un résultat ou une explication un peu globale de comment ça va dans ce secteur-là aussi. On sait que c'est un sujet de discussion majeur au Québec.

M. Levine (David): Sur la question de comment c'est, juste pour vous donner un exemple, on offrait 20 000 interventions sur cataracte à Montréal, on avait des délais qui dépassaient un an, dépassaient un an et demi. On a calculé que le besoin montréalais est autour de 28 000 cataractes, qui était quand même une augmentation de 8 000 sur 20 000. Cette année, on offre 28 800 cataractes avec les argents supplémentaires qu'on vient de recevoir. Pour des Montréalais, il y a peu d'attente. En cataracte, le problème est réglé.

En ce qui concerne chirurgie de hanche et genou, on offrait 2 400 interventions, on est rendus maintenant à 4 300 interventions, et cette capacité nous permet d'être en bas de six mois d'attente, qui est la norme médicalement requise.

Mais une chose que j'aimerais mentionner, c'est la question des attentes puis ceux des chirurgies globales avec hospitalisation: on était à 143 000 puis on va monter, avec les injections récentes, à 164 000 interventions. Alors, on arrive à une progression importante, puis le pourcentage de croissance est quand même 15 % de capacité de plus en interventions chirurgicales. Pour un réseau, surtout le réseau montréalais, c'est quand même significatif.

Importance maintenant gestion de la liste d'attente. On a un intervenant dans chacun de nos hôpitaux qui gère la liste d'attente avec des chirurgiens dans chacune des salles d'op. L'importance sur la liste d'attente: un, d'épurer la liste d'attente, d'assurer qu'une personne est toujours sur la bonne liste d'attente et pas sur deux, trois. Mais, plus important, il est essentiel qu'on peut offrir à un patient, de dire: Vous êtes inscrit avec Dr Untel mais ça va prendre sept mois avec lui, on a un autre médecin à Maisonneuve-Rosemont prêt à faire votre

intervention dans trois mois, êtes-vous prêt à transférer à un autre médecin? et que le patient dit oui puis on peut le transférer. Ce n'est pas aussi simple que je viens de le mentionner. Il y a des médecins qui ont leur liste, qui protègent leur liste, qui ne veulent pas permettre à d'autres médecins d'intervenir avec leurs patients, mais, pour le patient, ce n'est pas correct. Alors, il faut trouver moyen d'intervenir, de discuter avec le corps médical pour permettre ça parce qu'on a une obligation de garantir un délai.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci, M. Levine. Malheureusement, il n'y a pas de temps pour de nouvelles félicitations, mais je vais passer la parole à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve pour 15 minutes.

Mme Harel: Bon. Alors, moi, j'ai un commentaire, deux questions. Commentaire sur l'urgence. Deux questions, l'une sur le plan d'action à l'égard du vieillissement de la population et des personnes en perte d'autonomie — des personnes âgées en perte d'autonomie; l'autre, sur l'Hôpital Lachine.

Bon. Le commentaire sur l'urgence. À moins qu'on n'ait pas les mêmes chiffres, mais ce que j'ai, moi, de l'analyse faite par la Bibliothèque de l'Assemblée nationale, le Service de recherche et de références, c'est, à l'urgence, un taux d'occupation de 138 %; c'est une augmentation du séjour moyen sur civière d'un jour et demi en moyenne; c'est l'augmentation du séjour sur civière des personnes de 75 ans et plus de quatre jours. Alors donc, il y a là certainement des objectifs différents à se donner. Bon.

● (12 h 10) ●

La question. On a toujours eu, ici, depuis qu'on reçoit les agences en commission parlementaire, le plan d'action concernant les personnes âgées en perte d'autonomie et la réponse du sous-ministre Iglesias. On a toujours eu ça dans nos documents. Mme la secrétaire de notre commission, nous ne l'avons point reçu, n'est-ce pas? Alors, je demanderais que le secrétariat s'assure auprès de l'agence que nous le recevions comme nous en avons discuté pour toutes les autres agences. Très bien, premièrement.

Deuxièmement, le plan d'action, là, les cibles de 2 100 lits de réduction. Dans la fiche, là, qui est celle de l'annexe, là, des documents que nous avons eus et qui ont été analysés justement par le Service de recherche, on nous dit qu'il y aurait fermeture de lits, de 792 lits en centre hospitalier, n'est-ce pas? Donc, il y a 792 lits actuellement occupés par des personnes en perte d'autonomie dans les hôpitaux de Montréal. Ceci dit, il y en a beaucoup maintenant qui sont sur des civières, dans des corridors, dans les urgences aussi, n'est-ce pas? Alors, en fermant ces 792 lits de personnes qui sont en attente d'hébergement, si elles sont là, à l'hôpital, c'est pour quelle raison qu'on les garde? Si elles pouvaient retourner chez elles, on ne les garderait pas à l'hôpital à 800 \$ et plus par jour. Alors, expliquez-nous.

Ensuite de ça, le financement. Tantôt, vous avez dit: Il n'y en aura pas, de transfert, il n'y aura pas de fermeture avant qu'il y ait d'autres ressources. C'est quoi, le calendrier, hein? On veut le calendrier.

Et, deuxièmement, bien, le financement requis pour fermer les lits, ça vous rapporte 114 millions. Et

puis, pour faire tout ce que vous nous avez dit: du rehaussement de lits, des équivalents en places pour... en soutien à domicile, et tout ça, ça vous en coûte 167. Donc, il vous en manque 52. Bon. Alors, est-ce que vous avez la garantie que vous allez avoir le 52 millions? Sinon, tout ça, finalement, n'est-ce pas, c'est virtuel, d'autant plus qu'en ressources à domicile 40 % de la population des quartiers centraux de Montréal est constituée de ménages d'une seule personne. Je veux bien qu'on reste à domicile, là. Mais, quand on vit tout seul, là, ça veut dire qu'on est à... et puis qu'on est à 3 heures-soins... Tantôt, vous disiez: Actuellement, dans les hébergements de Montréal longue durée, c'est 3 heures, 2,9 quelque chose. 3 heures, là, j'en parlais avec mon whip, moi. Sa maman a 3 heures-soins, elle est paralysée, elle ne peut même pas manger elle-même, elle est comme grabataire. Alors, c'est ça, 3 heures-soins souvent, là, hein? Alors, ils vont s'en aller où, ces gens-là, quand on ferme 792 lits dans les hôpitaux et au total 2 100 comme cible du ministère? Voulez-vous répondre à ça avant qu'on parle de Lachine? Parce que Lachine, là, c'est bien important.

M. Levine (David): Oui, j'aimerais qu'on parle... puis là on va parler de Lachine, puis je vais passer ça sûrement à Louis et Mme Massicotte qui l'ont regardé, le dossier.

Premièrement, les 792 lits sont le nombre de lits en permis dans nos hôpitaux de courte durée qui était un permis pour des lits de longue durée. Peu importe le gouvernement, on a toujours dit, je me rappelle quand j'étais à Notre-Dame: On va éliminer nos lits de longue durée dans nos hôpitaux de courte durée. C'était l'objectif. Alors, il est mis dans le plan...

Mme Harel: La question est bonne, mais la réponse, c'est de savoir où les mettre.

M. Levine (David): Oui. Mais là l'idée est... Le plan, c'est un plan global. Vous avez une certaine attrition des lits pour arriver à un parc de lits — dans le document — de 10 500 lits, 3,5 heures et plus, à laquelle la moitié de ces lits ne sont même pas adéquats en termes de la lourdeur de la clientèle. On répond peut-être à 70 % des besoins ou 72 % du besoin de la clientèle. Alors ça, c'est quelque chose qui doit être réglé.

L'autre, c'est qu'on ne fait pas ça avant qu'on ouvre des places intermédiaires puis des places alternatives pour lesquelles on a de l'argent actuellement à ouvrir ces places. Et ce que j'ai demandé, c'est de l'argent intérimaire. Dans le sens que, si j'ouvre une place, pour la construction, c'est correct. Pour payer le budget, parce qu'en intermédiaire c'est 80 \$ par jour ou 90 \$ ou 100 \$ par jour par lit, pour payer le 100 \$, je n'ai pas cet argent. J'ai besoin d'un emprunt qui me permette d'ouvrir ces lits-là. Puis, quand je ferme des autres lits, parce qu'une portion de lits que je ferme dans l'hôpital, elle vaut presque 80 000 \$. Alors, quand... 70 000 \$?

Une voix: ...

M. Levine (David): Non, non, non, un lit dans l'hôpital que je ferme.

Des voix: ...

M. Levine (David): Le lit, à l'hôpital, que je ferme, si je prends un lit à Notre-Dame, est 60 000 \$. Quand j'ouvre un lit alternatif à 100 \$ qui est le maximum, c'est 36 000 \$ par année. Je prends un autre 10 000 \$ de ce lit et je rehausse un lit qui n'est pas adéquat actuellement, et ça me donne un peu d'argent extra pour ouvrir des nouveaux lits dans la communauté. Alors, pour un lit de l'hôpital que je ferme à 60 000 \$, je suis capable d'ouvrir une place à 36 000 \$, de faire du rehaussement de lit à 10 000 \$, 46 000 \$, et ça me laisse un 14 000 \$ que je combine pour ouvrir une autre place dans la communauté. C'est ça, la logique. La logique est bonne, c'est sa mise en application qui est un défi. Et la raison pour laquelle vous avez mentionné 166 000 au lieu de 114 000, c'est parce qu'il y a une réflexion, là-dedans, très claire, que ça prend 53 millions de dollars à domicile. C'est que le volet à domicile est clé dans l'ensemble de cet exercice-là. Et vous avez tout à fait raison qu'on n'est pas capables de dégager suffisamment d'argent dans notre exercice pour répondre amplement à l'ensemble des besoins. Alors, on souligne ça.

L'autre élément. Pourquoi vous n'avez pas le document, jusqu'à date, de ce plan? C'est parce qu'on a eu une demande du ministère d'envoyer ça — notre plan — au CHQ pour qu'eux fassent une validation, parce que, dans notre plan, on recommande plusieurs établissements de fermer, plusieurs établissements de fermer. Et, pour valider, on voulait demander au CHQ de faire l'étude de vétusté, de faire l'étude que réellement notre préoccupation... parce qu'eux sont les experts là-dedans, et de faire l'étude de fonctionnalité, de comprendre qu'est-ce qu'on doit investir dans ces lits-là. Et c'est ça qui est l'élément, juste pour le moment, avant qu'on peut envoyer l'ensemble du rapport complet. La composante qui nous manque, c'est le volet fonctionnel. On a le volet vétusté, ça, on l'a; c'est le volet fonctionnel... Je ne sais pas si vous avez...

Mme Massicotte (Louise): Je voudrais juste rajouter aussi que, par rapport au type de ressources qu'on va développer, dans les projets qu'on a reçus il y a beaucoup de ressources pour des clientèles qui ont des problèmes cognitifs. Alors, ces gens-là n'ont pas beaucoup besoin d'heures-soins, ils ont besoin de beaucoup d'heures d'encadrement. Et il y a beaucoup de projets que l'on reçoit maintenant où les gens sont capables, dans une petite ressource à 30 ou 40, de faire un encadrement protégé et recevoir ces gens-là et maintenir une qualité de vie intéressante pour eux.

Mme Harel: Malheureusement, on ne peut pas faire un débat ici parce qu'on n'a pas le temps, mais, à 3 heures-soins, là, ça veut dire que c'est quelqu'un même qui a des problèmes cognitifs, là, mais c'est quelqu'un qui fait de l'errance la nuit, c'est quelqu'un qui peut difficilement s'habiller seul, qui peut parfois difficilement manger seul. Là, vous êtes à 3 heures et demie de soins par jour, alors avant ça vous vouliez envoyer ça dans de l'intermédiaire. Mais ça, ça va être, je pense, à un autre lieu, j'espère, qu'on aura l'occasion de le faire.

Lachine, Lachine, Lachine: écoutez, je reçois des pétitions, des milliers de pétitions, des milliers de pétitions qu'on va devoir déposer ici... le millier de pétitionnaires plutôt... qu'on va devoir déposer ici, à

l'Assemblée, avec raison, parce que la population est mobilisée, l'opinion publique... C'est le seul hôpital francophone de l'Ouest-de-l'Île. Je veux bien croire que ville Lasalle et Verdun l'est pour le sud-ouest, mais Lachine, je regrette, c'est l'hôpital francophone de l'Ouest-de-l'Île qui dessert une bonne partie de Vaudreuil-Soulanges et même du territoire de Lakeshore. Difficile pour des francophones d'obtenir des services en français. Écoutez, énormément, énormément de courriels, énormément de témoignages d'individus à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, je reviens sur l'Hôpital de Lachine. Et Lachine, pour avoir rencontré tous les intervenants municipaux, Claude Dauphin, son maire, en premier, tous les chefs de service se disent: Mais qu'est-ce qui se passe que l'urgence... maintenant que la pénurie est résolue à l'urgence et maintenant que les listes de garde sont comblées, comment se fait-il que, pendant l'été, sans aucune consultation du corps médical, l'urgence de l'Hôpital Lachine a été totalement fermée y compris aux cas instables qu'on avait maintenus?

● (12 h 20) ●

M. Levine (David): Merci de la question, ça va me permettre de parler vraiment d'un dossier qui est l'évolution d'un centre de santé et la mise ensemble d'un service à la population. 61 % de la population de Lachine, anglophone; 39 % de la population, francophone. À Lasalle, c'est 54 % anglophone et 46 % francophone. On ne dit pas que l'Hôpital de Lasalle, ce n'est pas francophone, ça se parle français dans tous ces hôpitaux. Et, dans tous ces hôpitaux incluant le Lakeshore, ils sont tous capables d'être servis dans les deux langues, c'est un de nos engagements. Et je ne permettrais pas qu'un francophone ne peut pas être servi en français dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal ni comme un anglophone ne peut pas être servi. Quand on parle de la santé des individus, la question de langue n'est pas là, c'est une obligation. Et, à Montréal, avec la multitude de langues qu'on a, on a des services d'interprètes même pour couvrir le reste de la population.

Mais l'élément important ici, c'est de regarder l'Hôpital de Lachine, puis on a regardé ça de près dans notre analyse. L'Hôpital de Lachine a une toute petite taille. Ils ont 87 lits, ils fonctionnent avec uniquement 38 lits. Ils ne sont pas capables d'avoir une couverture médicale adéquate. Le problème de Lachine est un problème d'un hôpital qui est notre plus petite institution, d'une taille laquelle n'est pas un pôle d'attraction pour des médecins, ils n'ont pas... Ils ont un anesthésiste qui a 70 ans, qui doit couvrir 24 heures sur 24, sept jours-semaine, et qui n'arrive pas à couvrir. Tu ne peux pas garder une urgence ouverte ni un soin intensif si vous n'avez pas un anesthésiste approprié.

Je comprends l'attachement d'une population à un hôpital, mais ce qu'on a suggéré, c'est non seulement de dynamiser l'hôpital, mais de rajouter dans cet environnement un service à la population proche. L'Hôpital de Lachine dessert uniquement 25 % de la population de 60 000 personnes de Lachine. 30 % de la clientèle de Lachine vient de la Rive-Sud dans la grande majorité pour faire une cataracte, parce qu'on fait des offres de cataracte à Lachine en termes de concentration de l'activité.

Nous, ce qui est proposé par le centre de santé Lachine-Lasalle qui devrait aller à leur conseil d'administration demain soir, c'est vraiment une réorganisation, un

rehaussement. Et, dans la demande à discuter avec eux autres, ils demandent d'avoir des services de dialyse chez eux, à laquelle on peut ouvrir la dialyse à Lachine pour être capable de servir la population Lachine-Lasalle complètement.

Ils demandent d'avoir un hôpital de réadaptation auquel, dans nos plans, il y a 32 lits de l'Hôpital de Lachine convertis en 32 lits de réadaptation pour être capables d'offrir ça. Pour le moment, ils doivent se déplacer au Lindsay, au centre-ville de Montréal, pour avoir des services de réadaptation.

Au sujet du développement de chimiothérapie à Lachine comme établissement avec une couverture des médecins pour être capables d'offrir ça, il y a une demande d'avoir de l'investigation du cancer du sein avec un ensemble de services de mammo. Il y a une demande de résonnance magnétique qu'on croit nécessaire pour être capables de desservir cette clientèle.

Alors, ce qu'on fait, on regarde la question d'intégrer Lachine-Lasalle dans un seul et unique environnement médical hospitalier auquel un environnement a un certain focus d'activité...

Mme Harel: D'accord.

M. Levine (David): ...et l'autre environnement a d'autres focus d'activité. Ce n'est pas de diminuer ni d'enlever à la population rien.

Mme Harel: Alors, je pense, M. le Président, avant qu'on termine, là...

M. Levine (David): Oui?

Mme Harel: ...je voudrais rappeler ceci: C'est un hôpital communautaire.

M. Levine (David): Oui.

Mme Harel: C'est un hôpital communautaire, et la population est extrêmement mobilisée, vous le savez très bien. Vous avez investi, dans les dernières années, 5 millions de dollars pour moderniser un hôpital qui a une salle d'urgence extrêmement moderne, là, qui vient d'être rénovée, un bloc opératoire, un laboratoire doté d'équipements de haute technologie. Il y a une équipe, là, on m'a remis des listes de 115 médecins qui ont des privilèges à cet hôpital.

Il y a cette idée que finalement ce n'est pas un vrai hôpital. Cette idée-là, là, si vous saviez comment ça heurte l'opinion publique de toute cette région-là. Alors là, vous me dites: Ça va devenir finalement autre chose. Ça ne sera plus un hôpital pour la population, un hôpital communautaire.

M. Levine (David): Ce n'est pas vrai. Il va y avoir plus de médecins inscrits à cet hôpital, ils vont faire plus de chirurgies qu'ils font actuellement, ils vont être plus actifs et vont avoir plus de visites et plus d'activités dans cet hôpital. La seule chose qu'il n'y aura pas, c'est un soin intensif auquel ils ont en moyenne un patient. La seule chose qu'ils n'auront pas, c'est l'hospitalisation aiguë immédiate. Il y aura de la gériatrie, il y aura de la réadaptation, il y aura... avec la chirurgie...

Mme Harel: ...ambulatorie, vous ne faites que de l'ambulatorie, il n'y aura plus d'hospitalisation.

M. Levine (David): Il n'y en aura pas, non. Et ça, la seule hospitalisation, c'est une petite fraction de l'activité de l'Hôpital de Lachine, puis, nous, on recommande une augmentation importante de l'activité. Ils vont être capables de faire toutes les chirurgies sans hospitalisation de tout le territoire, puis pour le moment ils font juste 25 %. Ils vont être capables d'offrir à la population sur place.

Le problème dans ce dossier-là, c'est qu'on n'ait pas réussi à expliquer à la population, parce qu'il y avait un groupe de médecins, à l'Hôpital de Lachine, qui voulaient garder l'hôpital et ils voulaient le garder dans le modèle qui est connu actuellement. Je pense que le plan... puis on n'a pas reçu le plan officiel de Lachine-Lasalle, le conseil d'administration se réunit, je pense, cette semaine pour regarder l'ensemble du dossier, mais l'intérêt est un rehaussement. On est pour faire des investissements, si le plan se fait, de presque 11 millions de dollars dans l'Hôpital de Lachine. On parle ici d'un redéploiement des énergies et des ressources pour le territoire. Et ce n'est pas de diminuer et de réduire qu'est-ce que cet environnement peut faire mais de rajouter à cet environnement.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien, alors merci. Donc, nous aurons maintenant un bloc, selon les négociations syndicales qui ont eu lieu, de cinq minutes du côté ministériel et de huit minutes du côté de l'opposition. Oui, la députée de Nelligan.

Mme James: Alors, merci, M. le Président. Bonjour, M. Levine et ainsi que les gens qui vous accompagnent. On me donne seulement cinq minutes, puis, en tant que députée de Montréal et de l'Ouest-de-l'Île et fière de l'être, vous me permettez de vous poser rapidement les question que j'ai. Vous me permettez un commentaire avant tout.

J'écoutais attentivement l'échange que vous venez d'avoir avec la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, et je dois vous dire: En tant que députée de l'Ouest-de-l'Île, je dois, d'une part, m'assurer, pour les gens, les gens du Lakeshore, les gens qui travaillent très fort pendant bien des années, que, pour nous, à l'Ouest-de-l'Île, d'une part, on est fiers d'être une communauté bilingue et, moi, en tant que députée, contrairement à ce que les gens peuvent penser, d'un côté en majorité francophone, que les gens de mon comté ainsi que tous les gens qui vont recevoir un service au Lakeshore peuvent recevoir, doivent recevoir ce service et le reçoivent, ce service, en français au Lakeshore. C'est le cas, puis de laisser entendre le contraire, c'est juste faux, puis je tenais absolument à le dire et je pense que vous êtes en mesure de le confirmer.

Ce qui m'amène à ma première question. Je vais vous poser mes deux questions sur deux sujets différents pour vous permettre de peut-être faire un petit résumé et répondre aux commentaires que je vais vous faire. C'est de dire: Qu'est-ce que vous faites — enfin vous l'avez dit lorsque vous avez répondu aux commentaires de la députée — pour assurer que ça va continuer d'être le cas et pour la clientèle francophone et pour la question

d'accès aux services de santé pour la communauté anglophone? Parce qu'à mon avis, lorsqu'on parle de services de santé, c'est une obligation qu'on a de s'assurer que ces gens, peu importe la langue dans laquelle ils souhaitent s'exprimer, puissent avoir ce service-là, d'une part.

L'autre chose. J'ai eu la chance de discuter avec vous à quelques reprises de la question du financement des organismes communautaires. Je voulais vous entendre par rapport à cette équité-là. On m'en a souvent parlé notamment dans les organismes de santé mentale. On s'est rencontrés concernant la situation d'un organisme dans mon comté, le Centre Bienvenue. Je ne vous parle pas de l'enveloppe globale qui vous est donnée pour distribuer, je parle par rapport aux critères que vous avez établis pour distribuer ces fonds-là et de s'assurer de cette équité. C'est mes questions.

M. Levine (David): Trois minutes. Pour la première partie de la question, sur les services en langue anglaise puis services en langue française, vous savez qu'à Montréal on a le comité de services de langue anglaise. On vient, notre conseil d'administration, de renouveler le mandat des personnes qui sont là-dessus, un groupe qui est particulièrement vigilant sur ces questions-là. Puis on avait des désignations. Parce que maintenant, avec les centres de santé où il y a quelques établissements qui étaient désignés bilingues, maintenant on réussit d'avoir un centre de santé au complet désigné bilingue. Je pense que c'est juste en respect des besoins de la population. Vous avez tout à fait raison, on est capables de recevoir des services en français au Lakeshore, et, effectivement, la clientèle de Lakeshore, 30 % viennent de Vaudreuil. Alors, c'est un service qui est en français. Ça pose moins de problèmes maintenant sur l'île de Montréal, je pense qu'il y a une acceptation assez claire dans l'esprit de tout le monde.

En ce qui concerne l'équité, à Montréal, entre les groupes communautaires, puis ce n'est pas uniquement entre les groupes communautaires, c'est entre les 12 centres de santé, j'ai présenté, au début de mon intervention aujourd'hui, les inéquités sur l'île de Montréal, les disparités entre les différentes composantes. Et M. Côté a mentionné que, dans nos distributions budgétaires, on en tenait compte, par des indicateurs, des différentes composantes.

Historiquement, parmi des groupes communautaires — et c'est ça, notre difficulté — il y a eu des montants qui étaient accordés, des montants inégaux entre les besoins des différents groupes communautaires, et ma réponse était à l'époque, puis ça reste la même chose: Quand on a de l'argent supplémentaire dans le SOC, on va être capables de régler la question d'équité. Si j'ai uniquement l'indexation de 2 %, j'ai besoin d'indexer tout le monde et le budget qu'ils ont actuellement. Mais, si on avait du développement dans cette composante de ça, là on peut redistribuer les argents. Et vous avez tout à fait raison de la nécessité de cette redistribution, mais on arrive à être pris un peu, à cet égard. Je passe la parole à Mme Massicotte, qui fait effectivement la distribution de nos argents au milieu communautaire.

• (12 h 30) •

Mme Massicotte (Louise): Je dirais qu'on est très sensibles à cette réalité-là, et puis on a un comité

conjoint avec les représentants des groupes communautaires avec qui on travaille sur le cadre de référence pour établir les méthodes de répartition. Alors ça, on le travaille avec eux, ils participent beaucoup. Cette année, en 2006-2007, on a vraiment voulu faire du rattrapage. Non seulement on a consenti le 2 % pour l'indexation, mais, dans tous les programmes, services, on a majoritairement investi dans le communautaire. Alors, essentiellement, c'est difficile comme ça, mais, sur notre enveloppe de cette année, il y a 25 % qui va aux groupes communautaires. C'est énorme si on considère qu'habituellement on tournait plus autour du 7 %. Donc, on a voulu faire du rattrapage puis on a voulu les associer à toute la démarche de soutien aux familles, notamment. Donc, notre positionnement d'agence, c'est de dire: Le communautaire rend des services dans le soutien aux familles autant que les établissements, et il faut s'assurer de leur donner un niveau de viabilité. Donc, on a augmenté leur niveau de financement de façon importante.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci, Mme Massicotte. Alors, si vous permettez, maintenant nous allons passer au dernier bloc du côté de l'opposition. Je vais faire huit plus un parce qu'on a dépassé d'une minute du côté ministériel. Donc, nous sommes à neuf minutes du côté de l'opposition. Et là je ne serai plus capable d'ajuster après, ça va être terminé à neuf minutes.

Mme Charest (Rimouski): Merci, M. le Président.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Je vous en prie.

Mme Charest (Rimouski): Alors, j'aimerais vous entretenir de la déficience intellectuelle. À la lumière de ce que vous nous avez fourni comme renseignements, on va parler de l'évolution de l'offre de services, hein? Vous avez ça à la page... C'est l'état de situation, 2.2.3, là. Vous nous parlez des personnes en attente de services par programme, dans les CRDI, et les personnes qui ont des troubles envahissants du développement, des TED, il y a 560 personnes en tout qui sont en attente de services. Moi, j'aimerais savoir le temps d'attente, il est de combien. Est-ce que c'est six mois, 18 mois, quatre semaines, etc.? Et je voudrais savoir combien sont des enfants de moins de six ans pour lesquels il y a eu des argent supplémentaires de donnés aux CRDI pour faire de l'intervention précoce. Qu'advient des enfants de six ans et plus? Je sais que vous avez donné des services à des enfants de six ans et plus, mais, règle générale, là, une fois que ce budget non récurrent n'apparaît plus, qu'advient-il de ces enfants de six ans et plus qui ne recevront pas de services des CRDI parce qu'ils sont d'âge scolaire et qu'il n'y a pas d'argent récurrent pour cette clientèle-là?

Et je voudrais aussi savoir le nombre d'enfants en attente d'évaluation diagnostique. On sait l'importance du diagnostic, on sait aussi toute l'importance de l'intervention précoce. Vous dites qu'il y a 591 enfants et adultes en attente. Combien de ces 591 là sont des enfants, hein, on peut même dire de 18 ans et moins mais surtout, là, d'âge préscolaire, là, six ans et moins? Et je voudrais savoir, vous dites que 45 % proviennent

des régions limitrophes de Montréal: Est-ce que ce 45 % là attend plus longtemps parce qu'ils viennent des régions limitrophes, ils ne sont pas directement de votre clientèle ou si c'est la même chose, là, la même recette pour tout le monde? Et, pour les enfants de zéro à cinq ans en attente d'une intervention, d'un suivi d'intervention comportementale, il y a 108 enfants, je veux savoir les délais. Ça, je pense que c'est bien important. Ça, c'est le premier paquet de questions en regard de ce que vous nous avez fourni.

Il y a aussi toute la question des services qui sont offerts aux personnes handicapées intellectuelles, hein, qui ont une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. On sait que, pour cette clientèle, les programmes et les services ne peuvent pas être dilués, dans le sens qu'on ne peut pas donner de l'hébergement dans un bord puis donner des services spécialisés de l'autre côté, parce que l'ensemble de tous ces services-là requièrent une approche spécialisée. Et je voudrais savoir qu'est-ce que vous allez faire de tout le volet hébergement. Est-ce que vous allez le mettre carrément, pour cette clientèle-là, avec les services de première ligne ou si vous allez les maintenir avec les services de deuxième ligne, compte tenu qu'ils s'adressent à une clientèle de personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement et que l'ensemble des services, que ce soit de l'hébergement ou d'autres types de services, ça doit être étroitement associé, intrinsèquement relié? Ça, c'est une question qui nous préoccupe beaucoup.

M. Levine (David): Pour répondre à ces deux volets, je vais, dans un instant, passer la parole, mais ça me donne l'opportunité de faire un commentaire général sur l'ensemble de la question DI-TED. Dans un des quatre programmes de réorganisation que j'ai mentionnés, on a déclenché un exercice majeur avec les cinq CRDI sur l'île de Montréal pour une réévaluation complète de l'offre de services à laquelle on a formé un groupe de travail dont les parents sont impliqués, la communauté est impliquée, les milieux communautaires sont impliqués. C'est essentiel de faire cette réorganisation parce que Montréal historiquement a eu du financement dans ce secteur-là, on a eu plus de financement qu'à l'extérieur de l'île de Montréal. Dans la question d'équité, c'était un des éléments mentionnés à plusieurs reprises, c'est un milieu qui a besoin d'une réorganisation et d'avoir une plus grande efficacité et efficacité dans l'offre de services, à lequel on va être capables de faire une offre plus grande que l'offre actuellement quand il y a cette réorganisation.

Je ne me retarde pas là-dessus parce que j'aimerais répondre plus directement à vos questions et vos données. Et, si elles nous manquent, on va sûrement fournir ces données par la suite, parce que vous avez quelques questions assez précises. Louise.

Mme Massicotte (Louise): Je commencerais peut-être par votre question sur les régions périphériques. Effectivement, on pourrait vous donner une copie de la lettre, là, mais effectivement on reçoit 345 000 \$ pour les régions périphériques. Donc, les gens sont en attente et ils sont intégrés à la liste d'attente, à leur rang. Et il y a un financement qui est spécifique à

chacune des régions, en l'occurrence: Montérégie, 175 000 \$; Laurentides, 72 000 \$; Lanaudière, 28 000 \$; et Laval, 70 000 \$.

Mme Charest (Rimouski): C'est basé sur la proportion des gens que vous êtes susceptibles de recevoir.

Mme Massicotte (Louise): Exactement. Et nous travaillons actuellement avec ces régions-là qui veulent devenir autonomes pour faire leur propre évaluation, ce avec quoi nous sommes en accord, et le 345 000 \$ leur sera remis pour qu'ils puissent faire leur évaluation diagnostique. Donc, on est en transition. On leur offre le service, on prévoit leur retourner au fur et à mesure qu'ils seront capables de le faire.

Quant aux listes d'attente, je vous dirais que ce serait probablement intéressant qu'on vous envoie un document, parce qu'on a le nombre de personnes en attente en déficience, qu'on est capables de séparer du nombre de personnes spécifiquement au niveau des troubles envahissants du développement. Évidemment, ce qu'il faut faire attention, c'est que, compte tenu que ces gens-là peuvent recevoir des services résidentiels, socioprofessionnels et de soutien, on est capables de vous dire, par établissement, lesquels sont en attente de résidentiel, de socioprofessionnel et de soutien. Il faut cependant reconnaître qu'ils peuvent être en attente des trois. Donc, le total de personnes en attente n'est pas aussi grand que celui que l'on déclare, puisque ce sont des services et non pas des personnes. Mais je pourrais vous l'envoyer.

Mme Charest (Rimouski): Vous faites le cumul du temps d'attente des services pour donner le total.

Mme Massicotte (Louise): Oui. Exactement.

Mme Charest (Rimouski): O.K. Je comprends. Mais, moi, ce qui me préoccupe aussi, c'est le temps d'attente.

Mme Massicotte (Louise): Le délai d'attente. Alors, je vous dirais qu'on a la durée moyenne en jours qu'on peut vous fournir aussi si vous voulez.

Mme Charest (Rimouski): Parfait.

Mme Harel: Bon. Alors, il nous reste encore un peu de temps?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il vous reste deux minutes.

Mme Harel: Bon. Il nous reste deux minutes. Queen Elizabeth, les cliniques externes, est-ce vrai qu'elles sont louées pour des bureaux privés? Oui, elles sont louées pour des bureaux privés.

• (12 h 40) •

M. Levine (David): Effectivement, c'est un lieu qui était décomissionné du réseau de la santé. Actuellement, je sais que le CUSM veut ouvrir un centre médical avec des omnipraticiens à lequel on reçoit une demande, une clinique-réseau de la part du CUSM.

Mme Harel: D'accord. Dans une approche populationnelle — je ne veux pas résumer parce qu'il y a tellement de choses qui se sont dites — il y a un problème, disons, de dépistage du cancer du sein à Montréal, un gros problème, là, ça diminue plutôt que d'augmenter. Alors, quand on sait que trois décès sur 10, c'est le cancer, bon, il y a un gros, gros, gros problème, puis, plutôt que s'améliorer, là, ça se détériore. Puis il y a le problème de la progression évidemment des maladies vénériennes, une progression, là, qui est extrêmement inquiétante. Alors, on a l'impression parfois que, dans vos cibles, les neuf de Québec, il n'y a pas la réalité montréalaise qu'on retrouve à l'intérieur de ça, là, c'est-à-dire l'itinérance, on n'a pas... ça se vit, disons, avec plus de difficultés parce que la situation, plutôt que s'améliorer, s'aggrave.

M. Levine (David): Je vais laisser mon responsable de santé publique parce que...

Mme Harel: Je n'ose pas vous faire parler du pont de la 25. De toute façon, vous avez tout dit là-dessus.

M. Carsley (John): Peut-être, pour commencer brièvement avec le programme de dépistage du cancer du sein, c'est évident que, pour les femmes qui sont dépistées à l'intérieur du programme, on n'atteint pas nos cibles. Une des raisons principales dans notre diagnostic, c'est qu'il y a deux grandes cliniques qui ne sont pas à l'intérieur du programme. Alors, dans les objectifs pour cette année, c'est de récupérer ces deux cliniques et les désigner comme centres désignés de dépistage, et on estime que le taux de dépistage augmenterait de 23 %, pour nous donner un taux, à peu près, de 60 %. Alors, c'est évident que...

Mme Harel: Quels sont ces deux centres?

M. Carsley (John): Clinique Ville-Marie puis Royal Victoria.

Mme Harel: D'accord.

M. Carsley (John): Alors, c'est deux cliniques avec un très grand volume de dépistage qui ne se trouvent pas à l'intérieur du programme. Alors ça, il y a un côté administratif. Du côté encouragement et sensibilisation de la population, on fait, surtout cette année, des efforts très précis pour rejoindre notamment les populations multiculturelles, qui sont peut-être moins sensibilisées aux besoins de dépistage. Donc, on a toute une série pour encourager, au niveau populationnel, la demande pour le programme et, du côté professionnel, en lien avec les DRMG puis les tables locales de DRMG, pour augmenter l'offre de services par les omnipraticiens dans le réseau.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Oui. Merci, M. Carsley. Malheureusement, c'est tout le temps dont on dispose, sauf que le président a le privilège de s'octroyer tout le temps qu'il veut pour les remerciements. Alors, je remercie chacun et chacune d'entre vous de l'agence de Montréal de la contribution que

vous avez faite, ce matin, aux travaux de cette commission. Je rappelle que, tout simplement pour des fins de clarté, là, vous avez consenti à nous transmettre un certain nombre de documents, donc nous attendons ces documents à la commission.

Je remercie donc M. Marcil. Je remercie M. Carsley. Je remercie M. Côté, Mme Massicotte, M. Levine. J'ai un seul regret, c'est de ne pas avoir eu l'opportunité d'ouvrir une discussion sur ce qui arrive avec les tout-petits sur Montréal, étant donné l'objectif que vous entretenez et que les gens de la Santé publique entretiennent depuis de très, très, très nombreuses années à propos de la population des tout-petits. Ce sera pour une autre fois. J'affirme donc que la commission a sans doute accompli son mandat.

Je suspends les travaux jusqu'après les affaires courantes, après, à peu près, 15 heures, dans ce même local. Alors, merci beaucoup. Bonne route pour chez vous.

(Suspension de la séance à 12 h 44)

(Reprise à 15 h 29)

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, si vous permettez, je constate que nous avons quorum.

Consultations particulières sur le projet de loi n° 33

La Commission des affaires sociales est réunie afin de compléter ses consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 33, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Alors, un petit rappel pour indiquer qu'il faut mettre hors tension téléphones cellulaires et téléavertisseurs. Merci.

● *(15 h 30)* ●

Alors, comme on le fait habituellement, vous aurez... les invités auront... Cet après-midi, nous rencontrons le Protecteur du citoyen et le Regroupement provincial des comités des usagers. À 17 h 30 ou à peu près, on arrivera donc aux remarques finales concernant ce mandat.

Auditions (suite)

Nous recevons, pour l'heure, Mme Raymonde Saint-Germain, Protectrice du citoyen, qui nous présentera les personnes qui l'accompagnent. Vous avez 20 minutes pour présenter l'essentiel de votre mémoire, suite à quoi nous aurons des blocs d'échange avec vous. Alors, vous êtes les bienvenus. La parole est à vous.

Protecteur du citoyen

Mme Saint-Germain (Raymonde): Alors, merci, M. le Président. Effectivement, je vous présente les personnes qui m'accompagnent: à ma droite, le vice-protecteur, M. Pierre-Paul Veilleux; à ma gauche, Mme Fernande Rousseau, qui est secrétaire du Protecteur du citoyen, et Me Caroline Simard.

Alors, M. le Président, M. le ministre, mesdames et messieurs, membres de la Commission des affaires

sociales, je vous remercie de m'offrir à nouveau l'occasion d'échanger avec vous sur l'un des grands défis de notre système de santé et de services sociaux, celui d'assurer aux usagers l'accès aux services médicaux spécialisés dans un délai raisonnable.

C'est au nom de l'usager de ces services que je m'adresse à vous aujourd'hui et non à titre d'experte. Le citoyen est très peu familier avec le caractère de plus en plus technique des lois, avec les normes complexes qui en découlent et avec les structures qu'elles mettent en place en vue de mieux le servir. Ses inquiétudes et ses craintes s'expriment à travers les plaintes dont le Protecteur du citoyen est quotidiennement saisi. S'il est une chose que l'usager demande, c'est de pouvoir obtenir les traitements médicaux qui lui sont prescrits dans des délais qui, à tout le moins, ne soient pas préjudiciables à sa condition, des délais qui ne mettent en péril ni n'aggravent son état. Nous sommes ici au coeur du droit de la personne à la vie, à sa sécurité et conséquemment à des services de santé qui sont, comme le prévoit la loi, adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, dispensés avec continuité, de façon personnalisée et sécuritaire.

Le jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis nous ramène au véritable fondement d'un régime public de santé et de services sociaux, qui est d'assurer à la personne, en temps médicalement raisonnable, l'accessibilité aux services qui sont indispensables à sa santé et à son bien-être, celui aussi d'utiliser avec pertinence et rigueur les fonds publics sans cesse en hausse qui y sont consentis.

Ce jugement pose le défi du respect de deux valeurs sociales prédominantes qui en même temps caractérisent le système de santé et de services sociaux, soit l'universalité et l'accessibilité. Tout en assumant ses responsabilités, le ministre devait faire des choix en considérant un ensemble de facteurs: le cadre légal et les structures en place, les réformes récentes avec les bouleversements qui en découlent pour le personnel et les usagers, l'historique du système de santé, dont le rôle joué par les assurances privées. Il importe aussi de tenir compte de la participation déjà réelle du secteur privé dans l'offre de services.

Je me suis interrogée sur les effets pour le citoyen des changements proposés, sur l'application concrète du projet de loi, sur ce qu'il apporte de plus pour améliorer la qualité des services. Je partage également avec le ministre et les membres de cette commission le souci de la protection de l'intérêt public qui est au coeur des préoccupations en matière de santé et de services sociaux.

Mes commentaires ne portent donc pas sur la structure proposée ni sur la pertinence ou non du recours au secteur privé. Il m'importe que les usagers référés vers l'une ou l'autre des ressources pour y recevoir des services bénéficient de la même qualité et aient accès au même type de recours pour faire valoir leurs droits. Je rappelle l'importance exprimée dans la proposition du gouvernement en faveur de la préservation des valeurs du système que sont l'égalité, la liberté, la dignité et la solidarité, et ce, pour l'ensemble des citoyens.

Cela dit, en mai dernier, dans un mémoire présenté devant cette commission, je commentais la proposition

gouvernementale soumise dans le document *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*. Je formulais des recommandations afin de garantir aux usagers référés l'accès à des services de qualité, l'accès aux mêmes mécanismes de plainte, la continuité dans les services de réadaptation et de soutien à domicile dans un délai raisonnable. J'insistais sur l'importance d'une information personnalisée à l'usager. Je faisais également part de ma préoccupation d'éviter aux usagers référés des frais supplémentaires qu'ils n'auraient pas déboursés dans un établissement du réseau public. Enfin, j'invitais le ministre à corriger les écarts observés dans les différents programmes d'aide financière au déplacement des usagers, particulièrement pour ceux en provenance des régions éloignées.

Le projet de loi comporte des dispositions qui tiennent compte de plusieurs de ces recommandations. Dans les propos qui suivent, tout en les évoquant, je soulignerai au passage certains éléments du projet qui demeurent à mon avis perfectibles.

Je vous entretiendrai d'abord du contrôle de la qualité des services médicaux spécialisés dispensés à l'extérieur des hôpitaux. Plusieurs dispositions du projet de loi n° 33 édictent des obligations pour encadrer les activités cliniques exercées à l'extérieur d'un hôpital, que ce soit, par exemple, dans des centres médicaux spécialisés ou encore dans les cliniques médicales qui pourront s'associer à l'hôpital. Diverses mesures de contrôle sont prévues. Le statut juridique, la propriété, le type de services médicaux qui seront dispensés de même que la gestion des centres médicaux spécialisés avec médecins participants ou non sont précisés. Ces centres devront détenir un permis du ministre, se soumettre à un processus d'agrément et désigner un directeur médical. Le ministre pourra y faire des inspections et aussi demander un avis au Bureau du Collège des médecins sur la qualité et la sécurité des traitements médicaux spécialisés ainsi que sur la compétence professionnelle des médecins qui y travaillent.

Ces mesures vont dans le sens de notre souhait du maintien de la qualité et de la sécurité des services. Elles devraient de plus rassurer les citoyens dirigés vers ces ressources et répondre à leur attente d'y recevoir la même qualité de services que ceux qu'ils recevaient dans le réseau public. Toutefois, ces contrôles n'auront l'impact recherché que s'ils sont réellement effectués. Dans l'exercice de mes fonctions, je compte demeurer à l'écoute du niveau de satisfaction des usagers et être vigilante à l'égard de la mise en oeuvre de ces nouvelles entités médicales.

Le recours de l'usager, maintenant: deux poids, deux mesures? Un bon mécanisme de plainte est l'un des moyens de contrôle de la qualité des services, et cela vaut aussi pour l'accessibilité à des services médicaux spécialisés. J'accueille avec satisfaction l'introduction de l'article 349.3 qui rend la procédure d'examen des plaintes de l'établissement référant et le recours au Protecteur du citoyen applicables aux services rendus dans le cadre d'une entente tripartite entre cet établissement, l'agence régionale de la santé et des services sociaux et une clinique médicale associée.

La préoccupation que j'ai exprimée à cet égard dans le mémoire ne reçoit toutefois qu'une réponse partielle. Le régime d'examen des plaintes ne sera

toujours pas applicable dans son ensemble lors d'une entente de services conclue en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux entre un établissement et une clinique privée. Les usagers insatisfaits des services d'un médecin exerçant au sein d'une telle clinique n'auront d'autre alternative que de s'adresser au Collège des médecins. Il y a là deux poids, deux mesures. Le citoyen qui reçoit des services médicaux spécialisés d'un hôpital ou d'un CLSC peut, s'il n'est pas satisfait, se plaindre au médecin examinateur de l'établissement. Si ce citoyen est insatisfait de la réponse, il peut en faire part au comité de révision du centre de santé et de services sociaux, alors que le citoyen qui recevra les mêmes services d'un centre médical spécialisé n'aura pas droit à un tel recours. Son seul recours sera le Collège des médecins, où il devra se plier à un processus beaucoup plus formel, complexe et long, qui s'apparente à un processus quasi judiciaire.

Cette différence de traitement crée deux catégories d'usagers. À partir du moment où le réseau public utilise des ressources privées pour la dispensation des services, cela ne doit pas se faire au détriment des droits des usagers, dont celui de pouvoir bénéficier du régime d'examen des plaintes. Il n'y a aucun avantage, ni pour les usagers ni pour les professionnels de la santé, à être exclus ou soustraits de ce régime en général efficace, gratuit et facilement accessible. Les motifs qui ont amené le législateur à créer le recours au médecin examinateur sont toujours fondés.

Il me semble pertinent que les membres de la commission profitent des présents travaux pour corriger cette différence de traitement dont le fondement nous échappe et instaurer une véritable équité. Alors, je recommande que le régime d'examen des plaintes s'applique dans sa totalité lors d'une entente de services qui serait conclue en vertu de l'article 108 de la loi entre un établissement public et une clinique privée.

● (15 h 40) ●

J'aimerais maintenant vous parler du mécanisme central de gestion de l'accès. Ce mécanisme central qui est proposé pour gérer l'accès constitue une amélioration, à notre avis, par rapport à la situation qui prévaut pour faciliter la gestion des listes d'attente dans les hôpitaux. Cependant, les difficultés liées à la gestion du bloc opératoire, dont le manque de disponibilité des salles d'opération et des professionnels, ont aussi un impact déterminant sur les délais d'attente. Dans la gestion de l'accès aux services, je suis d'avis que les responsables ne peuvent pas occulter cet important volet du problème.

On nous informe que le ministre a l'intention de préciser les règles d'inscription de l'usager à la liste d'accès aux services spécialisés ou surspécialisés. On examinerait aussi à partir de quels critères la date prévisible de l'obtention des soins et des services est fixée et communiquée. J'insiste à nouveau sur l'importance pour le citoyen de recevoir une information pertinente sur le cheminement de sa demande. Il a le droit mais encore davantage le besoin de recevoir une information juste et personnalisée quant à la date prévisible où il obtiendra les services, tout autant que d'obtenir des réponses à ses préoccupations ou à ses inquiétudes entre-temps.

En ce qui concerne la coordination régionale des listes d'attente, le ministre nous indique qu'il explore d'autres avenues sur le plan administratif. Entre autres,

il serait de l'intention des agences régionales d'exercer une fonction de vigie. Il pourrait y avoir nomination d'un coordonnateur régional ou encore l'identification de corridors de services entre les établissements. On pourrait avoir recours aussi aux ententes de gestion. Ces mesures, si elles sont mises en place, sont de nature à répondre à notre préoccupation que chaque agence régionale puisse connaître la situation de l'attente sur son territoire, en assurer une coordination afin de respecter des délais raisonnables et, au besoin, apporter rapidement les ajustements nécessaires.

J'aimerais parler maintenant de la réponse qu'on doit apporter à une variété de besoins en services de réadaptation. Les citoyens nous font souvent part des difficultés qu'ils ont à obtenir des services post-opératoires. Ils attendent d'être pris en charge par les services de réadaptation de leur hôpital après y avoir subi une chirurgie ou avoir été opérés dans un centre hospitalier à l'extérieur de leur région. Nous recevons aussi les plaintes d'usagers qui consultent pour d'autres types de problèmes médicaux et qui sont généralement, sinon systématiquement référés à des ressources de réadaptation privées. Dans tous les cas, les délais d'attente varient selon leur capacité de payer ou encore selon qu'ils bénéficient ou non d'une couverture particulière d'assurance, que ce soit une assurance pour les accidentés du travail, pour les personnes qui conduisent des automobiles ou un régime d'assurance collective généralement lié à l'emploi.

La finalité du projet de loi est clairement d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés. À cette fin, un mécanisme central de gestion des listes d'attente sera mis en place dans les hôpitaux, et en outre on prévoit la signature d'ententes avec des cliniques médicales associées pour traiter les usagers qui sont trop longtemps en attente. En matière de services médicaux spécialisés, ces cliniques associées seront le prolongement de l'hôpital et devront également assurer les services de réadaptation à leur clientèle. Dès lors, il est prévisible qu'il faudra faire face à une demande accrue. Comme les délais d'attente sont déjà importants pour ce type de services, qui les dispensera pour un plus grand nombre de personnes qui auront été opérées ou, pour d'autres raisons, des personnes qui en auront besoin? Ni dans la proposition du gouvernement soumise à la consultation publique en avril ni dans ce projet de loi ne sont présentées des mesures spécifiques pour corriger la situation et prévoir la hausse de la demande. En mai dernier, je recommandais l'élaboration d'un plan d'action parce que l'intervention du ministère m'apparaissait nécessaire et pressante. Je réitère cette recommandation.

Certains établissements davantage proactifs trouvent des solutions pour réduire les délais d'attente en réadaptation. La plupart des établissements semblent toutefois encore démunis devant le phénomène. J'ai en tête le cas d'une citoyenne d'une région rurale qui s'est plainte parce qu'elle a dû attendre près de quatre semaines après son opération avant d'être prise en charge par les services de réadaptation de l'hôpital de sa région. Après avoir été opérée au genou dans un centre spécialisé de Québec, elle est retournée chez elle avec une prescription de deux traitements de physiothérapie par semaine. N'ayant pas de nouvelles de l'hôpital après une

semaine, elle téléphone. On lui confirme que sa demande de suivi a bien été reçue mais qu'elle doit attendre qu'un physiothérapeute la contacte pour un premier rendez-vous à son domicile. Ce ne sera que sept jours plus tard qu'elle obtiendra finalement un rendez-vous non pas pour des soins, mais pour une première évaluation de ses besoins.

Notre examen de cette plainte a confirmé les délais subis par cette dame. Les causes de cette situation sont connues: difficulté de recruter des professionnels de réadaptation, en particulier en région, manque de suivi de la liste d'attente, augmentation de la demande en raison du vieillissement de la population et gel de l'enveloppe budgétaire, qui ne permet pas de combler les postes à 100 %.

Nous avons également constaté les mesures de redressement déployées pour diminuer ces délais d'attente. Le centre de santé et de services sociaux a d'abord fait une étude sur la réorganisation des services. Il s'est doté d'un plan d'action pour mieux contrôler et résorber les listes d'attente. Il a développé un plan de réorganisation des services suivant les types de clientèle: les enfants, les usagers de la clinique externe, les personnes hospitalisées, celles en hébergement adapté, celles à domicile et les personnes âgées. Les horaires de travail ont été revus en fonction des nouvelles priorités. Le centre prévoit contacter tous les responsables de chirurgie des hôpitaux sur son territoire pour planifier les interventions en postchirurgie et en réadaptation. Une entente a été conclue avec le centre hospitalier régional pour recevoir une clientèle particulière pendant une durée déterminée. Cet exemple illustre l'action qu'un établissement peut de lui-même entreprendre pour corriger la situation.

Nous constatons par contre, dans la plupart des plaintes que nous traitons, que la situation des usagers qui consultent pour des services en réadaptation à la clinique externe du centre hospitalier, c'est-à-dire qui ne sont pas en suivi après leur hospitalisation, est plus préoccupante. Par exemple, dans d'autres dossiers que nous avons examinés, les usagers ont été informés que les services de réadaptation de l'établissement étaient offerts prioritairement à la clientèle hospitalisée et à celles qui nécessitent des traitements dès après leur opération. Comme les délais d'attente étaient de plus d'un an, ces usagers ont été référés vers des cliniques privées où, n'étant pas assurés, ils ont dû assumer le coût des services.

Il est prévisible que la mise en oeuvre du projet de loi accentuera la demande des services de réadaptation. Je soumets que différents moyens pourraient être explorés pour assurer la disponibilité, en temps opportun, de ces services partout au Québec. À cet effet, un plan d'action ministériel pourrait être élaboré. Suivant les régions, ce plan devrait formuler des conditions particulières pour attirer et retenir la main-d'oeuvre spécialisée dans les établissements publics ou identifier des corridors de services entre établissements là où les délais d'accès sont déraisonnables. La proposition de la fédération des physiothérapeutes du Québec devant cette commission de faire des ententes-cadres assurant une complémentarité de services entre les cliniques privées de physiothérapie et le réseau d'établissements publics m'apparaît aussi être une voie à explorer. Je

recommande donc que le ministère de la Santé et des Services sociaux élabore et adopte, en concertation avec les instances concernées, un plan d'action pour remédier aux difficultés d'accès aux services de réadaptation. Ce plan devrait assurer une prise en charge des usagers qui soit fondée sur leurs besoins réels, sans égard au régime qui assume le coût de ces services.

En terminant, je souhaite vous faire part de mon impression générale lorsque j'ai pris connaissance de ce projet de loi qui ajoute de nouvelles structures au système de santé et de services sociaux, de nouvelles structures, de nouvelles normes qui accroissent la complexité toujours plus grande du système. J'appuie la proposition de sensibiliser les citoyens à une meilleure utilisation des services de santé et des services sociaux. Je suis d'avis que le fait de disposer d'une information pertinente et accessible constitue un préalable essentiel à la participation du grand nombre de citoyens à cet effort collectif qu'est l'amélioration de la santé et du bien-être.

Je soumets toutefois qu'il y a encore place à la créativité et à la simplification pour leur expliquer le fonctionnement du système appelé à les servir. Plus près d'eux, certes, l'information doit porter sur les droits qui leur sont reconnus et les services offerts. Et j'estime que l'information aux citoyens doit aussi porter sur les réponses à leurs préoccupations de base. Où et à qui doivent-ils s'adresser? Comment peuvent-ils le faire? Quand doivent-ils le faire? Doivent-ils assumer certains frais et lesquels? L'information aux citoyens est l'une des assises d'un système de santé et de services sociaux à la fois respectueux des valeurs qui ont servi à son édification et à l'écoute des besoins de ceux-là mêmes pour lesquels il existe, les citoyens. Je vous remercie.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci beaucoup, Mme Saint-Germain. Nous entreprenons un premier bloc de 20 minutes du côté ministériel. Alors, la parole est au ministre de la Santé et des Services sociaux.

• (15 h 50) •

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, Mme Saint-Germain, M. Veilleux, Mme Rousseau et Mme Simard, pour votre visite. C'est bien encore de voir M. Veilleux avec vous, c'est une incarnation du transfert de responsabilités du Protecteur des usagers dans le giron du Protecteur du citoyen, ce qui, d'après moi, est un progrès appréciable.

Vous avez touché deux éléments qu'on pourrait peut-être discuter séparément. D'abord, la question du mécanisme de traitement des plaintes selon l'endroit de la dispensation des services. C'est une discussion que nous avons eue déjà et que nous sommes prêts à reprendre, là, mais que nous avons eue déjà lors de l'étude et de l'adoption du projet de loi n° 83. Et, à ce moment-là, il avait été question, à la faveur de la refonte du système des plaintes qui a fait, entre autres, que M. Veilleux se trouve assis à votre droite maintenant, de voir quels étaient les types d'endroits où normalement le mécanisme de traitement des plaintes devrait s'appliquer. Alors, il avait été question, par exemple, des groupes de médecine de famille. C'est l'exemple qui avait été porté à la discussion en commission parlementaire.

Et le résultat des débats, et notamment les échanges qu'on a eus avec l'approbation médicale parce qu'avec...

après le patient, qui est le premier concerné ou la première concernée, bien le professionnel également est partie prenante. Les professionnels, d'après les différents groupes qui les représentaient, s'objectaient de façon, je dirais, assez nette à l'extension du mécanisme de traitement des plaintes aux groupes de médecine de famille, disant qu'il ne s'agissait pas, comme dans le cas maintenant d'une clinique affiliée, d'une extension de l'hôpital, mais tout simplement d'une entente entre une entreprise, qui est leur clinique privée, et le centre hospitalier, qui n'est pas une extension comme telle du système de santé. Donc, on voit que, pour eux, il y a une différence très nette, et je pense qu'on pourrait dire effectivement qu'objectivement il y a une différence très nette entre une clinique de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille et une clinique médicale associée. Et, dans ces cas, donc ils considèrent... Et c'est ce que finalement nous avons décidé de faire à la suite des débats, de conserver le rôle du Collège des médecins comme étant l'évaluateur de plaintes touchant l'exercice médical.

Bien sûr, lorsqu'il y a une entente en vertu de quelque mécanisme que ce soit, le citoyen peut porter plainte, mais sa plainte, dans le système de plaintes du système de santé, touche alors l'application de l'entente elle-même. Par exemple, si le groupe de médecine s'est engagé à être ouvert tous les jours, de 9 à 5, plus le samedi soir, de 5 heures à 8 heures — je donne un exemple tout à fait théorique — le citoyen se rend compte... il arrive, puis la porte est close, donc, de toute évidence, le contrat n'a pas été rempli, l'engagement n'a pas été rempli. Cette plainte de ce type-là, oui, à ce moment-là, peut être acheminée dans le système de santé de la façon habituelle, mais la plainte touchant sur l'exercice professionnel du médecin, elle, est touchée par le Collège des médecins.

Mais là il nous semble qu'il y a une différence de degré très nette, et c'est la raison pour laquelle on n'a pas voulu utiliser cette approche avec les cliniques médicales associées, parce que, là, il s'agit — vous l'avez vous-même dit littéralement — d'une extension des activités hospitalières dans un milieu de dispensation privé, mais selon un contrat basé sur un volume de patients, une direction... Le patient est directement envoyé par le centre hospitalier ou le système de santé à la clinique. Donc, on voit que ce n'est pas tout à fait la même situation.

Remarquez bien, on est prêts à reprendre le débat puis la discussion. Mon impression est que... D'ailleurs, je ne me souviens pas si, en commission, on nous l'a dit. Je ne pense pas que les médecins, en commission, aient soulevé le point. Peut-être l'ont-ils fait tangentiellement. Pour cette fois, ils ne l'ont pas fait. Mais, si nous devons, à la faveur de ce projet de loi, revenir sur le débat que nous avons déjà eu lors du projet de loi n° 83, je ne suis pas certain de leur degré d'adhésion qui, quand même, doit être minimal. Je ne sais pas, vous, si vous avez eu des échanges avec les groupes de professionnels sur cette question-là.

Mme Saint-Germain (Raymonde): J'ai examiné leur point de vue et je l'ai pris en compte. J'aimerais soumettre quelques éléments. D'abord, je partage votre avis que la présence de M. Veilleux est un plus. Et je vous dirais qu'il y a une question de cohérence et de continuité, puisque, même avec l'indépendance qu'il a

acquise au Protecteur du citoyen, il continue d'appuyer cette inclusion souhaitable au régime de plaintes pour l'ensemble du système. Alors, je partage votre point de vue sur la plus-value de M. Veilleux.

J'examine cette question-là — je veux bien le préciser dès le départ — non pas dans l'intérêt du Protecteur du citoyen, parce que ces plaintes auxquelles je réfère ne viendraient pas au Protecteur du citoyen, mais c'est beaucoup dans l'intérêt — beaucoup et même exclusivement — des usagers parce qu'à plus forte raison qu'avec maintenant les cliniques médicales associées il y aura un prolongement par des ententes avec le secteur privé, il sera intéressant pour le citoyen de bénéficier du même accès au régime de plaintes et, dans cette perspective-là, de pouvoir, par exemple, par entente — et à mon avis on peut trouver des solutions — se plaindre pour les aspects médicaux, parce que j'en suis aussi beaucoup aux aspects médicaux, auprès du médecin examinateur et, s'il fallait aller en appel, auprès du comité de révision. Et je crois que ce qui doit nous guider dans cet intérêt de l'usager, c'est le caractère beaucoup plus simple et accessible du régime de plaintes, du régime d'examen des plaintes en milieu hospitalier que celui du Collège des médecins. Très souvent, il est même un régime qui n'est pas financièrement accessible pour l'usager. On sait que, devant le Collège des médecins, souvent il y a présence d'avocats, donc des frais à assumer, un délai aussi qui est beaucoup plus long.

Alors, il me semble que ce serait une garantie de qualité encore plus grande pour le régime public que d'avoir cette extension aussi de l'accès au régime de plaintes. Et je dirai qu'au niveau de l'amélioration de la qualité des services plus on aura une capacité d'analyser les plaintes que les usagers auront portées, plus on sera en mesure de déterminer les indicateurs et des mesures correctives et d'avoir, je pense, une bonne vue d'ensemble. Alors, ça m'apparaît un complément souhaitable dans le contexte où il y a une ouverture ciblée, mais quand même une ouverture vers des services offerts par le secteur privé.

M. Couillard: Mais vous êtes certainement consciente du fait que... Évidemment, ce n'est pas votre mandat d'apprécier cet aspect de la question, mais, je dirais, dans la relation parfois tumultueuse entre l'État et la profession médicale selon les époques, cette question est vue comme une intrusion très nette dans l'autonomie professionnelle. Et c'est comme ça que c'est vécu sur le terrain pour une profession qui déjà a la perception — fondée ou non, c'est un autre débat — que la pratique médicale au Québec est fortement encadrée, conventionnée, réglée par toutes sortes de lois, règlements qui, disent-ils, sont plus lourds au Québec qu'ailleurs. Ça reste à vérifier, cependant. Mais cependant il y a cette question fondamentale qui est plus une question de relation politique, je dirais, entre le gouvernement et la profession médicale qu'une réflexion fondamentale comme celle que vous soulevez.

Je dois dire cependant qu'une fois le projet de loi adopté éventuellement par l'Assemblée nationale je doute fort qu'il y ait des ententes avec des cliniques médicales spécialisées en vertu de l'article 108. Pourquoi? Parce que le type d'entente qui est introduit par le projet de loi est beaucoup mieux encadré, et je ne pense pas que, devant les deux options, un établissement choisisse

la version la moins encadrée qui est moins de nature à protéger justement la relation entre l'établissement, l'agence et la clinique. Vous avez vu les dispositions qui doivent accompagner la signature d'un contrat d'affiliation, c'est beaucoup plus précis que l'article 108, qui est très vague. L'article 108, un établissement peut conclure une entente avec X, mais on ne précise rien sur la question du personnel, sur la question de la qualité des services. Mais je dirais qu'on est prêts à reprendre la réflexion, mais on va relire comme il faut les échanges qu'on a eus à l'occasion du débat sur la loi n° 83.

Le mécanisme de gestion d'accès, vous l'avez mentionné au passage, je crois que vous soulevez exactement la raison pour laquelle nous pensons qu'il doit être mis sur pied. Parce qu'on nous a dit à quelques reprises, notamment du côté de la profession médicale: Écoutez, il n'est pas nécessaire, vous avez juste à le dire aux hôpitaux, de faire la gestion correctement, puis ils vont la faire. Après quelques années, là, dans le réseau de la santé, je doute fort, malgré la bonne volonté de tous, que ce soit uniformément appliqué si on ne l'a pas inscrit dans un texte de loi. Et, d'après moi, le point fondamental est exactement celui que vous avez soulevé, c'est-à-dire l'information individualisée donnée à la personne qui, une fois inscrite sur une liste d'attente, n'a plus l'impression qu'elle est enfouie dans une pile de documents, quelque part, et que personne ne connaît son existence. Bien sûr, on veut la... à l'utiliser pour trois procédures, parce que c'est tout un changement de culture dans le réseau de la santé. Malheureusement, on pourrait dire, après 36 ans, qu'on doit dire que c'est un gros changement de culture, parce que ça semble la norme pour le citoyen qui nous écoute. Il doit se dire: Bien, j'espère bien qu'on va s'occuper de moi de façon individualisée sur la liste d'attente. En pratique, ce n'est pas ce qui s'est fait depuis longtemps.

Et je disais hier — hier ou un autre jour, je ne me souviens plus — qu'un des mécanismes les plus efficaces dans les autres endroits où on a appliqué ce type de gestion là, c'est la détermination de la date de la chirurgie: Vous allez être opéré telle date. Bien sûr, on ne peut jamais le garantir à 100 %, qui sait ce qui se produit, problème médical, urgence, etc.? Mais, dans la grande majorité des cas, lorsqu'on fait ça, la date est respectée. Pourquoi? Parce que l'hôpital sait que monsieur, madame X vient se faire opérer telle date et l'hôpital s'ajuste pour que tout arrive au même moment, à cette date-là. Tandis que le mécanisme traditionnel, c'est l'inverse: Qui est-ce qu'on opère la semaine prochaine? Je peux le dire, là, j'ai fait ça, moi, pendant des années. On va voir la pile, puis: Bon, lui, lui, lui. Lui, il a appelé il y a deux semaines. Lui, il n'a pas appelé. C'est comme ça que ça se fait en pratique. Alors, il faut absolument réformer ça. Puis, si on ne fait qu'injecter de l'argent sans réformer cette façon de gérer les listes d'attente, on n'arrivera jamais à rien.

Bon. La réadaptation, je pense que vous avez raison. D'ailleurs, moi, effectivement, je suis préoccupé par cette question. Je me souviens, quand j'étais en pratique médicale — puis j'ai envoyé plusieurs personnes dans ma carrière en réadaptation puis en physiothérapie — la première question que je posais, c'est: Est-ce que vous avez une assurance? Est-ce que vous avez une assurance collective? Est-ce que vous êtes un prestataire de la

CSST ou vous êtes un prestataire de la Société de l'assurance automobile? Parce que c'est relativement facile, dans ces trois circonstances-là, d'être rapidement, rapidement pris en charge par la clinique de physiothérapie. Sinon, bien, je disais: Écoutez, voilà, il faut vous adresser au service de physiothérapie de l'hôpital, et là il y a exactement la situation que vous décrivez.

● (16 heures) ●

Ce que je remarque, c'est qu'à mon avis, comme d'habitude, c'est un mélange de besoin de ressources supplémentaires et de meilleure façon de faire. C'est très bon que vous ayez souligné l'exemple de ce centre hospitalier parce que ça nous fait résister à la tentation de dire: Bien, on va envoyer plus de budget dans ce domaine-là, et automatiquement et miraculeusement la situation va se corriger. Mais je sais qu'il y a des expériences intéressantes dans quelques endroits qui sont en train d'être mises sur pied. Je sais également que la fédération ou la corporation — je ne sais plus si c'est l'ordre professionnel ou l'association — des physiothérapeutes est venue nous présenter ici cette proposition de faire des ententes un peu comme celle qu'on veut faire pour les services médicaux avec les cliniques. Je trouve que c'est une belle idée. Ça mérite d'être certainement fouillé.

Ce que je note cependant, de façon intéressante, c'est qu'à Montréal, par exemple, où on a augmenté depuis trois ans et demi environ de 15 % le nombre de chirurgies, ce qui est considérable sur un volume de chirurgies comme Montréal, la réadaptation en général a suivi. Donc, lorsqu'on a fait un effort concerté et concentré sur ça, on a été capables d'ajuster les façons de faire pour que ça suive le rythme chirurgical. Mais on va certainement se pencher, et on commence déjà... on a commencé à se pencher sur cette question-là: Est-ce que c'est un véritable plan d'action que ça prend ou juste de bonnes directives et de bonnes façons de faire disséminées dans le réseau? On le verra à mesure de l'évolution du dossier.

Pour ce qui est de la communication et de l'information au patient, vous avez raison que c'est très compliqué. C'est très compliqué, le système de santé. Il y a juste à voir le nombre d'acronymes qui existent, puis, moi-même, j'en ai ajouté quelques-uns dans le mandat actuel. Le citoyen est facilement perdu. Moi, je crois qu'une des interfaces d'information, ça peut être le Commissaire à la santé et au bien-être justement qui doit informer le citoyen chaque année ou la population chaque année, via l'Assemblée nationale, de l'état du système de santé et des problèmes non pas individuels, comme ceux que vous traitez, mais des problèmes plus systémiques du système de santé et des solutions à apporter.

Alors, je crois que c'est l'ensemble de mes réactions à votre présentation. Je crois que la réflexion, outre la question de la réadaptation sur laquelle nous travaillons dans le but d'améliorer l'accès, la question du traitement différencié du mécanisme de plainte, lorsqu'il touche l'acte du médecin, est un élément de réflexion à reprendre. Et je dirais qu'on va le reprendre avec beaucoup de prudence, je vous le dis de façon très transparente, compte tenu des échanges qu'on a déjà eus avec les médecins, à l'époque de la loi n° 83, et de la perception générale que la profession médicale a.

Ce que j'ai trouvé intéressant dans votre remarque, c'est que vous avez dit qu'il est de l'intérêt des patients et des professionnels que ça se fasse. Alors, peut-être qu'il

faudrait développer cet aspect-là et peut-être nous fournir quelques arguments pour tenter de les convaincre.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Vous voulez réagir, Mme Saint-Germain?

Mme Saint-Germain (Raymonde): Oui, bien, dans les arguments que je peux déjà vous fournir, d'abord il y a le fait qu'avec le médecin examinateur dans le régime public on n'est pas immédiatement en recours disciplinaire mais beaucoup plus en recours objectif qui est lié à la médiation. Les délais sont beaucoup moins longs.

Et, du point de vue du citoyen, je voudrais ajouter un argument additionnel. Le citoyen ne choisit pas d'aller dans ces cliniques, c'est beaucoup plus l'établissement qui va, en fonction des besoins, l'orienter vers l'une ou l'autre des deux nouvelles structures avec médecin participant ou non participant, selon le cas. Et je pense que, pour lui, ce serait rassurant de savoir qu'il a quand même accès à ce régime qui est, pour lui, beaucoup plus simple.

Je vous dirais aussi que les médecins sont quand même représentés, c'est déjà le cas, au conseil des médecins, dentistes et professionnels, donc ils ont aussi leur mot à dire. Et ce n'est pas un mécanisme à l'intérieur du régime public qui exclut les médecins en termes d'examen et en termes d'objectivité de regard. Alors, je pense que ce sont quand même des arguments, et je m'engage à en documenter d'autres parce que je pense que l'intérêt public est là.

M. Couillard: Mais vous avez encore une fois soulevé une différenciation importante. Et bien sûr, lorsque les gens vont être dirigés par le système de santé dans une clinique médicale associée, là c'est clair que tout le mécanisme de plainte entre en jeu.

Mais là il y a l'autre épisode qui, d'après moi, va être très rare parce que je pense que, dans la grande majorité des cas, les solutions vont être offertes à l'intérieur du système de santé financé par l'État soit à l'hôpital, soit en clinique associée, soit dans un autre centre hospitalier, et qu'il n'y aura qu'un petit nombre de patients qui devront être dirigés ou remboursés pour une chirurgie effectuée chez un médecin non participant, par exemple.

Mais là on a un problème parce que le médecin non participant, lui, par définition, il n'est membre d'aucun CMDP. Donc, est-ce qu'on va lui demander de se soumettre à la procédure de plainte du réseau alors qu'il est non participant, qu'il n'est membre d'aucun CMDP? À mon avis, ça ne passera pas beaucoup, ça.

Mme Saint-Germain (Raymonde): On a examiné cet aspect-là du dossier, c'est juste, mais on pense que... Et les avocats consultés, donc les avocats sont à la recherche aussi d'une solution dans ce dossier-là. La notion, par exemple, de «membre associé» ou de «membre invité» lorsqu'il y aurait une plainte, dans la perspective où le régime public a référé à un médecin non participant parce que le régime public ne pouvait pas assurer les services, ce serait la logique dans le fond des critères d'accessibilité, d'universalité et de garantie de sécurité que le régime public doit obtenir.

Donc, il y aurait cette dimension-là à explorer. Nous pensons que c'est juridiquement réaliste. Et vous donnez, vous-même, un argument intéressant: il y aura sans doute, et il faut le souhaiter, un petit nombre d'usagers qui seront référés. Donc, probablement que le Collège des médecins pourrait accepter, ne serait-ce qu'à titre expérimental, sur une année ou deux, que ce soit tenté, et on en tirera les conclusions après cette période. Mais à mon avis on a tous... usagés comme médecins, je pense, ont à gagner à l'expérimenter.

M. Couillard: Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Alors, je comprends que, du côté ministériel, il n'y a plus personne qui veut intervenir, très bien. Alors, je cède la parole à la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. Je voudrais, au nom de notre formation politique, vous souhaiter la bienvenue, Mme Saint-Germain, M. Veilleux, les personnes qui vous accompagnent, Mme Rousseau et Mme Simard. Mme Saint-Germain, est-ce que c'est la première commission parlementaire à laquelle vous vous présentez en tant que Protectrice du citoyen?

Mme Saint-Germain (Raymonde): Disons, cet automne, oui, mais, au printemps, j'ai eu l'occasion de prendre part à deux commissions parlementaires.

Mme Harel: Tout de suite après votre nomination comme Protectrice du citoyen.

Mme Saint-Germain (Raymonde): Tout à fait, oui.

Mme Harel: Alors, on voit à quel point le poste de Protecteur ou Protectrice du citoyen est très sollicité. Et je vous remercie, là, de la contribution que vous nous présentez à cette commission cet après-midi. Notamment, j'aimerais reprendre avec vous la question de la réadaptation. Alors, je comprends que l'échange n'est pas épuisé, mais il a eu lieu en bonne partie avec le ministre sur la question de l'élargissement de la compétence du médecin examinateur quant aux chirurgies qui seraient offertes dans le cadre des centres médicaux spécialisés qui échappent actuellement, n'est-ce pas, à tout ce dispositif. On aura l'occasion d'y revenir lors de l'étude article par article du projet de loi.

Sur la question de la réadaptation, vous êtes, disons, le premier groupe qui abordez cette question et finalement ça réfère à toute la question d'épisodes de soins: Quand est-ce que commence l'attente et quand est-ce qu'elle se termine? Il faut dire qu'hier, dans le mémoire présenté par la Fédération des médecins résidents, le président de la Fédération des médecins résidents y a fait également référence, là, en mentionnant qu'il pouvait y avoir une difficulté dans le contexte où finalement l'épisode de soins ne commence pas qu'au moment du mécanisme de gestion centralisée, donc après le diagnostic, là, tel que proposé dans le projet de loi, mais commence dès la recherche d'un médecin de famille pour obtenir finalement une éventuelle référence qui permettra

après évaluation d'être diagnostiqué, et là c'est juste à ce moment-là que le compteur de l'attente débute, là, avec le projet de loi.

Alors, vous, vous nous dites: En réadaptation, c'est-à-dire dans le postopératoire, il peut y avoir une difficulté. Le postopératoire, c'est un service assuré par la RAMQ, n'est-ce pas?

Mme Saint-Germain (Raymonde): Ça dépend. Si l'intervention se fait en milieu hospitalier, oui, mais ce n'est pas assuré dans tous les cas et dans toutes les circonstances. Et les plaintes que nous recevons, et elles sont quand même nombreuses sur ces questions-là, viennent très souvent de citoyens qui ne sont pas assurés, qui n'ont pas accès aux services en milieu hospitalier ou ils n'ont pas accès dans des délais raisonnables, selon eux, dans les services en milieu hospitalier. J'ai ici un dossier par exemple... les délais d'attente varient de plusieurs mois jusqu'à même une année et au-delà. Et, dans ces situations, s'ils veulent obtenir les services plus rapidement, compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine, surtout au niveau des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, ils doivent donc assumer eux-mêmes les frais en clinique privée.

Mme Harel: Alors, ce que vous nous mentionnez, c'est à l'effet que cette difficulté d'obtenir des services postopératoires — vous la documentez bien, là, dans votre mémoire — il peut y avoir difficulté à obtenir des services préopératoires. Je recevais dernièrement un courriel d'une dame âgée qui avait besoin, là, de diagnostics, là, par diverses...

Une voix: Résonance magnétique?

● (16 h 10) ●

Mme Harel: ...pas résonance magnétique, c'était plutôt juste la radiographie, mais on lui mentionnait que ça prenait un an et demi — c'était à l'hôpital Le Gardeur, hôpital neuf, équipé à neuf — et on lui faisait mention que c'était entre un an et demi et deux ans. Alors, on est dans le préopératoire éventuellement, là. Alors, comment résoudre le problème? Vous voyez comment la résolution de ce problème?

Mme Saint-Germain (Raymonde): Bon. D'une part, on pense qu'il y a vraiment un plan spécifique qui doit être au-delà des mesures qui sont prises dans la loi, un plan spécifique qui doit être mis en place, qui doit prévoir, entre autres, de contrer à plus court terme la pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine-là. On peut penser que l'immigration, entre autres, serait l'une des solutions, un lien à mon avis très important avec les collèges, donc les cégeps et les universités, pour intensifier les programmes de formation et aussi un certain nombre de mesures, je dirais, à convenir avec l'entreprise privée. Parce qu'on sait que, dans ce domaine-ci, il y a déjà une participation du secteur privé dans les services de physiothérapie et de réadaptation.

Et je crois que ce qui sera important, c'est que la seule assurance publique, qu'on soit victime d'un accident de travail ou d'un accident d'automobile, ne devrait pas être le seul critère qui prévaut. Il faudrait avoir des critères de priorité selon le besoin de la personne, la gravité de sa situation et, je dirais, la

raisonnabilité de certains délais. Et ça, je pense que le projet de loi prévoit déjà des choses, mais un plan plus spécifique sera nécessaire. Parce que je crains, si ce n'est pas planifié... d'abord, pour les personnes opérées, ce que je crains, c'est une deuxième liste d'attente. Et, quand on parle de continuité des services, normalement on devrait penser continuité à partir du moment où on sait qu'on va planifier une intervention. Le projet de loi sur l'accès apporte vraiment des améliorations, on le dit: Tout va tourner autour d'une date. On s'engage à être le plus précis possible. Mais en même temps il ne faut pas s'arrêter à l'intervention. Mais la continuité, ça veut dire, après l'intervention, qu'est-ce que ce sera? Et donc il faut éviter les deuxièmes listes d'attente et il faut prévoir, planifier l'organisation des services en conséquence.

Mme Harel: C'est donc dire que, selon vous, le projet de loi devrait prévoir que, dans toute la définition des exigences qui seront requises et des conditions pour constituer ce registre de patients en attente, il faudrait que l'établissement prévoit aussi les services postopératoires qui auront à être offerts. Parce que le projet de loi le prévoit uniquement pour les centres médicaux spécialisés privés non participants. Ça, dans le projet de loi n° 33, vous avez, lorsqu'il s'agit de centres médicaux spécialisés pour le genou, la cataracte, la hanche... C'est surtout, souvent, pour le genou ou la hanche, hein, que ces besoins s'expriment en matière de réadaptation.

Alors, le projet de loi prévoit qu'il devra y avoir les services post et préopératoires. Et c'est donc dire que c'est déjà prévu dans le projet de loi lorsque ce sont des médecins non participants au régime public mais uniquement privés et que ce sont des médecins qui dans le fond font des chirurgies qui sont remboursées par une assurance privée duplicative. Là, les interventions préopératoires et postopératoires doivent être prévues sans doute dans l'intention légitime que ce soit aussi couvert par l'assurance privée. Là, en fait ce qui est ouvert avec le projet de loi n° 33, c'est l'assurance privée préopératoire, donc radiologie, assurance privée pour le postopératoire, réadaptation, assurance privée pour la hanche et le genou et aussi assurance privée pour l'hospitalisation. Parce qu'ils appellent ça hébergement, là, mais en fait c'est du pareil au même, en fait c'est la possibilité d'être hébergé, donc d'être hospitalisé, là, dans ces centres médicaux spécialisés de médecins non participants.

Mais dans le fond ce que je comprends, c'est qu'il faut prévoir l'épisode de soins, il ne faut pas juste prévoir l'intervention chirurgicale. C'est ça que je comprends?

Mme Saint-Germain (Raymonde): C'est-à-dire que... Exactement, il faut planifier les services en continuité à partir du moment où on sait qu'il y aura une opération et donc un besoin en conséquence de services post-opératoires. Ce qui est dans le projet de loi concernant les cliniques médicales associées, participants, non-participants, la prise en charge pré et postopératoire, c'est intéressant dans cette perspective-là. Mais ce qu'il faut mesurer, c'est: Quelle sera la conséquence pour les citoyens qui, eux, sont opérés dans le régime public mais pour qui, même si la loi sur la santé et les services sociaux prévoit aussi certains services postopératoires, ces services-là ne sont pas généralement accessibles en milieu hospitalier à cause de la pénurie de main-d'oeuvre. Ce

qu'il faut éviter, c'est qu'il y ait deux niveaux de traitement selon qu'on est opéré et qu'on a accès à des services opératoires pris en charge par les cliniques médicales associées ou selon qu'on est dans le système du réseau hospitalier, et là la prise en charge, faute de ressources, n'est pas adéquatement assurée.

Mme Harel: Moi, je vous remercie de nous alerter, là, sur cette dimension-là dont on n'avait pas encore parlé depuis le début des travaux de la commission parlementaire, d'autant que le contrat qui devrait, en vertu du projet de loi, lier l'établissement, l'agence régionale et la clinique médicale associée, ce contrat n'engage pas l'hôpital sur les services post-opératoires à donner, en tout cas pas du moins dans ce qui est décrit dans le projet de loi n° 33. Ce qui est décrit dans le projet de loi n° 33 — je ne sais pas si quelqu'un peut me fournir le projet de loi n° 33 — ce qui est décrit, ça ne comprend pas, par exemple, les services postopératoires. Alors, on pourrait, comme sur une chaîne de montage, faire beaucoup, beaucoup de genoux ou faire beaucoup, beaucoup, beaucoup de hanches et puis qu'ensuite de ça les gens se retrouvent pour un an et plus sur des listes d'attente de réadaptation. Alors, je vous remercie beaucoup de nous avoir alertés sur cette question.

Mme Saint-Germain (Raymonde): Je pense, si je peux me permettre, qu'à la fois dans le projet de loi il y a pour les membres de la commission une belle occasion de préciser cet élément et également dans un plan d'action que le ministère est à préparer. À mon avis, les deux, les deux niveaux sont importants.

Mme Harel: J'étais quand même surprise, dans le mémoire que vous nous présentez, que, par exemple, aux pages 5 et plusieurs endroits, vous faites référence aux ententes conclues en vertu de l'article 108. En fait, cet article 108, c'est l'article actuel de la loi actuelle des services de santé et services sociaux qui prévoit la possibilité d'ententes entre des établissements et des cliniques affiliées, associées, en fait qui deviennent en quelque sorte conventionnées par l'établissement, hein? C'est dans un régime où finalement le service est rendu dans une clinique privée mais est rendu pour le compte de l'établissement avec un financement public. En fait, c'est un peu comme une clinique conventionnée. Cependant, c'est un autre régime différent de l'article 108 de la loi actuelle, là, que le ministre propose dans le projet de loi n° 33. C'est un autre type d'entente avec d'autres sortes de conditions. Alors, est-ce que je comprends que ce que vous proposez dans le cadre des ententes conclues en vertu de l'article 108 doit aussi être reçu par nous comme, par extension, l'étant dans ces autres types d'ententes que prévoit le projet de loi n° 33?

Mme Saint-Germain (Raymonde): Dans un premier temps, avant de répondre à votre question, je vous dirai, ce à quoi je réfère dans le mémoire, c'est qu'effectivement, avant même ce projet de loi, il y a des ententes entre les centres hospitaliers et des cliniques spécialisées. Moi, je considère que c'est en prolongement du service public pour offrir des services qui sont par ailleurs déjà assurés. Pensons à des cliniques de radiologie. On va souvent passer la radiographie dans le

secteur privé, mais elle est assumée, elle est financée par le secteur public.

Ce qui me préoccupe dans la proposition, toujours dans la perspective de l'usager, c'est que, même s'il devait recevoir — et ce n'est pas lui qui l'aura choisi, là, dans ce cas-là c'est en référence du régime public — des services dans une clinique médicale associée avec médecins non participants, il devrait avoir la même garantie de qualité et la même garantie d'accès. En d'autres termes, il faudrait que l'ensemble des autres balises, l'ensemble des autres indicateurs qui sont valides pour le secteur public soient également valides dans cette perspective-là.

Mme Harel: Alors, ça vaut autant pour les ententes conclues en vertu de l'article 108 de la loi actuelle que finalement pour tout autre type de référence, dites-vous, y compris les centres médicaux spécialisés? C'est bien ça?

Mme Saint-Germain (Raymonde): Y compris les centres...

Mme Harel: Dès qu'il y a un permis, hein? C'est ça?

• (16 h 20) •

Mme Saint-Germain (Raymonde): Dès qu'il y a un permis. Et j'allais justement souligner que ces centres devraient pouvoir répondre à ces critères, puisqu'il y a quand même toute une procédure d'agrément, il y a l'obtention d'un permis, et en plus, si, à partir de plaintes justement, sont constatées des situations préjudiciables, le ministre a des pouvoirs de suspendre les permis dans un délai très bref.

Mme Harel: Je vous remercie.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): D'autres interventions du côté de l'opposition? Non. Alors, nous concluons donc cette rencontre et ces échanges à ce moment-ci. Et je remercie les représentants du Protecteur du citoyen, Mme Raymonde Saint-Germain, M. Veilleux, Mme Rousseau et Mme Simard.

Je demanderais, s'il vous plaît, aux prochains intervenants de bien vouloir s'installer à la table.

Et je suspends les travaux pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 16 h 21)

(Reprise à 16 h 22)

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, la commission reprend ses travaux. Nous recevons le Regroupement provincial des comités des usagers. Je laisse à M. Dumesnil le soin de présenter les gens qui l'accompagnent. Je vous rappelle tout simplement que vous avez 20 minutes, M. Dumesnil, pour présenter l'essentiel de votre mémoire, suite à quoi nous aurons deux blocs d'échange avec vous. Alors, la parole est à vous. Soyez les bienvenus.

Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

M. Dumesnil (Jean-Marie): Alors, merci. Bonjour. Je suis président du comité des usagers du CHUM

et président du Regroupement provincial des comités des usagers. À ma gauche, je suis accompagné de Gérard Germain, qui est président du comité des usagers du Centre hospitalier universitaire de Québec, et, à ma droite, de Claude Ménard, qui est coordonnateur du Regroupement des comités des usagers de l'Outaouais.

Devait également nous accompagner M. André Poirier, qui est président du comité des usagers du Centre de santé et des services sociaux d'Arthabaska-Érable, qui a participé à la rédaction du mémoire, mais qui malheureusement, à 48 heures d'avis, n'a pu se libérer d'un engagement qui était important.

Alors, M. le Président, M. le ministre, Mmes, MM. les parlementaires, nous vous remercions de nous accueillir aujourd'hui pour présenter notre mémoire. Les premières démarches pour la mise sur pied du Regroupement provincial des comités des usagers ont été entreprises en janvier 2003. Au fil des mois, le regroupement s'est fait connaître des différentes instances du milieu de la santé et des services sociaux. Il en est d'ailleurs à sa cinquième présence en commission parlementaire, et, croyez-nous, à chaque fois, c'est un défi.

Le regroupement provincial se veut le porte-parole de toutes les catégories de comités des usagers et de comités de résidents de tous les établissements publics et privés conventionnés et autofinancés au Québec. Son rôle est de les représenter et de leur permettre de participer aux grands débats au même titre que toutes les autres associations dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Le comité provisoire — je pense que c'est important de le souligner — est composé de représentants de chacune des vocations suivantes: centres hospitaliers affiliés universitaires; centres hospitaliers universitaires; centres de santé et de services sociaux; centres jeunesse; centres hospitaliers à vocation psychiatrique; centres de réadaptation en déficience intellectuelle; centres de réadaptation en dépendances; et centres de réadaptation en déficience physique.

La mise sur pied des comités des usagers et des comités de résidents étant pratiquement terminée dans toutes les régions du Québec, les priorités du regroupement pour les prochains mois seront de concrétiser sa structure permanente, de créer des regroupements régionaux des comités des usagers et des comités de résidents et d'organiser son congrès de fondation qui pourrait se tenir au printemps ou à l'automne 2007.

Il est important de mentionner que notre mémoire a été préparé en consultation avec les membres du comité provisoire du regroupement et qu'il est le reflet de commentaires et préoccupations exprimés par des usagers du système de santé.

Les principaux sujets que nous abordons aujourd'hui concernent l'accès aux services spécialisés, les étapes à franchir avant d'être inscrit sur une liste d'attente, les centres médicaux spécialisés, les plaintes des usagers et le rôle des comités des usagers.

L'accès aux services spécialisés. L'ajout de l'article 185.1, qui porte sur l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés, correspond au souhait exprimé par le regroupement dans son mémoire *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité*, présenté en commission parlementaire. Il se lisait comme suit: «Nous espérons [...] que tous les [usagers] seront pris en charge dès

l'instant où ils seront inscrits sur une liste d'attente en vue d'une chirurgie, quelle qu'elle soit.»

Le mécanisme à suivre pour inscrire un usager sur une liste d'attente devrait être sensiblement le même dans tous les établissements et dans toutes les régions. Notre préoccupation concerne davantage les modalités qui seront mises en place pour améliorer la prise en charge de l'usager.

Jusqu'à maintenant, des médecins spécialistes avaient tendance à inscrire les usagers sur plusieurs listes d'attente. Il est à souhaiter que le mécanisme central de gestion, mis en place par les établissements, permettra de s'assurer que le nom d'un usager ne figure pas sur plus d'une liste d'attente.

Nous sommes entièrement d'accord avec l'obligation du directeur général d'un établissement de faire rapport au conseil d'administration, s'il y a lieu, à chaque séance régulière, de l'efficacité du système central de gestion de l'accès aux services, notamment en regard du temps d'attente pour les usagers entre le moment de leur inscription sur la liste d'attente et celui de l'obtention des services spécialisés ou surspécialisés, ce qui obligera les établissements à agir avec diligence. Nul doute que ce dossier pourrait faire l'objet d'un suivi constant par le comité de vigilance et de la qualité, auquel un représentant du comité des usagers sera appelé à siéger.

On ne peut dissocier les délais d'attente pour une chirurgie aux heures d'ouverture des blocs opératoires. Même s'il y a eu amélioration, le nombre de chirurgies est généralement limité aux heures de jour, et le prolongement des quarts de travail n'est pas toujours autorisé, même si le chirurgien est disponible, que ce soit à cause d'un manque d'effectifs ou parce que les heures supplémentaires sont interdites pour des raisons budgétaires. Combien de fois des usagers déjà sur place ont dû quitter l'hôpital parce qu'à la fin de la journée leur chirurgie était reportée. Nous espérons que l'investissement de plus de 50 millions annoncé récemment pour augmenter le nombre d'interventions chirurgicales aura un effet positif sur la réduction des délais d'attente.

Nous sommes entièrement d'accord avec l'article 431.2 qui stipule que le ministre peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, prendre toute mesure nécessaire pour que soient mis en place des mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre le service visé autrement accessible dans des délais qu'il juge raisonnables, s'il estime que le temps d'attente pour un service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir.

Les étapes à franchir avant d'être inscrit sur une liste d'attente. Le compte à rebours du délai d'attente pour un service médical spécialisé ou surspécialisé commence lorsque l'usager est inscrit sur une liste d'attente par son médecin spécialiste. Mais encore faut-il avoir franchi de nombreuses étapes avant d'être inscrit sur la liste d'attente, ce qui peut demander plusieurs mois et de nombreuses démarches ardues pour l'usager.

Dans notre mémoire *Garantir l'accès*, nous avons consacré un chapitre à l'accès des services spécialisés. Tout en étant conscients que les présentes auditions doivent porter sur le projet de loi n° 33, il nous apparaît essentiel de revenir à la charge, car nous avons encore de sérieuses réserves quant aux délais qui vont

s'écouler entre la première rencontre de l'usager avec un omnipraticien et son inscription sur la liste d'attente pour un service médical spécialisé ou surspécialisé.

Voici la série d'étapes que l'usager doit franchir: avoir accès à un omnipraticien et obtenir un rendez-vous avec lui; être référé à un médecin spécialiste par l'omnipraticien; obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste, ce qui exige souvent plusieurs mois, à moins de se présenter à l'urgence d'un centre hospitalier; passer les tests requis, ce qui demande encore quelques semaines, sinon quelques mois; obtenir un diagnostic; finalement, être inscrit sans délai sur une liste d'attente.

Pour le commun des mortels qui n'est pas familier avec le milieu de la santé, ce processus peut être très exigeant, voire décourageant. Le regroupement revient donc à nouveau à la charge en soutenant qu'il devrait être de la responsabilité des médecins d'assurer des corridors de services fonctionnels et efficaces avec le réseau.

● (16 h 30) ●

Tout d'abord, l'omnipraticien, qui est un acteur central du système de santé, il devrait faciliter le rendez-vous de l'usager avec un médecin spécialiste, qu'il y ait urgence ou non. Il faut comprendre que, dans l'esprit de l'usager, l'attente commence dès que le médecin pose son diagnostic, même si, en vertu du projet de loi n° 33, le calcul du délai commence uniquement à partir du moment où le nom de la personne est inscrit sur la liste d'attente d'un centre hospitalier.

Mais encore faut-il que l'usager ait pu obtenir rapidement un rendez-vous avec un omnipraticien. On se rappellera qu'un grand nombre de Québécois et de Québécoises n'ont même pas de médecin de famille. À l'heure actuelle, bon nombre d'omnipraticiens pratiquent uniquement dans les cliniques privées, du lundi au vendredi, de jour seulement. La mise en place des groupes de médecine familiale et de cliniques-réseaux devrait éventuellement faciliter, nous l'espérons, l'accès à un médecin le jour, le soir ou les fins de semaine. Il s'agit cependant d'un processus long et complexe qui demande l'adhésion des médecins, ce qui est loin d'être acquis.

Nous profitons de l'occasion pour souligner que, dans le but d'assurer un meilleur service, les omnipraticiens devraient systématiquement faire part aux usagers des résultats des tests qu'ils leur ont fait passer, incluant les prises de sang. Trop souvent, les médecins leur disent que, s'ils ne reçoivent pas d'appel, c'est que tout est normal. Or, l'usager veut non seulement être rassuré sur son état de santé, mais être certain que le médecin a bien reçu les résultats. Il arrive malheureusement qu'on oublie de communiquer les résultats au médecin et que celui-ci ne fasse pas le suivi nécessaire, de sorte que l'usager croit, parfois à tort, que tout est normal.

Quant au médecin spécialiste, il devrait s'assurer que l'usager est pris en charge dans un délai raisonnable, qu'il a accès aux tests requis, reçoit le diagnostic et, si nécessaire, est inscrit sur la liste d'attente appropriée.

Nul doute qu'avec des corridors de services efficaces il serait possible d'éviter ou du moins de réduire le recours à des corridors de services informels.

Là, on a ajouté un petit... Il y a un petit ajout au niveau des centres médicaux spécialisés. Dans un premier temps, les exigences formulées dans la loi pour la mise sur pied d'un centre médical spécialisé, visées aux paragraphes 1° et 2° du premier alinéa de l'article 333.3,

sont très bien définies et nous rassurent quant à la qualité des soins et des services qui seront donnés aux usagers. Sur l'ajout, on pose deux questions pour lesquelles probablement il y a des réponses qui ont déjà été données, mais on aimerait l'entendre, en tout cas. Est-ce que l'on comprend bien qu'un établissement peut conclure une entente avec un centre médical spécialisé visé au paragraphe 1° du premier alinéa de l'article 333.3 ou avec un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2° du même alinéa et du même article? Puis est-ce qu'un centre médical spécialisé — je sais que la question a été posée, je pense, assez souvent — et un centre médical associé ont la même signification?

Les articles qui ont retenu davantage notre attention sont les suivants, avec lesquels nous sommes d'accord: la possibilité de demander au Bureau du Collège des médecins un avis sur la qualité et la sécurité des traitements médicaux spécialisés dispensés; des mécanismes de surveillance qui permettent à l'établissement de s'assurer de la qualité et de la sécurité des services médicaux dispensés; un établissement peut communiquer un renseignement contenu au dossier d'un usager à un médecin qui dispense, dans la clinique, des services médicaux spécialisés et vice versa; les sommes qui peuvent être réclamées d'un usager qui obtient un service médical spécialisé dans une clinique médicale associée; une agence peut mettre fin à une entente lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire que la qualité et la sécurité des services médicaux ne sont pas conformes aux articles.

Nous sommes entièrement d'accord avec l'article 333.6 qui exige que l'exploitant d'un centre médical spécialisé visé au paragraphe 2° du premier alinéa de l'article 333.3 s'assure que toute personne qui y reçoit une chirurgie ou un autre traitement médical spécialisé y obtient également tous les services préparatoires et postopératoires normalement associés à cette chirurgie ou à ce traitement, incluant tous les services de réadaptation et de soutien à domicile nécessaires à son complet rétablissement.

Rapidement, les plaintes des usagers. Au sujet du traitement des plaintes concernant les centres médicaux spécialisés, nous aimerions nous assurer que le paragraphe 7° du premier alinéa de l'article 349.3 signifie bien que la plainte sera logée auprès de l'établissement qui a dirigé l'usager vers ce centre médical. Ça, c'est à clarifier.

L'usager qui a reçu des soins et des services dans un centre médical spécialisé où exercent exclusivement des médecins non participants de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui veut porter plainte au sujet des soins et services reçus, peut-il s'adresser au Protecteur des usagers? Nous estimons qu'il y aurait lieu de le clarifier dans la loi, évidemment si c'est possible.

Le rôle des comités des usagers. Nul doute que le comité des usagers se doit d'être un bon représentant des usagers ainsi qu'un interlocuteur significatif auprès de la direction générale et du conseil d'administration de l'établissement. Ça, je pense que c'est important de le souligner. C'est qu'il est important de rappeler que son rôle n'en est pas un de gestionnaire, puis il y en a trop qui ont souvent tendance à jouer les gestionnaires dans l'établissement, et qu'il ne lui revient pas de corriger lui-même les situations problématiques observées dans l'établissement.

La Direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux a publié un cadre de référence

sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents. Cet outil aide les personnes qui siègent aux comités à mieux comprendre leur rôle, leurs fonctions ainsi que les limites de leurs actions dans l'accomplissement du mandat qui leur est confié par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit d'un document d'une très grande qualité, et le regroupement est reconnaissant à la Direction de la qualité de l'avoir invité à contribuer à sa réalisation.

En conclusion, le projet de loi n° 33 est une étape importante pour contrôler et limiter les délais d'attente pour les usagers qui doivent recevoir des services médicaux spécialisés ou surspécialisés. Il vient s'ajouter au train de mesures que le gouvernement a engagé, au cours des dernières années, dans le but de raccourcir les listes d'attente, de dynamiser l'organisation du réseau et d'améliorer les services aux citoyens.

Notre grande préoccupation demeure, pour un trop grand nombre d'usagers encore, les délais entre la première rencontre avec un omnipraticien et l'inscription de son nom sur une liste d'attente pour recevoir un service médical spécialisé ou surspécialisé, qui s'échelonnent sur plusieurs mois. C'est pourquoi nous croyons que l'établissement de corridors de services efficaces contribuerait sans aucun doute à raccourcir les délais et à réduire le nombre de tracasseries que doivent subir les usagers.

Les comités des usagers continueront d'être vigilants, plus particulièrement en ce qui concerne la gestion des listes d'attente ainsi que la qualité et la sécurité des services médicaux donnés dans les centres médicaux affiliés. Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci beaucoup, M. Dumesnil. Je cède la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux et aux membres du groupe ministériel.

M. Couillard: Merci, M. le Président. Merci, M. Dumesnil et vos collègues également, pour votre visite. C'est toujours un plaisir de vous retrouver en commission parlementaire.

Je dirais que — un bref commentaire — vous avez entièrement raison sur le fond, c'est-à-dire qu'éventuellement c'est toute la chaîne de l'histoire de la personne, avec le système de santé, qu'il faut intégrer dans un continuum, là. Ça commence avec l'omnipraticien, ensuite les examens, ensuite les consultations, ensuite la chirurgie.

Ce qu'on regarde, quand on fait le tour des États actuellement qui ont des approches vraiment proactives dans l'accès aux soins, c'est que très peu nombreux sont les pays qui sont capables de mesurer ces délais-là parce que c'est très fragmenté, les systèmes de santé. En fait, le Québec a peut-être un des systèmes de santé les moins fragmentés, si on le compare aux autres, parce qu'il y a des prestataires variés, des payeurs multiples, et il y a toutes sortes de complications dans plusieurs de ces systèmes-là.

Mais un des exemples d'un pays qui semble être capable de le faire — mais il faudra voir les résultats, parce que ça a été annoncé et on n'a pas vu les résultats encore — c'est dans les pays scandinaves mais qui ont cependant une excellente performance dans ce domaine-là.

Donc, on peut penser que, s'ils ne réussissent pas, du moins ils vont s'approcher près de la réussite. La dernière version de leur garantie d'accès, après plusieurs tentatives, hein, il faut le dire, c'est une version qui incorpore tous les délais, à partir de l'urgence vers le contact avec le médecin de famille, le contact avec le spécialiste et le traitement. Mais ça, comme citoyen, c'est ce qu'on voudrait avoir éventuellement dans le système de santé, et je crois qu'il faut y aller par étapes. Si on brûle les étapes, comme d'autres l'ont montré, on va échouer, puis ensuite les gens diront que le système de santé ne peut pas s'améliorer.

Cette question de la gestion centralisée de la liste d'attente, je suis content que vous mettiez beaucoup d'attention là-dessus parce que je crois également que c'est un facteur de succès important. Vous avez dû entendre, en commission, il y a des gens qui sont venus nous dire: Bien, ce n'est pas nécessaire. Le monde le font, là, puis laissez-les, puis ils vont s'organiser. Ne mettez pas ça dans la loi. Qu'est-ce que vous pensez de ça?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Effectivement, je les ai entendus. Moi, ça m'a... je pense que... Pour l'avoir vécu au CHUM en tout cas, pour y être depuis 10 ans, je pense que c'est un plus pour une organisation, je pense, pour un établissement, puis pour une saine gestion de tout ce qui s'appelle les listes d'attente et puis bien connaître les... Je pense que, peu importe la chirurgie, bien savoir quels sont les délais actuels auxquels la personne doit s'attendre, surtout que cette personne-là soit prise en charge, je pense que c'est un minimum. Et puis ceux qui ne sont pas d'accord avec ça, moi, je pense que j'ai de la difficulté à comprendre pourquoi, parce que c'est une nécessité dans un établissement. Nous, on a demandé éventuellement au CHUM d'avoir cette liste-là régulièrement, et puis on devrait l'avoir bientôt, pour qu'on puisse au moins évaluer puis éviter aussi... et regarder ce qui se passe dans les différentes chirurgies puis en même temps aussi s'assurer que tous les départements font bien leur travail. Alors, évidemment, ce n'est pas tout le monde qui adhère à ça. On sait qu'il y a une difficulté dans les centres hospitaliers. Alors, nous, ce qu'on en pense, c'est qu'on est complètement d'accord. Je ne sais pas si mes collègues... M. le Président.

● (16 h 40) ●

M. Germain (Gérald): Moi, je voudrais remercier. J'ai consulté les autorités du CHUQ, et ils ont bien la situation en main, ils sont en train, ou c'est déjà fait, d'avoir des outils performants pour réaliser une bonne gestion de la liste d'attente. Et, en tant que président du comité des usagers, bien, ça nous concerne beaucoup, et ça nous satisfait au moins que l'administration, ils font des gros efforts pour donner satisfaction à tous les gens qui sont inscrits sur une liste d'attente.

M. Couillard: Les comités des usagers bien sûr participent au conseil d'administration, puis ils avaient fait une remarque sur la communication de l'état du système d'accès à des soins aux réunions du conseil d'administration. Ça aussi, pour les gens qui nous écoutent, ça peut sembler surprenant qu'on soit à demander ça, alors que c'est finalement une des missions fondamentales de l'établissement, donner accès aux services quels qu'ils soient. Donc, le conseil d'administration, à mon avis, un

des éléments qu'il devrait connaître en tout temps, sur le bout de ses doigts, c'est comment son établissement se comporte dans le domaine de l'accès aux services. Et là, effectivement, pour plusieurs raisons, ce n'est que tardivement dans l'histoire du réseau qu'on a commencé à incorporer ça dans les activités régulières des conseils d'administration. Il y aurait long à dire là-dessus, mais ça déborde la question, puis ce n'est pas de la faute nécessairement des gens en place dans les établissements, c'est une question d'habitude, de culture qui s'était établie dans le réseau de la santé.

Il y a une disposition du projet de loi, qu'on a mise là, qui est un peu contestée par les gens des établissements, ça a trait à la fréquence de communication de cette information sur le système de gestion de l'accès au conseil d'administration lors d'une séance publique, parce qu'on voudrait que ce soit une séance où les citoyens peuvent entendre également l'information. On nous a dit que tous les mois, là, c'est un peu trop rapide, ça va être trop lourd. On nous suggère de l'étaler dans le temps, un peu, pour que ce soit plus valable, qu'il y ait des différences plus significatives entre deux communications et qu'on puisse en faire une discussion approfondie.

Leur crainte, disent-ils, c'est que ce soit un peu lourd, et, deuxièmement, qu'il n'y ait pas jamais vraiment de discussion approfondie, sinon ça devient un élément presque routinier qui revient tout le temps dans le conseil d'administration. Je ne sais pas ce que vous pensez de ça.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Bien, écoutez, premièrement, il va y avoir un comité de vigilance et de la qualité qui devrait être en place au mois d'avril. Nous, on a déjà un comité de service à la clientèle qui existe, au CHUM, depuis quelques années. Et puis évidemment tout ce qui est à suivre dans le milieu, que ce soient les incidents, les accidents, les listes d'attente, tout ce qui est qualité fait déjà l'objet en tout cas de discussions. Les listes d'attente, on ne les avait pas. Que ce soit au mois ou aux deux mois, mais, moi, je n'irais pas aux trois ou quatre mois, au trimestre. Parce qu'évidemment, si on veut suivre l'évolution de ce qui se passe dans le milieu, je pense qu'il y a des comptes à rendre au conseil d'administration puis je pense qu'il faut régler la fréquence. Si ce n'est pas mensuel, bien, allons-y à tous les deux mois, mais il faut que ce soit fait régulièrement.

Puis je reviens à la charge. Le comité de vigilance, lui, il est capable de le suivre. Normalement, il devrait avoir un rapport parce qu'il se réunit... Normalement, il devrait se réunir à peu près à tous les mois, puis il devrait avoir un rapport et puis que le rapport soit remis à chaque fois au conseil d'administration.

M. Couillard: Oui, puis je me souviens, moi, j'ai eu l'occasion puis, je dirais, le privilège de participer, dans les établissements de santé, aux comités de direction où j'ai d'ailleurs été en contact avec des gestionnaires remarquables qui m'ont beaucoup appris sur la façon dont le système de santé fonctionne, dont un établissement est géré. Et ça m'avait surpris au début, là, qu'on avait des renseignements extrêmement précis sur des éléments tels que les heures supplémentaires, heures travaillées, non travaillées, le coût des fournitures, toutes ces questions de tableau de bord budgétaire, qui sont naturellement importantes pour l'établissement, mais

qu'on n'avait pas incorporé, dans le tableau de bord, un suivi de l'accès aux services. C'est très indicatif parce que ça voulait dire que, s'il y a un problème budgétaire, l'accès est comme à part, bien on va aller voir si, au moyen de l'accès, on peut régler le problème budgétaire. Vous voyez? C'est toute une culture du réseau également qui est autour de ça, puis ça ne date pas d'il y a deux ans, quatre ans, six ans, ça fait une trentaine d'années que le réseau de la santé existe.

Alors, le fait de mettre ça maintenant dans le tableau de bord, dans la communication, dans la mission fondamentale de l'établissement, ce que c'est, hein, en pratique, donner des soins de qualité, sécuritaires, au moment opportun — dans tous les établissements, c'est ça, la mission fondamentale — il me semble que c'est déjà de nature à susciter des questions, des débats, puis nécessairement de l'amélioration parce que, si on ne discute pas de quelque chose, c'est difficile de l'améliorer.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Ce que je peux ajouter là-dessus, M. le ministre, c'est que, pour le CHUM, en tout cas, à chaque fois qu'on a ajouté des éléments nouveaux, des indices de performance, à chaque fois, il y a eu des réactions négatives, mais ils y sont arrivés quand même parce qu'évidemment les gens... Là, la plupart du temps, c'est que les gens ne sont pas prêts... Quand on gouverne dans un établissement, les gens ne sont pas toujours prêts à dire exactement les choses, comment elles se passent, puis surtout que ce soit contrôlé ou vérifié. Alors ça, c'est une culture qui a changé avec les années, là, je dois dire. Moi, ça fait 10 ans que je suis là; ça a énormément évolué depuis ce temps-là.

M. Couillard: Effectivement. Je vais passer quelque temps qu'il nous reste pour répondre à quelques-unes de vos questions — je pense que c'est important — d'abord sur le type d'ententes qui peuvent être conclues. Les ententes de centres associés ou de cliniques associées ne peuvent être conclues qu'avec des cliniques contenant des médecins participants. Cependant, dans les cas — on les espère très rares — où les gens ne peuvent obtenir de services dans les délais, là on prévoit de pouvoir faire des ententes pour obtenir ces services avec des cliniques avec médecins non participants, mais il s'agit d'ententes ponctuelles basées sur des cas précis qu'on veut voir prendre en charge, et bien sûr, à ce moment-là, on est dans une situation complètement différente, et ils doivent être autorisés par le titulaire du poste de ministre de la Santé et des Services sociaux. Pourquoi? Parce qu'on veut s'assurer que, lorsqu'il y a une demande qui est faite pour utiliser ce moyen-là, on soit sûr que tous les autres moyens ont été utilisés.

Moi, je suis persuadé, là, persuadé que, lorsque la personne va arriver à la limite, la première solution, c'est: Aïe! On opère la semaine prochaine. En pratique, je l'ai vu, ça, et il y a des hôpitaux... Je connais un hôpital, au Saguenay—Lac-Saint-Jean, qui a fait ça récemment. Ils ont dit: Bon, on va réserver maintenant une période de temps opératoire uniquement réservée pour opérer des gens dont on sait qu'ils arrivent à la limite. Et c'est incroyable, l'impact que ça a eu sur les personnes. Alors, je pense que ça, c'est important. Ces ententes-là, ce n'est pas du même type que les ententes avec les médecins participants.

Les cliniques associées, c'est compliqué, je le sais, c'est compliqué. Moi aussi, je trouve ça compliqué, j'aurais aimé ça que ce soit plus simple que ça. J'essaie de le rendre plus simple que ça, mais il y a quelqu'un qui m'a dit un jour: Tu sais, les problèmes complexes n'ont pas nécessairement une solution simple. Et puis il y a peut-être une démonstration devant nous, ici.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): On dit souvent: À tous les problèmes complexes, il y a une solution simple généralement mauvaise.

M. Couillard: Alors, une entente de clinique associée peut être conclue avec trois types d'endroits: un cabinet privé — il en existe déjà — et un laboratoire — pourquoi un laboratoire? parce qu'une clinique de radiologie où il y a une résonance magnétique, par exemple, c'est considéré légalement comme un laboratoire — et, troisièmement, un centre médical spécialisé. Alors, il y a trois situations différentes où on peut faire une entente de type clinique médicale associée, et ces trois situations sont des situations existantes. La perception, c'est qu'on ajoute quelque chose. Non, on définit ce qui existe. Et c'est ça, là, qu'il faut comprendre, c'est que les centres médicaux spécialisés, ils existent, il y en a, on peut les nommer. La seule chose, c'est que maintenant on les nomme en termes de catégorie, on les identifie, on les encadre également sur le plan du fait d'avoir un directeur médical, d'avoir une administration, un agrément, tous ces éléments-là qui ne sont pas présents actuellement.

Bon. La dernière question que vous avez posée, c'est la question de l'intervention du Protecteur des usagers lorsqu'il s'agit de soins donnés par des médecins non participants. En général, on ne peut pas le faire. Le Protecteur des usagers de services de santé et de services sociaux, il est là pour les gens qui ont recours aux services du réseau de santé et de services sociaux. Par définition, un médecin non participant, il s'est placé lui-même ou elle-même en dehors de ça, non pas juste en dehors du réseau, mais en dehors même du système d'assurance maladie, d'assurance hospitalisation du Québec.

Maintenant, ce que la Protectrice du citoyen nous a dit, il y a quelques minutes, avant vous, c'est que peut-être qu'on devrait regarder le cas spécifique de ces ententes ponctuelles dont je vous parlais tantôt, où c'est le système de santé qui envoie la personne pour être opérée. Je ne sais pas si vous comprenez la nuance. En bref, le Dr X dont on parle tout le temps, à Montréal, là, qui fait de la chirurgie, qui est non participant au régime, je ne vois pas par quel argument actuellement on pourrait l'impliquer dans le système de plainte du réseau, ce n'est pas le réseau de la santé. Cependant, s'il y avait une entente entre, je ne sais pas, le CHUM, par exemple, puis le Dr X pour faire des procédures lorsque les délais sont dépassés, bien là il faut se poser la question. C'est la question que vient de nous poser la Protectrice du citoyen. Vous voyez, c'est exactement la façon dont les choses évoluent actuellement. Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Est-ce que ces réponses vous satisfont? Oui.

M. Dumesnil (Jean-Marie): ...la question au niveau d'une plainte d'un usager, qui se fait dans une

clinique médicale spécialisée mais évidemment participante, où le patient a été référé, à savoir: Est-ce qu'à ce moment-là on porte plainte directement à l'établissement même, parce qu'il y a un commissaire aux plaintes dans l'établissement? Dans la clinique en question, il n'y a pas de commissaire aux plaintes. Alors, c'était seulement pour le clarifier, parce que j'en ai discuté avec le commissaire aux plaintes aussi, puis on n'était pas...

M. Couillard: Alors, la réponse à ça, c'est: Oui, s'il est — mais attention aux mots — référé dans le cadre d'un contrat d'association.

M. Dumesnil (Jean-Marie): D'un contrat... Oui.

M. Couillard: Parce que, moi, je pourrais vous dire, comme membre d'un hôpital: Bien, allez donc voir le Dr X sur telle route. Ça, c'est référer, mais ce n'est pas un contrat d'association formel. À ce moment-là, le réseau de la santé a officiellement conclu une entente avec un dispensateur de soins, et, à ce moment-là, s'il y a une plainte à formuler, autant sur le côté médical que sur le côté non médical, elle suit la procédure d'examen des plaintes de l'établissement. Alors donc, pour un médecin, c'est le médecin examinateur puis le comité de révision, puis, pour les autres, bien c'est le système que vous connaissez, là, d'examen.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): M. Germain, oui.

● (16 h 50) ●

M. Germain (Gérald): Si vous permettez, je voudrais revenir sur la dernière page de notre mémoire, la grande préoccupation du comité des usagers, qui est les délais d'attente sur les listes. Dans la perception des usagers, la perception de la population — remarquez, on n'a pas fait de grand sondage, là, mais on a consulté des gens — c'est que les gens ont la perception qu'ils vont être inscrits sur une liste d'attente la journée qu'ils vont consulter un omnipraticien, et il faudrait clarifier cette situation-là, soit dans des campagnes de publicité ou soit dans les documents explicatifs, pour être bien sûr que c'est bien compris, parce que c'est la perception qui, semble-t-il, est dans l'esprit des gens.

M. Couillard: Alors, là-dessus, encore une fois, il y a très peu d'États, s'il y en a, qui font ce genre de mesure là et de comptabilité là; c'est excessivement complexe. Ça, c'est le genre de chose qu'on annonce, puis que c'est bien, ça a l'air très intéressant, puis, deux ans plus tard, ce n'est pas sur pied parce que c'est tellement compliqué.

M. Germain (Gérald): Oui. C'est ça. Je comprends.

M. Couillard: Maintenant, on est conscients, puis je l'ai dit plusieurs fois, que le délai de la liste d'attente, c'est l'aboutissement d'un processus; il y a eu d'autres délais avant. Ça, on le dit de façon très claire. Et on a des actions en cours pour ces autres délais là. J'espère qu'un jour, au Québec — puis, comme disait Mme la députée, les lois survivent à leur auteur, puis il y aura forcément, un jour, d'autres personnes qui prendront le relais — bien, que peut-être la prochaine étape, c'est l'étendue de la garantie d'accès, parce que l'autre étape après, je pense, c'est l'inclusion de tout le processus de soins de la garantie d'accès. Et il faut y arriver, je crois, progressivement.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci. La parole est désormais aux membres de l'opposition. Je reconnais la députée d'Hochelaga-Maisonneuve et porte-parole de l'opposition en matière de santé.

Mme Harel: Alors, merci, M. le Président. M. Dumesnil, M. Ménard, M. Germain, bienvenue au nom de ma formation politique et de moi-même. Vous mentionniez, M. Dumesnil, que ça fait déjà 10 ans que vous vous dévouez dans le cadre de comités d'usagers, au CHUM et aussi dans la formation naissante... hein, n'est-ce pas, comme vous êtes père fondateur de l'association des comités d'usagers du Québec, en fait.

M. Dumesnil (Jean-Marie): ...

Mme Harel: C'est ça. Est-ce que vous vous représentez lundi prochain?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Non. Nous, on est en... Je veux juste faire la nuance.

M. Couillard: Il n'y a pas d'élection.

Mme Harel: Ah! Il n'y a pas d'élection pour les...

M. Couillard: ...usagers.

Mme Harel: Ah! Vous êtes... C'est vrai, ce sont les usagers et non pas les représentants d'usagers, sur le conseil, mais le représentant...

M. Dumesnil (Jean-Marie): Au niveau du regroupement provincial, c'est quelque chose qui est en train d'être finalisé en termes d'organisation et structure. Rapidement, ça fait quatre ans qu'on travaille là-dessus, puis là on est dans une étape maintenant de finaliser nos structures avec les régions et avec les différentes missions aussi du milieu de la santé et des services sociaux.

Mme Harel: Bon. Alors, dans votre mémoire, à la page 4, vous dites ceci: «On ne peut dissocier les délais d'attente pour une chirurgie aux heures d'ouverture des blocs opératoires.» Vous continuez en disant: «Le prolongement des quarts de travail n'est pas toujours autorisé, même si le chirurgien est disponible, que ce soit à cause d'un manque d'effectifs ou parce que les heures supplémentaires sont interdites pour des raisons budgétaires.» Et là vous nous mentionnez: «Combien de fois des usagers déjà sur place ont dû quitter l'hôpital parce qu'à la fin de la journée leur chirurgie était reportée!»

Vous êtes très en contact avec le milieu hospitalier, le milieu médical. Je le fus, moi, parce que mon conjoint a été opéré pour un anévrisme à l'aorte, et à peu près tous les spécialistes que j'ai eu à rencontrer m'ont tous dit la difficulté qu'ils avaient à opérer du fait justement de ne pas avoir de temps d'opération au bloc opératoire, pour toutes sortes de raisons, mais le fait est qu'ils s'en plaignent tous, n'est-ce pas? La question, je vous la pose parce que c'est bien évident que vous n'avez pas inscrit cela dans votre mémoire sans que vous nous rappeliez la nécessité qu'il y ait — comment dire, donc? — dans le réseau public, hein, il y ait les investissements voulus pour que les résultats obtenus soient à la hauteur de l'attente, je pense, du ministre, mais aussi de toute la population.

Et là la question que je voudrais vous poser, je l'ai posée à M. David Levine, ce matin, je l'ai posée à tous les directeurs généraux des agences qui sont venus pour une reddition de comptes de leurs décisions, de leurs activités et de leur gestion, là, au cours des trois dernières années, qui sont venus devant cette commission. Et tous sans exception, avec une nuance avec M. Levine — j'y reviendrai — tous ont dit: Nous, on pense qu'on peut arriver à réduire les délais d'attente dans le réseau public en autant qu'on ait les moyens financiers, les budgets pour le faire. M. Levine a ajouté qu'il croyait aussi fermement pouvoir y arriver dans le réseau public, mais que les «backups» — vous connaissez l'expression grecque, n'est-ce pas...

Des voix: Ha! ha! ha!

Mme Harel: ... — qu'advenant des «backups», n'est-ce pas, ce pouvait être utile, éventuellement, mais il ne le voyait pas maintenant.

Ce que je voulais vous demander, c'est: Vous qui, depuis 10 ans, évoluez dans tous ces milieux-là, croyez-vous nécessaire qu'en dehors de l'hôpital... Je le dis parce qu'il peut y avoir des cliniques affiliées, associées présentement. La loi le permet, le prévoit, il y en a déjà. L'article 108, n'est-ce pas, que vous connaissez sûrement, qui permet à tout établissement de signer des ententes avec une clinique, par exemple, et puis qui assure que la dispensation des soins se fait pour les usagers de l'établissement, de l'hôpital qui a signé ladite entente. Pourquoi est-ce qu'il faudrait aller plus loin que ce qui existe déjà et qui permet déjà des soins, si nécessaires — pas nécessairement, mais si nécessaires — dans des cliniques conventionnées, là, par entente avec les établissements?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Écoutez, la première des choses que l'on souhaite, c'est qu'avec des budgets additionnels qui... Parce que les médecins se plaignent, définitivement, ils se plaignent du manque de disponibilité. Ça, c'est évident. On souhaite qu'avec les budgets additionnels éventuellement s'étende l'opportunité de faire des chirurgies si les médecins spécialistes y adhèrent, parce que la fédération ne semble pas être d'accord, mais je pense que, sur le terrain, les gens sont d'accord, les spécialistes sont d'accord pour faire des heures additionnelles.

Je pense que, des cliniques affiliées, on devrait peut-être y avoir recours à l'ultime. Pour l'instant, les délais d'attente, ce qu'il faut regarder, c'est que les délais d'attente ont quand même sensiblement été réduits au cours des dernières années. Et puis ce qu'on voit, comme ces cliniques-là associées, c'est beaucoup plus une police d'assurance parce qu'on fait face à une population de plus en plus vieillissante, veux veux pas. Évidemment, les pathologies sont multiples. On fait vivre nos gens... Les personnes, je veux dire, vivent beaucoup plus longtemps maintenant, sont beaucoup mieux soignées. Alors, je pense qu'il faut avoir les ressources pour être capables de limiter en tout cas, potentiellement, les délais d'attente. Je ne sais pas si mes collègues veulent intervenir.

Mme Harel: Bien, en fait, la police d'assurance, elle est déjà dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et puis le fait est qu'il y a déjà de ces ententes avec les cliniques. Je pense, entre autres, à Notre-Dame, avec tous les investissements qui ont été faits en

oncologie. On a vu les résultats assez extraordinaires, hein — je pense que c'est Mme Marois à l'époque, là, qui avait déjà annoncé ces investissements, mais — en cardiologie, en oncologie, cataracte, genou, hanche. Et la question que beaucoup, beaucoup se sont posée devant cette commission — vous êtes les derniers, là, ce soir, c'est avec vous qu'on termine: Mais pourquoi cette loi, alors, si ce n'est pour introduire l'assurance privée duplicative pour laquelle il n'y aura pas de comité d'usagers? Parce que l'assurance privée duplicative dans les centres médicaux spécialisés, là, avec médecins non participants, je ne sache pas que ni la Protecteur des usagers, ni le Protecteur du citoyen, ni votre structure de comité d'usagers sera là bienvenue. Est-ce que je me trompe?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Vous ne vous trompez pas. Mais, premièrement, ce genre de clinique là n'existe pas encore, puis on ne sait pas à quel moment ça va exister si jamais ça existe. Parce que, quand on parle d'assurance, il faut faire attention. Qui va y adhérer, à cette assurance-là? C'est des gens qui en ont les moyens. Ce n'est pas des gens qui n'ont pas les moyens. Alors, je pense que ça reste à voir. Nous, on est quand même sceptiques à ce niveau-là, là. Je pense qu'on va y aller davantage avec les cliniques associées qui font déjà affaire avec les établissements, puis ça, je pense qu'on est bien à l'aise là-dedans aussi.

● (17 heures) ●

Mme Harel: Et la question, à ce moment-là, peut-être vous pouvez y répondre. Vous êtes tellement familier avec tous les dispositifs, là. Tantôt, vous avez fait toute la nomenclature de tout ce qui existe comme qualificatifs dans le réseau. Je n'arrive pas encore à m'expliquer, même après des heures de travaux en commission, là, pourquoi... quelle est l'intention du ministre d'introduire des CMS, centres médicaux spécialisés, avec participants, c'est-à-dire des médecins couverts par l'assurance maladie du Québec, la RAMQ comme on dit, et les cliniques médicales associées. C'est quoi, la différence? Parce que finalement, quand on le regarde de près, il n'y en a pas, de différence. Ce sont des médecins qui se font rembourser par l'assurance maladie, à moins que... Dans le cas des CMS, la seule différence que je peux y voir, c'est qu'ils peuvent accepter tous les patients qui se présentent pour un genou, une hanche, une cataracte. Mais, comme vous avez dit vous-même, les délais d'attente pour ces chirurgies-là sont presque anéantis. Puis M. Levine a annoncé, là, que l'Hôpital de Lachine se verrait confier 4 000 cataractes, là, puis, bon, etc. Alors, ça sert à quoi? C'est pour faire plaisir à qui? C'est quoi, l'idée de compliquer les affaires? C'est la question que je vous pose.

M. Dumesnil (Jean-Marie): C'est une question compliquée aussi. Je ne sais pas si, Claude, tu veux t'avancer ou... Je pense que mes collègues ne s'avanceront pas là-dessus.

Une voix: Je pense que ce serait à M. le ministre de répondre à ça.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Oui. Je pense qu'on est, nous... Ce que je vous dirais, Mme Harel, c'est que... Tantôt, je parlais de police d'assurance, entre guillemets, d'avoir des établissements qui éventuellement vont être capables de pallier aux besoins qui pourraient exister au

niveau des chirurgies dans le milieu de la santé, mais on n'est pas des experts. Nous, ce que l'on souhaite, tout bonnement, c'est que ces listes d'attente là, avec les moyens qui sont pris présentement... Une liste d'attente ne sera jamais à zéro, parce que, des listes d'attente, il va toujours y en avoir, mais qu'on y aille dans les délais qui sont prescrits pas seulement par la loi, mais dans les différents établissements, dans les différentes régions. Mais, pour le reste, moi, je vous dirais qu'en tant qu'usagers, nous, ce qu'on souhaite, c'est d'avoir des soins et services de qualité le plus rapidement possible.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Oui. Je veux simplement vous informer que la députée de Rimouski veut poser une question. Je ne sais pas si...

Mme Harel: Bien, combien de temps reste-t-il?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il reste neuf minutes.

Mme Harel: Neuf minutes? Bon. Ça va être rapide... Dans votre mémoire, à la page 9, vous vous considérez comme, disons, satisfaits, là, que dans le cas des centres médicaux spécialisés, donc avec non participants, là, privés-privés, là, qu'il y ait obligation d'offrir aussi dans le privé les services pré et postopératoires. Mais la même obligation n'existe pas pour les centres médicaux spécialisés avec les médecins qui se font rembourser par l'assurance maladie. Ça veut dire que la personne peut sortir de ce centre médical spécialisé ou de cette clinique médicale associée et puis avoir besoin, par exemple, de réadaptation — vous étiez là au moment où j'ai échangé avec la Protectrice du citoyen — puis là je vous dis que son tour ne viendra pas vite, là, parce que c'est sûr que l'hôpital va passer en premier les cas de réadaptation fonctionnelle intensifs qui sont hospitalisés, pour pouvoir libérer des lits. Ensuite de ça, vous avez compris aussi que c'est d'abord ceux qui sont couverts par l'assurance accident puis, après, ceux et celles qui sont couverts par l'assurance automobile.

Alors, est-ce qu'il n'y a pas un danger, quand on introduit un agent payeur qui est l'assurance, avec l'exemple que le ministre donnait lui-même de son réflexe, lorsqu'il était pratiquant, lorsqu'il exerçait, que la première chose qu'on fait, c'est de demander: Avez-vous des assurances?, puis là ces gens-là peuvent... s'il y a des complications, s'il y a de la réadaptation, s'il y a toute autre chose par la suite, là, que ce soient finalement les gens qui ont des assurances qui passent les premiers?

Mme Dumesnil (Jean-Marie): Mais, moi, ce que j'en ai compris — puis on pourra me corriger — c'est que, quand l'établissement a une entente avec une clinique médicale associée — c'est votre question — quand on réfère un patient, la prise en charge du patient demeure toujours la responsabilité du centre hospitalier, ce qui veut dire que l'agent de liaison ou l'infirmière de liaison, peu importe, l'infirmière pivot normalement est en place pour être capable de s'assurer que la personne, dès qu'elle sort de l'hôpital... je veux dire, a eu sa chirurgie, qu'elle est prise en charge, quand vous parlez d'un postopératoire, qu'elle est prise en charge par le CLSC, le maintien à domicile, peu importe. Nous, c'est ce qu'on en comprend. Alors, je ne vois pas...

Mme Harel: Pas dans la loi.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je ne vois pas de difficulté.

Mme Harel: Ce n'est pas dans la loi, cependant. Quand vous regardez le projet de loi, concernant les cliniques médicales associées, ce que le ministre doit prendre en considération avant d'accepter la proposition de l'agence... Parce que, contrairement aux ententes actuelles, c'est l'établissement qui les signait, les ententes. Là, c'est l'agence qui va les recommander, le ministre qui pourrait les autoriser. Ce dont il doit tenir compte, c'est que ça ne va pas affecter la capacité de production du réseau public de santé et de services sociaux, compte tenu évidemment de la pénurie de personnel, notamment en regard de la main-d'œuvre. Et puis ça doit aussi préciser la procédure pour déterminer la clinique, etc., mais ça ne le dit pas du tout. Ça ne le dit que pour les centres médicaux spécialisés privés. Pour les autres, y compris pour les cliniques médicales associées, la loi ne prévoit pas du tout qu'il doit y avoir, par exemple, le post-opératoire à la responsabilité de l'hôpital.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Bien, nous, c'est ce qu'on en avait compris. À moins d'avoir un avis différent, moi, je l'ai toujours compris comme ça. Puis je me souviens, dans quelque commission parlementaire, c'est arrivé... je veux dire, dans quelques présentations, que même... en tout cas, je ne veux pas le dire... en tout cas, le ministre l'a souligné qu'à un moment donné la prise en charge d'un patient, pour nous, c'est toujours l'établissement. Puis, pour en avoir discuté avec des collègues à l'hôpital, des infirmières, eux autres me disent: Écoutez, on a une responsabilité envers ces patients-là. C'est que, dès qu'ils ont leur chirurgie, est-ce qu'on les envoie dans un centre de transition ou de réhabilitation, peu importe? Alors, nous, on le comprend comme ça. On ne le comprend pas différemment, à moins que le ministre ou que les gens décident de l'inscrire dans la loi.

Mme Harel: Bien, regardez, M. Dumesnil, on vous promet une chose, on va l'ajouter quand on va faire l'étude article par article. Parce que, à 349.3, l'entente avec la clinique médicale associée, on prévoit tout ce que l'entente doit contenir, et il n'y a rien qui concerne le postopératoire. Alors, on verra bien...

M. Dumesnil (Jean-Marie): Ce sera à suivre.

Mme Harel: On verra bien... Merci.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Très bien. Oui, Mme la députée de Rimouski. Je vous indique qu'il reste 4 min 40 s.

Mme Charest (Rimouski): Ça va être court et touchant. Bonjour, M. Dumesnil. Ça me fait plaisir de vous revoir. Merci d'être là avec vos collègues, vos compagnons. Vous avez beaucoup abordé la question de la gestion des listes d'attente et, à la page 4 de votre mémoire, vous dites que vous êtes d'accord, là, avec l'article 431.2 parce que ça dit, cet article-là, que le ministre peut, après avoir obtenu l'autorisation du gouvernement, prendre toute mesure nécessaire pour

que soient mis en place des mécanismes particuliers d'accès permettant le service visé autrement accessible dans des délais qu'il juge raisonnables, s'il estime que le temps d'attente pour un service médical spécialisé dans l'ensemble du Québec ou dans l'une de ses régions est déraisonnable ou sur le point de le devenir.

Alors, comme, moi, je n'ai pas vu dans la loi des prémisses ou enfin des bases sur lesquelles ça pourrait se faire, je voudrais savoir, d'après vous, quand, selon vous, le temps d'attente pour un service médical spécialisé est déraisonnable et sur quelles bases ou sur quelles prémisses les délais d'attente doivent être établis.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Est-ce que vous êtes touché, M. Dumesnil?

M. Dumesnil (Jean-Marie): Je vous dirais que je n'ai pas de réponse à ça parce que, les délais d'attente, je pense que, dans l'ouverture qui est faite dans la loi, c'est qu'il y a une possibilité... en tout cas, il y a une provision qui est faite que, si jamais on se retrouve éventuellement avec certaines chirurgies où des listes d'attente deviennent tout à fait déraisonnables et dangereuses, on a une ouverture pour dire: Bien, écoutez, évidemment, avec le gouvernement, c'est qu'on y va avec cette police d'assurance là de dire qu'on a peut-être besoin de faire des chirurgies dans certains endroits. Mais les délais, moi, je ne les connais pas puis je ne peux pas aller plus loin que ça. Je ne pense pas que... Je ne suis pas à l'aise pour répondre à cette question-là plus que ce que je vous dis, là, Mme Charest, avec tout le respect que je vous dois.

Mme Harel: M. Dumesnil...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Un instant, s'il vous plaît, il y a une complémentaire, je pense.

Mme Charest (Rimouski): Non, ça va.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Non, ça va?

O.K.

• (17 h 10) •

Mme Harel: Alors, M. Dumesnil, je vous invite à peut-être relire le projet de loi, notamment l'article 349.10 — ce n'est pas simple, les projets de loi en santé n'est-ce pas — qui dit que les services dispensés par un médecin dans le cadre de l'entente de clinique médicale associée sont réputés rendus dans l'installation de l'établissement qui dirige l'utilisateur vers la clinique médicale associée aux seules fins de la rémunération du médecin.

C'est aux seules fins de la rémunération de ce médecin que finalement les services dispensés par le médecin sont réputés être rendus dans l'installation de l'établissement qui dirige l'utilisateur. En fait, juridiquement parlant, l'établissement qui dirige l'utilisateur vers la clinique médicale associée considère finalement que les services dispensés par le médecin sont réputés être rendus chez elle uniquement aux fins de la rémunération. C'est-à-dire que, par exemple, on le sait, en termes d'hospitalisation et de réadaptation, il y a toujours priorité aux personnes qui sont hospitalisées, pour pouvoir ensuite libérer un lit, mais, en vertu de cet article du projet de loi, ils ne seraient pas considérés comme des patients de l'hôpital.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Écoutez, nous, on n'est pas des avocats.

Mme Harel: Non, mais voulez-vous qu'ils le soient? C'est ça qui se pose.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Oui. Je pense que c'est important, mais je veux dire...

Mme Harel: Bon. Alors, quand on en parlera en commission, je rappellerai au ministre que M. Dumesnil le voulait.

M. Dumesnil (Jean-Marie): Bien, dans son ensemble, il faut faire attention. Je vais ajouter, si vous permettez, Mme Harel, c'est que, pour le commun des mortels, c'est très complexe, vous savez, cette loi-là, quand on la relit. Mais toutes les lois sont faites comme ça en général. Alors, nous, on est des bénévoles qui essayons évidemment, bien honnêtement et avec humilité, de le lire et de l'interpréter, puis je vous dis bien «d'interpréter», dans les chapitres avec lesquels nous étions confortables, puis ça, c'est très important.

Mme Harel: Écoutez, moi, je vous félicite. Dans le fond, ce qui compte ici pour nous, là, ce n'est pas pour que vous soyez des exégètes de la loi. Ce qui compte, c'est que vous nous disiez qu'est-ce que vous pensez qui serait préférable pour les usagers. C'est ça qui compte.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, merci. Il restait 5 m 45 s du côté ministériel dans le bloc précédent. Je pense que le ministre veut ajouter quelques explications sur cet item-là.

M. Couillard: Bien, qui vont s'adresser à tout le monde. C'est parce qu'on a... Je sens que d'ailleurs ce seront des discussions qui vont revenir fréquemment dans l'étude article par article, sur plusieurs items. D'abord, sur la question de la réadaptation, pourquoi c'est différent dans les cliniques de médecins participants et non participants? Prenons le cas d'abord de la clinique d'un médecin non participant, c'est qu'on veut s'assurer que tous les soins sont donnés pour s'assurer justement qu'on n'ait pas le phénomène, entre guillemets, de dumping, on opère le patient puis — pouf! — on le renvoie dans le réseau public pour le reste des épisodes de soins. Ça, c'est une situation.

Pour ce qui est des cliniques ou des centres médicaux associés ou les ententes avec une clinique de médecins participants, c'est le patient encore dont la continuité de services est sous la responsabilité de l'établissement. Ils l'envoient là pour sa chirurgie, mais ils demeurent responsables de la continuité de soins. D'ailleurs, dans le résumé, ici, on dit que l'«établissement [...] peut communiquer un renseignement [...] qui dispense, dans la clinique[...]. [...] ce médecin peut, une fois les services médicaux spécialisés dispensés, communiquer à cet établissement tout renseignement contenu au dossier [...] qui est nécessaire afin d'assurer la continuité des services par l'établissement».

Donc, dans le continuum de soins, l'épisode chirurgical est fait dans cette installation-là, mais la continuité des soins, incluant la réadaptation, demeure

sous la responsabilité de l'établissement. Ce n'est pas différent, là, de...

M. Dumesnil (Jean-Marie): Dans notre mémoire d'ailleurs...

M. Couillard: Ça, c'est, attends un peu, 349.3, dernier alinéa.

Maintenant, l'autre élément... Puis on reviendra là-dessus, c'est sûr, quand on fera l'étude article par article, mais je pense que je vais reprendre l'explication de la description des différentes installations actuelles dans le réseau de la santé pour qu'on essaie d'avoir une compréhension commune. Et je réalise que ce n'est pas facile, là, et je vais essayer de le faire tranquillement.

D'abord, on ne crée rien, on ne crée rien de nouveau. On décrit et on nomme juridiquement ce qui existe. Où un médecin spécialiste peut-il exercer son art, si je puis dire, actuellement? Dans un établissement avec permis, dans un cabinet privé puis dans un laboratoire. Ça, c'est le paysage actuel. Cabinet privé, les gens qui nous écoutent pensent: Bien, c'est le bureau de docteur. Ça, c'est un cabinet privé. Sauf qu'en pratique, avec l'évolution de la technologie puis de la médecine, le mot «cabinet privé» a été utilisé un peu à toutes les sauces, où on fait toutes sortes d'affaires dans quelque chose qui s'appelle soi-disant un cabinet privé.

Il y a des éléments pour lesquels ce n'est pas très grave que ce soit le cas. Des choses à faibles infrastructures, des petites procédures comme ça, personne n'a d'objection qu'un cabinet privé puisse continuer à le faire. Exemple, il y a une clinique à Montréal, qui s'appelle la clinique de polychirurgie de Montréal, qui fonctionne fort probablement, puisque les médecins facturent la RAMQ, sous le statut de cabinet. O.K.? Ce qui est arrivé dans l'histoire du système de santé — et puis ça, ça ne remonte pas à avril 2003, ça s'est fait avant — il est apparu des endroits où on fait de la grosse chirurgie — exemple, des prothèses de hanche et de genou — par des médecins non participants qui, parce qu'ils n'ont aucun endroit dans le paysage légal pour s'appeler quelque chose, disent qu'ils sont un cabinet privé. Bien là, je pense qu'on arrive à la limite de l'élastique, là, hein, on est d'accord avec ça.

Alors, le premier élément qui est nécessaire, c'est de déterminer que ça se fait avec le Collège des médecins — c'est dans la loi — quels sont les types de procédures médicales spécialisées dont le degré de complexité, de risque, d'infrastructures requises nécessite qu'elles soient encadrées par quelque chose de beaucoup plus serré qu'un cabinet privé. O.K.? Exemple, un cabinet privé, on ne lui demande pas d'avoir un directeur médical, un agrément, etc. Alors, on a déterminé que, pour les procédures de hanche et de genou particulièrement, étant donné qu'il y a même des gens qui doivent coucher à l'hôpital, à la clinique du Dr X, là, à Montréal, là, il faut que ce soit encadré, là, ça ne peut pas être comme ça dans... C'est le devoir du système de santé, le ministre de la Santé, du gouvernement, même si ce n'est pas le réseau, de s'assurer que c'est encadré puis fait de façon sécuritaire. Alors, le premier besoin, c'est le besoin de déterminer quelles sont les procédures qui nécessitent d'être encadrées.

Deuxième chose, comme on introduit — puis ça va être un autre point de discussion — des assurances pour trois de ces chirurgies-là, il faut qu'il y ait un

endroit où ces chirurgies-là peuvent être faites par des gens qui ont une assurance en question.

Alors, premier élément, c'est la détermination... la détermination... Je n'arrête pas de me tromper dans ce mot-là, c'est fatigant.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): «Détermination», ça n'existe pas.

M. Couillard: Non, c'est ça. Pourquoi je n'arrête pas de le dire?

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Ah! Je ne le sais pas.

M. Couillard: Bon. Alors, la détermination de certaines procédures qui doivent être encadrées. Alors, en pratique, ce que ça veut dire, c'est qu'une fois la loi adoptée et en vigueur le Dr X continuera à faire ses activités, mais il ne pourra pas dire légalement qu'il est en train de les faire dans un cabinet privé, il va falloir qu'il demande un permis de centre médical spécialisé qui, pour être accordé, nécessite qu'il nomme un directeur médical et qu'il sollicite un agrément. O.K.? Donc, contrairement à l'impression qu'on a, on ne crée pas de nouvelles affaires, on nomme ce qui existe de façon correcte, compte tenu du degré de complexité des choses qui y sont faites. Bon, premièrement.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Il reste 50 secondes.

M. Couillard: Oui. Deuxièmement, un établissement peut conclure des ententes avec un des endroits de dispensation de services d'un médecin spécialiste, donc avec un cabinet. Donc, par exemple, comme on voit que les chirurgies sont mineures dans un endroit, on n'a pas besoin d'appeler ça un centre médical spécialisé — on va faire une liste d'ailleurs correcte avec ça, c'était prévu par un règlement — et, à ce moment-là, ça demeure un cabinet. On fait une entente avec un cabinet, ou avec un laboratoire — exemple, résonance magnétique — ou avec un centre médical spécialisé. Et, dans les trois cas, c'est seulement pour la cataracte, parce qu'en pratique, dans ces cas-là, dans ces centres-là, ce qu'on va faire, c'est de la cataracte et peut-être des procédures diagnostiques, exemple, les endoscopies. Ça, c'est des examens où on introduit une lumière pour aller dans l'estomac, dans l'intestin. Il s'en fait une grande quantité. On peut prévoir qu'avec les prochaines années il va s'en faire une très grande quantité, et, à ce moment-là, on aura besoin d'utiliser ça...

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Désolé, M. le ministre, on a besoin du bloc opératoire pour une urgence.

M. Couillard: Bien, je vais arrêter là. Ah! Merci. J'espère que vous avez un anesthésiste.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, voilà. Merci bien. Alors, M. Dumesnil, M. Germain, M. Ménard, merci de votre contribution aux travaux de cette commission.

Mémoires déposés

Nous allons procéder, dans cette prochaine étape, au dépôt de mémoires de personnes ou d'organismes qui

n'ont pas été entendus devant cette commission, mais, puisqu'on doit les considérer comme ayant été présentés devant la commission, on les dépose maintenant. Alors, oui, vous pouvez peut-être aller remercier main à main nos invités. Durant ce temps-là, je dépose les mémoires de la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec, de la Confédération des syndicats nationaux, le mémoire de M. Robert Rivard et le mémoire de Zimmer Canada ltée.

Je suspends les travaux pour quelques instants.

(Suspension de la séance à 17 h 19)

(Reprise à 17 h 20)

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, la commission reprend ses travaux.

Remarques finales

Alors, nous arrivons à l'épisode des remarques finales. Il y aura d'abord 15 minutes consacrées à l'opposition, suivies d'un bloc de 15 minutes au groupe ministériel. Mme la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, s'il vous plaît.

Mme Louise Harel

Mme Harel: Alors, je vous remercie, M. le Président. J'ai retrouvé, à l'occasion des travaux que nous avons menés en commission parlementaire sur ce projet de loi, l'esprit de sérieux, de travail, de respect, d'échange auquel j'étais habituée il y a 15 mois de cela. Alors, j'ai dit avec raison que je revenais dans le dossier santé 15 mois après avoir l'impression que peu de choses avaient bougé, mais, dans le surplace qui s'est fait, il faut dire que le bon esprit est resté, hein, c'est déjà un bon point.

M. le Président, je voudrais, très, très rapidement, faire écho à ce que nous avons entendu en commission parlementaire au cours de ces journées de travaux. Ils seraient bien peu nombreux, je pense qu'une seule main suffirait pour additionner les mémoires qui nous ont été présentés et qui recommandaient d'aller de l'avant avec le projet de loi n° 33, à quelques exceptions près, soit l'Ordre des infirmières, ou, par exemple, le Protecteur des citoyens, ou encore le comité des usagers — dans ce cas-ci, on les a réservés pour la fin — qui dans le fond ne se sont pas prononcés sur le bien-fondé ou l'opportunité de ce projet de loi mais qui ont plutôt choisi, dans le domaine assez restreint de leur mandat, en fait de se prononcer.

Mais j'aimerais simplement rappeler, par exemple, quelques réactions des principaux intervenants dans le secteur de la santé. Je pense, par exemple, à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je cite au texte ce qu'ils nous ont dit, à savoir: «Les mesures proposées pour garantir l'accès aux soins de santé et répondre au jugement Chaoulli sont insuffisantes, sinon carrément inacceptables. En matière d'accessibilité, rien n'est prévu pour améliorer l'accès aux services de première ligne, aux examens diagnostiques ou encore à un médecin spécialiste. Par ailleurs, l'accès à certains services médicaux spécialisés dans des cliniques médicales [associées] est assujéti à des contrôles abusifs de l'hôpital et du ministre.»

La Fédération des médecins spécialistes ajoutait: Nulle part dans le projet de loi peut-on constater l'engagement du gouvernement à rendre les services médicaux spécialisés accessibles à la population dans des délais spécifiques et à donner aux établissements les ressources nécessaires à cette fin. Alors, la Fédération des médecins spécialistes est d'avis que ce projet de loi pourrait entraîner une politisation des listes d'attente.

Et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec se disait préoccupée par un projet de loi qui tranche en faveur d'un système de santé privé. Et la FIIQ soulignait que le tribunal, dans le jugement sur Chaoulli, a basé sa décision sur l'existence de délais d'attente déraisonnables, et, en ce sens, l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès était — et je considère qu'est, le fait est — la seule proposition du gouvernement bénéfique au système de santé actuel. Pour la Fédération des infirmières, les deux autres moyens proposés par le gouvernement, soit les cliniques médicales spécialisées et l'assurance privée, mettent en péril, jusqu'à un certain point, le système public de santé et de services sociaux. Et la Fédération des infirmières s'inquiétait de la porte qui est ouverte à la sous-traitance de toute la chirurgie ambulatoire. Et, M. le Président, et ainsi de suite.

En fait, même l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes se déclarait insatisfaite du projet de loi. Pourquoi cela, M. le Président? D'abord, il faut dire qu'il y a eu comme fausse représentation. Dans le document de consultation qui a été soumis à la commission au printemps passé, le titre en était *Garantir l'accès*, alors que finalement tout le monde se rend compte... et le ministre l'a dit: Il n'y a pas aucune loi dans le monde qui garantit l'accès, il n'y a aucune précision sur ce qui est hors délai médicalement acceptable dans le projet de loi. Et, contrairement au message du premier ministre dans le document soumis à la consultation au printemps dernier, alors qu'il prétendait garantir l'accès, finalement ce qui est proposé, ce avec quoi on est d'accord cependant, c'est tout simplement un mécanisme centralisé de la gestion des listes d'attente.

Alors, ce mécanisme centralisé de gestion de listes d'attente conduit en fait à n'intervenir pour garantir l'accès que lorsque le patient est hors délai médicalement acceptable et non pas pour s'assurer qu'il ne le devienne pas. Comme l'a dit le ministre, c'est une obligation de moyens, mettre en place une gestion centralisée de listes d'attente, je veux dire, et non pas une obligation de résultat. C'est la différence entre j'essaie ou je réussis. Alors, l'obligation de résultat, c'est dire: Je réussis à ce qu'il n'y ait pas de patients hors délai médicalement acceptable, le projet de loi propose d'essayer qu'il n'y en ait pas.

Ceci dit, ce qui est beaucoup plus grave, M. le Président, c'est cette idée que l'arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli obligerait à introduire l'assurance privée duplicative, c'est-à-dire en double de ce que les gens paient déjà dans leurs taxes à la Régie de l'assurance maladie du Québec. Donc, que l'arrêt de la Cour suprême obligerait finalement à introduire l'assurance privée duplicative, l'impression que le gouvernement donne, le premier ministre surtout, là, que ce serait comme une sorte d'obligation faite à l'Assemblée nationale du Québec et à son gouvernement d'obtempérer en ouvrant à l'assurance privée. Ce n'est pas le cas, hein? Tous les experts, juristes, constitutionnalistes le rappellent, jamais

la Cour suprême n'a introduit quelque obligation de moyens, même pas celle d'introduire l'assurance privée duplicative ou, à l'inverse, d'interdire la prohibition telle qu'elle existe depuis 46 ans dans la Loi de l'assurance-hospitalisation et dans la Loi de l'assurance maladie du Québec, depuis, pour l'hospitalisation, 1970.

Déjà, M. le Président, l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Manitoba, de mémoire l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan ont toujours maintenu cette prohibition de l'assurance privée, et c'est un précédent très fâcheux, très, très inquiétant que d'introduire l'assurance privée duplicative. Le ministre va dire qu'il l'a bien circonscrite à trois chirurgies, le genou, la cataracte et la hanche, mais il se donne, à sa discrétion, le pouvoir d'élargir ces interventions par règlement seulement et non pas par législation, alors qu'il s'était engagé, le printemps passé, à ne le faire que par législation. Eh bien, le volte-face est assez évident, ce n'est que par règlement que finalement l'assurance privée duplicative pourrait être extensionnée. On a beau penser que ce règlement va être soumis à une commission parlementaire, il n'en demeure pas moins que l'engagement du ministre était tout autre. Il s'agissait d'un débat public, c'est trop important pour que cela soit fait autrement.

Et c'est bien évident qu'en l'absence d'une législation on ne voit pas ce que le ministre de la Santé et son gouvernement veulent faire vraiment, ils ne s'en sont pas ouverts. Quelles sont les autres activités médicales spécialisées qu'ils voudraient soumettre à l'assurance privée duplicative? Pourquoi, après avoir annoncé en commission que ça allait être par législation, a-t-il reculé? Est-ce que c'est son Conseil des ministres qui finalement a choisi de le faire par voie réglementaire en donnant dans le fond l'opportunité à extensionner cette assurance privée?

• (17 h 30) •

J'aimerais, M. le Président, s'il en était possible, à la fin de nos débats, déposer une lettre publiée dans les médias et signée par la vice-doyenne aux études supérieures et professeure de la Faculté de droit de l'Université McGill, Me Marie-Claude Prémont. Cela porte sur le projet de loi n° 33, et ce qu'elle dit, outre le fait qu'il y a un élément positif avec la gestion centralisée des listes d'attente, ce qu'elle dit, c'est que l'immense danger, c'est l'introduction des hôpitaux privés à but lucratif qui, même s'ils n'en portent pas le nom, pourront voir le jour avec le projet de loi n° 33.

Je la lis textuellement: «Le projet de loi les nomme des centres médicaux spécialisés. Ces centres pourront cumuler les fonctions dont s'acquittent aujourd'hui les centres ambulatoires, les hôpitaux et les cliniques privées qui nous sont si familières. Ces hôpitaux privés pourront être de deux types. Un premier, à financement public, deviendra une extension "privée" des hôpitaux actuels avec qui seront conclues des ententes d'exclusivité de services sur cinq ans renouvelables. Le centre prend alors, dans le projet de loi, le nom de "clinique médicale associée". Les laboratoires privés et les cabinets de médecins pourront signer de telles ententes exclusives de services avec les établissements publics. On parle, ajoute-t-elle, de délégation contractuelle de la prestation de services publics à des sociétés à capital privé.»

M. le Président, vous le savez, nous avons, comme formation politique, dans notre plateforme électorale, pris l'engagement, il y a trois ans, qu'il était

possible d'avoir recours à des cliniques associées ou à des cliniques dites affiliées — c'était l'expression que nous utilisions — mais tout cela en vertu de la loi actuelle. La Loi sur les services de santé et les services sociaux, à l'article 108, prévoit qu'un établissement peut établir une entente à cet effet de manière... Je vais vous le lire, M. le Président: «Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme — de type, par exemple, clinique — ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes: la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou [de] services sociaux requis par un usager de cet établissement.»

Nous avons déjà ce type d'entente, M. le Président, il faudrait le bonifier, mais pourquoi introduire, à ce moment-ci, autre chose? Le fardeau de la preuve est sur les épaules du ministre, et, à la question posée par la Coalition Solidarité Santé, la réponse en a été: Pourquoi pas? C'est trop court, M. le Président, il nous faut une véritable réponse à cette question: Pourquoi, à ce moment-ci où déjà la Loi sur les services de santé et les services sociaux permet ce genre d'entente où le privé joue un rôle dans le public, pourquoi écarter cela et introduire les cliniques médicales associées et les centres médicaux spécialisés dans une architecture de projet qui pourrait très bien, dans l'avenir, M. le Président, représenter un dédoublement des efforts que la société fait pour donner accès... de manière accessible, universelle, avec gratuité et gestion publique, là, qui sont les éléments fondamentaux de notre système de santé? Pourquoi et comment peut-on envisager de nous dédoubler en amortissant de nouveaux édifices privés, de nouveaux plateaux techniques, de nouveaux équipements de pointe privés? Et pourquoi, M. le Président? La question posée aux directeurs généraux des agences en région jusqu'à maintenant, ça a été que de toute façon ils ne l'envisageaient pas, et on ne voit pas pourquoi on l'envisagerait.

Je voudrais conclure avec la déclaration des organisations syndicales, notamment la Fédération des travailleurs du Québec, mais notamment une déclaration signée par plus de 125 organismes et qui déclare que, «dans le contexte de la pénurie actuelle, multiplier les lieux de pratique [médicale] est une mauvaise solution. La formation [de] cliniques spécialisées sous gestion privée aura pour effet de dédoubler des infrastructures très coûteuses, de drainer vers le secteur privé des ressources humaines déjà rares dans le secteur public, sans compter les nombreuses complexités de gestion et lourdeurs bureaucratiques que ce projet entraînera. Le regroupement est [...] d'avis que la voie de solution réside dans le développement de cliniques ambulatoires publiques. [...] L'assurance privée n'est pas la solution pour éliminer les listes d'attente. [...] Au contraire, elle risque d'encourager la fourniture de services médicaux au seul bénéfice des mieux nantis qui éviteront ainsi l'attente dans le secteur public...»

Et le regroupement conclut que, pour répondre au jugement de la Cour suprême dans l'arrêt Chaoulli et réduire les délais déraisonnables dans le système de santé, ce qu'il faut, c'est améliorer la gestion et la coordination des listes d'attente, ce que nous disait David Levine, le directeur général de l'agence de Montréal, ce matin même, en commission.

Alors, pour toutes ces raisons, M. le Président, je dois vous dire que la démonstration n'est pas faite, est loin d'être faite qu'en dehors de la gestion centralisée des listes d'attente il y a nécessité d'un tel projet de loi. Je vous remercie.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Je vous remercie. Je cède maintenant la parole au ministre de la Santé et des Services sociaux pour 15 minutes de remarques finales.

M. Philippe Couillard

M. Couillard: Merci, M. le Président. Je suis moi-même heureux de retrouver notre consœur d'Hochelaga-Maisonneuve dans les dossiers de santé. De toute évidence, elle n'a rien perdu de sa vivacité et de sa pugnacité. Je suis certain qu'on aura l'occasion, au cours des prochaines semaines, de le découvrir également. Mais j'en suis heureux parce que, parmi les questions posées, il y a sûrement des questions très pertinentes... elles sont toutes pertinentes, mais certaines questions qui feront l'objet de réflexion et même de modifications de notre part. Et on prend en considération tout ce qui est dit ici autant par les gens qui nous présentent des mémoires que par les collègues de l'opposition.

Écoutez, il est certain qu'ici le gouvernement est extrêmement déterminé à aller de l'avant dans le processus d'adoption de ce projet de loi, jusqu'à son adoption éventuelle par l'Assemblée nationale. Pour nous, il s'agit d'un autre jalon majeur et très important dans l'évolution du système de santé du Québec, sur laquelle nous avons fortement agi déjà depuis 2003. Évidemment, lorsqu'on fait le recensement des présentations à une commission parlementaire... Et la députée d'Hochelaga-Maisonneuve, qui a une longue expérience politique, incluant celle d'être au gouvernement, sait bien que, lorsqu'on fait une commission parlementaire sur un projet de loi quelque peu controversé, il n'est pas rare qu'on reçoive beaucoup de remarques négatives dans une commission parlementaire. Elle a certainement eu elle-même cette expérience dans certains dossiers controversés qui ne sont pas du domaine de la santé, d'ailleurs. Ce que je retiens, c'est que beaucoup cependant voient la nécessité de mieux gérer les listes d'attente, comme elle l'a dit, et également soutiennent la nécessité d'avoir des cliniques médicales associées.

Quant à la question des assurances, on nous a reproché autant de les introduire que de ne pas les étendre assez loin. D'ailleurs, il y a un sondage d'opinion intéressant récemment publié qui montre que, là-dessus, la population est pour le moins divisée. Le jugement de la Cour suprême bien sûr a été interprété de plusieurs façons. Je pense qu'il n'y a aucune interprétation qui doit être considérée comme absolue, et incluant celle, avec tout respect, de Me Prémont, parce que d'autres personnes pensent au contraire, parmi d'autres juristes, que l'interprétation qu'il faut donner est qu'il faut revoir notre cadre légal. Et je reviendrais sur le sens à notre avis du jugement de la Cour suprême, et que les autres provinces canadiennes mais pas toutes, parce qu'il y a d'autres provinces qui n'ont pas de

prohibition d'assurance maladie... Et c'est ça qui est intéressant, c'est que, n'ayant pas de prohibition, le système privé ne s'est pas plus développé parce qu'il y a d'autres moyens mis en place de contrôle de l'accès et d'amélioration, quoiqu'on ne peut pas dire que la situation dans le reste du Canada soit moins bonne qu'au Québec, au contraire, comme le démontrait l'Institut Fraser l'an dernier.

Maintenant, le jugement de la Cour suprême dit que le maintien de la prohibition d'assurance privée apparaît comme non nécessaire et non indispensable au maintien des principes d'équité et d'universalité et qu'il existe des exemples, notamment au Canada, dans les provinces que nous connaissons, et dans d'autres pays, de l'OCDE notamment, où, cette prohibition n'existant pas, comme j'ai eu hier l'occasion de le dire avec les visiteurs de Solidarité Santé, le même degré d'accès universel est égal, a été atteint pour la population. Je pense qu'il y a un raccourci très dangereux, comme je le disais hier, de dire que, par définition, retoucher à ce cadre légal là est en soi une menace au caractère universel et égal d'un système de santé. C'est tout simplement aller contre les faits et la réalité présente de notre monde, qu'il faut savoir apprécier.

Maintenant — et, d'après moi, c'est une question qui m'apparaît importante pour la réflexion de tous nos collègues autour de la table — l'assurance duplicative est prévue pour des services qui se donnent déjà. Le gouvernement n'a pas créé les cliniques de médecins non participants qui font de la chirurgie à Montréal. Ces cliniques d'ailleurs, pour la plupart, ont vu le jour sous le gouvernement précédent, et j'ai déjà, à une reprise, et je le ferais, mis au défi l'opposition de nous nommer un geste concret fait pour empêcher, limiter, moduler, surveiller l'apparition de ces cliniques-là, autant la clinique d'orthopédie de Montréal que les cliniques privées de résonance magnétique, qui encore une fois se sont toutes développées sous l'administration précédente. Il y a plusieurs raisons pour ça, et encore une fois aucune intervention n'a jamais été faite pour les limiter.

Donc, nous nous trouvons dans une situation où les citoyens ont la liberté, qui leur a été donnée par les gouvernements successifs, d'avoir recours à ces services donnés par des médecins non participants, et l'État dit: Tu peux aller payer 12 000 \$ pour ta hanche, mais je t'interdis de prendre une assurance. Moi, j'entends le citoyen qui dit: Pour qui me prend-on? Suis-je un enfant? N'ai-je pas le droit de déterminer ce que je fais avec mes ressources, avec mon argent? Et ça, c'est très présent, cette préoccupation, actuellement, dans la population.

Maintenant, là où nous intervenons...

Mme Harel: ...la Mercedes.

M. Couillard: Non, non, la Mercedes, Mme la députée, la Mercedes, c'est d'avoir permis l'existence de la clinique. La Mercedes a commencé là, vous avez permis l'introduction de la Mercedes dans le système de santé et vous n'avez rien fait pour l'empêcher. C'est ça, la Mercedes. Alors, ce qu'on fait actuellement, c'est de permettre l'assurance pour limiter... Parce que, pour moi, c'est une question de droit fondamental, je

n'accepte pas, sur le plan intellectuel, civique et d'analyse de société, qu'on puisse interdire à quelqu'un d'avoir une assurance, s'il le souhaite, pour des services qui sont disponibles. Et pourtant...

Mme Harel: ...trois chirurgies?

• (17 h 40) •

M. Couillard: ... — et voilà — et pourtant nous allons plutôt — et je le reconnais — dans la direction de limiter cette extension du droit fondamental parce que nous considérons qu'il ne serait pas éthique de permettre cette assurance pour des procédures chirurgicales qui ne font pas l'objet d'une garantie d'accès qui s'applique à l'ensemble de la population, qu'elles aient ou non la possibilité et les moyens d'obtenir l'assurance, ce qui, au Québec, on le sait, dans la majorité des cas, sera non. La plupart des gens au Québec n'ont pas les moyens d'avoir des assurances, pas plus qu'ils n'ont les moyens aujourd'hui d'aller se faire traiter dans les cliniques que l'opposition a laissées ouvertes. Alors, 80 % des Québécois gagnent moins de 50 000 \$ par année, et c'est fort douloureux qu'aucun ou aucune d'entre eux, quel que soit le degré d'extension éventuel de ces assurances-là, puisse se les payer.

Et jamais l'assurance n'est présentée... Je vois que ça suscite de l'impatience de l'autre côté parce qu'ils se sentent fortement impliqués. Ils ont permis la Mercedes, et je vais leur répéter, ça, souvent. La Mercedes, elle est rentrée dans le système de santé sous leur administration, et là, maintenant, ils semblent s'en scandaliser, alors que jamais aucun geste n'a été posé pour la limiter. Il faut être conséquent. Ou bien on est pour, ou bien on est contre. Ou bien on le tolère, ou bien on ne le tolère pas. Et effectivement nous acceptons de limiter le recours, qui donc, pour nous, est un droit fondamental, à l'assurance privée sur un principe d'équité pour s'assurer que — comment dire? — l'accès est garanti pour tous.

Le mécanisme de gestion d'accès — je suis content, il y a au moins un élément sur lequel on pourra probablement progresser en étude article par article, on verra pour les autres — je pense que, s'il y a un élément qui a réuni beaucoup de personnes dans cette commission, c'est celui-là, mais même certains s'y opposent — c'est là qu'il faut faire le partage entre les oppositions et les supports dans une commission parlementaire — nous disant: Bien, écoutez, les hôpitaux, ils s'en occupent, là, de tout ça, là. Et, quand on nous dit: Vous allez politiser les listes d'attente, je m'excuse, je rigole parce que ce qui est la politisation des listes d'attente, c'est l'utilisation à des fins politiques de listes d'attente non validées et non gérées. Et l'opposition, je suis certain, va être le premier à réclamer qu'on mette un terme à ceci parce qu'ils ont été les victimes, d'une certaine façon, de l'utilisation de listes d'attente non validées et non gérées, hein? Si l'exercice de validation des listes d'attente avait été fait en 2000, ou en 1999, ou en 2001, ou en 2002, le tableau aurait été très différent. Si le mécanisme de gestion de l'accès avait été mis en place à ce moment-là, le tableau aurait été très différent. Et tout était là, il y avait de l'argent, l'argent revenait du fédéral. Les médecins étaient là, les hôpitaux étaient là. On ne l'a pas fait. Alors, effectivement, pour éviter la politisation des listes d'attente, il faut qu'elles soient validées et bien gérées.

Maintenant, les cliniques médicales associées, également il y a un exercice de clarification auquel je vais convier l'opposition, parce qu'en décembre 2002, réalisant que l'élection approchait, on a publié un document sur l'amélioration du système de santé, qui d'ailleurs contenait des bons principes, celui que mon collègue député de Rousseau avait publié. Je ne me souviens plus qu'elle était son titre, cependant... *Faire les bons choix.*

Mme Harel: *Faire les bons choix.*

M. Couillard: *Faire les bons choix.* Et là-dedans il est clairement exprimé que le gouvernement du Parti québécois entend mettre sur pied les cliniques affiliées. Alors, il faudra s'entendre à l'intérieur du caucus du Parti québécois. Je ne suis pas certain non plus de la position du chef du Parti québécois sur cette question. Honnêtement, ce serait peut-être utile de la vérifier avant d'en pousser plus loin l'argument.

Maintenant, les cliniques associées, c'est-à-dire la prestation de services payés par l'État par des dispensateurs privés, ce qui est anormal dans le monde occidental, actuellement, c'est de ne pas avoir ça. Tous les pays ont ça. Ce qui est anormal au Québec et au Canada, c'est de ne pas avoir développé cet outil avec les années, alors qu'il est tout à fait compatible avec les principes d'équité dans les soins et de financement public, parce qu'on parle du système de santé public. Et c'est là, je crois, une différence qu'il va être difficile de combler entre nos collègues et nous, c'est que, pour nous, les cliniques médicales associées font partie du système de santé public, à payer public, du Québec, comme une clinique d'omnipraticiens l'est.

Quelle différence fondamentale y a-t-il entre une clinique de médecins omnipraticiens avec leur bâtiment, leurs investissements, leur entreprise qui est payée par les fonds publics, sans frais pour l'État et qui font — quelle horreur — des bénéfices... Alors, il y a également une question de principe qui est là, très claire, et je ne vois pas pourquoi on ne permettrait pas le degré de souplesse au système de santé de se doter de cet outil-là qui, rappelons-le, a été soumis non pas par un politicien libéral, mais par un éminent ministre du Parti québécois qui a dirigé une commission qui a porté son nom en l'an 2000 et qui a suggéré la mise sur pied de ces cabinets-là, qui d'ailleurs est fort déçu mais quand même content ces temps-ci de voir que l'essentiel des recommandations de sa commission ont été mises en place par le gouvernement du Parti libéral du Québec. Et c'est clair non seulement sur les cliniques associées, mais également sur d'autres éléments.

Alors, pour nous, il s'agit fondamentalement d'un défaut ou d'une différence d'interprétation avec l'opposition quant à la définition de ce qu'est un système public de santé. Un système public de santé est un système payé par l'État, un payeur unique, qui est, comme je l'ai dit, un système très efficace sur le plan économique, mais où la dispensation de services peut être dans le milieu privé ou dans le milieu public. Maintenant, comme l'a dit la députée — et je suis entièrement d'accord avec elle, et je l'ai moi-même mentionné à plusieurs reprises — dans la majorité des cas, il n'y aura peut-être pas besoin, dans la plupart des régions, de se doter de cet outil-là, mais ayons-le à notre

disposition pour notamment les zones à grande population où le volume de chirurgies est très élevé, où il va devenir encore plus élevé au cours des prochaines années avec la croissance de la population, notamment l'immigration, où le changement des pratiques médicales va de plus en plus délocaliser les pratiques médicales de l'hôpital vers d'autres milieux.

Ce qui a permis l'éclosion de ces cliniques à Mercedes, là — c'est une expression savoureuse que je vais reprendre — c'est justement le fait que la pratique médicale a évolué au point où on a pu déplacer certaines activités en dehors des murs de l'hôpital. Puis le futur de l'hôpital, que ce soit dans le réseau, dans un établissement public ou un établissement payé par le public mais sous prestation privée, c'est l'hôpital qui se projette en dehors de ses murs. C'est ça, l'avenir du système de santé. Et c'est son avenir inéluctable, qu'on le veuille ou non, parce que la technologie, entre autres, et les pratiques vont évoluer pour faire de ceci un état de choses au cours des prochaines années. Il vaut mieux donc s'y préparer.

Ces cliniques ne seront pas nombreuses. Je crois qu'elles seront assez peu nombreuses en fait, notamment à Montréal. On a entendu ce matin — je crois que la députée était là — le président-directeur général de l'agence d'ailleurs qui disait quelque chose de très intéressant. Et, moi, je trouve ça absolument fascinant parce que — d'ailleurs, il nous le racontait l'autre jour, dans une conférence de presse — une des premières choses qu'il m'a demandées quand je suis arrivé en poste, en 2003: Est-ce que je pourrais, s'il vous plaît, concentrer les chirurgies à certains endroits? Bien sûr, pas de problème. Alors, on a fait ça. Puis, en faisant ça, il a fortement diminué les listes d'attente — et d'ailleurs la députée le reconnaît elle-même — dans plusieurs domaines et il a également diminué le coût unitaire.

Parce que souvenez-vous ce qui a été dit ce matin et ailleurs, c'est que, par exemple, le coût unitaire d'une cataracte maintenant, dans les zones de concentration comme à Maisonneuve-Rosemont ou ici, au centre de l'oeil, a fortement diminué. On parlait de 1 100 \$, 1 200 \$ par cas, et maintenant on est rendu, je pense, dans les centaines de dollars. Ça veut dire que, si un hôpital veut développer une clinique affiliée pour la chirurgie de la cataracte, il va falloir qu'il trouve un partenaire qui est capable de le faire à meilleur marché que ça. Ça m'apparaît déjà une cible assez difficile à atteindre.

Et d'ailleurs c'est ce qui s'est produit avec les laboratoires, il y a eu une pression, pendant quelques années, importante pour que les laboratoires privés également soient plus actifs dans le réseau de santé, et c'est la concentration des laboratoires, d'ailleurs que le précédent gouvernement avait entreprise, qui a réduit fortement les coûts unitaires des laboratoires et qui les a rendus en fait très compétitifs par rapport aux laboratoires privés. Alors, c'est un des éléments qu'on peut dire. Tant mieux si la performance du réseau public devient telle que les coûts unitaires deviendront si bas qu'il ne sera pas nécessaire ou même potentiellement utile d'avoir les cliniques associées. Et j'en doute, compte tenu du volume de chirurgies à faire au cours des prochaines années. Il y a une simple question de limitation de volume et d'espace pour les faire, ces chirurgies-là, et également de choix de pratique de la part des médecins.

Mais il y a là un aiguillon que Michel Clair a très bien expliqué, l'aiguillon de l'émulation — je n'aime pas

la compétition, je préfère dire l'émulation. Il faut que le système de santé apprenne également à rendre compte de ses coûts unitaires, et ça, ce n'est pas dans la tradition d'un système de monopole. Il faut qu'on soit capables de dire: Bien, écoutez, telle chirurgie, tel acte coûte tant dans l'hôpital, il coûte tant dans une clinique. Avec toutes sortes de modulateurs, là, parce qu'il est évident qu'un milieu complexe comme un hôpital doit soutenir des coûts qui ne sont pas ceux d'une clinique. Mais ça, je crois que c'est un des éléments très, très importants.

Et, pour terminer, M. le Président, ce que je constate, moi, lorsqu'on fait l'étude des systèmes de santé du monde actuellement, c'est que l'anomalie, ce n'est pas le reste du monde; l'anomalie, c'est notre pays qui est le seul au monde, dans le monde industrialisé, à ne pas avoir développé cette mécanique de dispensation des soins au milieu d'autres éléments qui sont d'ailleurs des succès intéressants sur le plan de la santé de la population et également de la capacité d'améliorer la performance, comme on l'a démontré.

Alors, là-dessus, je ne doute pas que nous ayons des discussions absolument fascinantes pendant l'étude article par article. Je sens qu'elles pourraient être longues, cependant. On verra avec les événements. Mais, moi, vous me connaissez, M. le Président, j'adore ce genre de discussions là, j'aime qu'on puisse discuter de concepts et aller au fond des choses. D'ailleurs, vous-même, vous intervenez souvent sur ce ton-là dans les débats, j'ai remarqué, au cours des commissions.

Mme Harel: Vous n'avez pas mentionné la pénurie de personnel.

M. Couillard: Ah! Je peux bien parler de la pénurie de personnel.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Je suis désolé, vous n'aurez pas le temps.

M. Couillard: On en reparlera à l'étude article par article.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, si vous permettez, au nom de la présidence, je remercie les participantes et les participants des deux groupes parlementaires qui ont oeuvré à l'étude des mémoires au sujet du projet de loi n° 33. Et je déclare qu'étant donné que la commission a accompli son mandat j'ajourne les travaux à un de ces jours.

M. Couillard: Je voudrais aussi remercier, M. le Président, les collègues et les membres des équipes ministérielles qui ont soutenu nos travaux, de même que le secrétariat de la commission, et nos adjoints respectifs qui ont enduré toutes ces heures en commission parlementaire à nous regarder échanger.

Le Président (M. Bouchard, Vachon): Alors, très bien. Alors, les remerciements sont exprimés envers toutes ces personnes. Et à la prochaine.

(Fin de la séance à 17 h 50)