



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 8 novembre 2006 — Vol. 39 N° 56

**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 (6)**

**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 8 novembre 2006 — Vol. 39 N° 56

Table des matières

Auditions (suite)	1
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides (ASSS-Laurentides)	i

Intervenants

M. Russell Copeman, **président**
M. Jean-Pierre Paquin, **président suppléant**

Mme Lucie Papineau
M. Pierre Descoteaux
M. Richard Legendre
M. Pierre Reid
M. Sylvain Pagé
M. Claude Cousineau
Mme Hélène Robert

- * M. Jocelyn Ouellet, ASSS-Laurentides
- * M. Jean-Claude Berlinguet, *idem*
- * M. André Allard, *idem*
- * M. Daniel Fillion, *idem*
- * Mme Chantal Huguerot, *idem*

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 8 novembre 2006 — Vol. 39 N° 56

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 (6)*(Neuf heures cinquante-neuf minutes)*

Le Président (M. Copeman): À l'ordre, s'il vous plaît! Ayant constaté le quorum, je déclare ouverte cette séance de la Commission des affaires sociales.

Je vous rappelle que nous sommes réunis afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion ou rapports d'activité pour les années 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006, en application toujours de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

• (10 heures) •

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Alors, il y a Mme Legault (Chambly) qui va être remplacée par M. Descoteaux (Groulx); M. Bouchard (Vachon) par M. Legendre (Blainville); Mme Champagne (Champlain) par Mme Robert (Deux-Montagnes); Mme Charest (Rimouski) par M. Pagé (Labelle); et M. St-André (L'Assomption) par Mme Papineau (Prévost). Voilà.

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle, chers collègues ainsi qu'à tous ceux qui sont présents dans la salle, que l'utilisation des téléphones cellulaires et d'autres appareils semblables est défendue pendant les séances de la commission et je prierais tous ceux qui en font usage de bien vouloir les mettre hors tension.

Mme la députée de Prévost.

Mme Papineau: ...M. le Président, le député de Bertrand, M. Cousineau, on apprécierait s'il pouvait intervenir à cette commission.

Le Président (M. Copeman): Oui, mais il ne peut pas être mis en remplacement parce que vous avez déjà remplacé tous les membres de la commission issus de votre formation politique, et on ne peut pas remplacer quelqu'un qui n'a pas une...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): ...mais la pratique veut, Mme la députée, que, si le député veut intervenir, qu'il demande le consentement, et normalement ce consentement est donné par les membres de la commission. Normalement.

Mme Papineau: Merci.

M. Descoteaux: On peut le remplacer de ce côté-ci.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Copeman): Bien, ce serait une première, en tout cas. On pourrait, mais, moi, je ne l'ai pas vu en 12 ans. Mais... toutes sortes de choses.

Alors, je vous rappelle que c'est un mandat statutaire que nous allons effectuer, qui découle de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et services sociaux. Il s'agit d'un processus de reddition de comptes qui s'applique aux agences de la santé et des services sociaux de chaque région. La dernière fois que nous avons reçu ce qui était la Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, c'était en septembre 2005... 2000, pardon — alors, ça fait un certain temps — dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels d'activité de 1998-1999. Je vous rappelle: malgré le fait qu'en principe c'est un exercice qui regarde dans le rétroviseur il y a presque toujours des questions, des échanges de la part des parlementaires sur les plans d'action courants ou ceux pour l'avenir. Malgré le fait que c'est une reddition de comptes qui termine sur le rapport annuel de l'année passée, il y a toujours des questions d'intérêt, d'actualité qui vont être soulevées. Je suis certain que les gens de l'agence sont outillés pour nous répondre là-dessus.

Je vous rappelle qu'il y aura un exposé de 20 minutes de la part des autorités de l'agence et qu'il y aura par la suite un échange d'à peu près 1 h 40 min, 1 h 35 min avec les parlementaires. Et la pratique à date, c'est des blocs d'échange de 15 minutes. Ça convient à tout le monde? Excellent.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, je souhaite la bienvenue à M. Ouellet, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides. M. Ouellet, bonjour.

M. Ouellet (Jocelyn): Bonjour.

Le Président (M. Copeman): On s'excuse un peu pour le délai. Il y avait des caucus hebdomadaires des deux formations politiques ce matin, ce qui nous retarde un tout petit peu dans nos travaux. Je vous prie, M. Ouellet, de présenter les personnes qui vous accompagnent, vos collaborateurs et collaboratrices, et par la suite d'enchaîner avec votre présentation pour une durée maximale de 20 minutes.

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

M. Ouellet (Jocelyn): Merci, M. le Président. Donc, M. le Président, Mmes, MM. les députés, il me fait plaisir de présenter effectivement une partie de l'équipe de direction: donc, à ma gauche, Dr Jean-Claude Berlinguet, qui est directeur des affaires médicales; à côté de lui donc, Daniel Filion, qui est le directeur interimaire des services sociaux, communautaires et santé mentale; à ma droite donc, Dr André Allard, directeur

adjoint de la santé publique, en remplacement de Mme Blandine Piquet-Gauthier, qui a du décès dans la famille donc, qui a dû quitter rapidement, donc, mais le Dr Allard sera donc bien placé pour répondre aux questions de santé publique; et, à l'extrême droite, donc Mme France Trépanier... pardon, Mme Chantal Huguerot, qui remplace Mme France Trépanier, qui a dû subir une intervention chirurgicale.

Donc, on se retrouve, voici, devant vous, aujourd'hui, avec une équipe, l'équipe de direction, qui va pouvoir répondre à vos questions. Je dois quand même souligner dès le départ: je suis en fonction depuis trois mois. L'exercice que ça m'a demandé, c'est effectivement une rétrospective très intéressante pour pouvoir effectivement voir, d'un point de vue régional, tout ce qui s'est fait depuis 2002 jusqu'à 2005. Et vous comprendrez que je n'ai pas nécessairement toujours le détail des logiques qui ont mené à certaines décisions, et je vais me référer à l'équipe de direction à l'occasion, même souvent, pour peut-être, là, répondre à certaines de vos questions.

Donc, c'est avec grande fierté que nous nous présentons devant, vous aujourd'hui. Cette audition devant la Commission des affaires sociales nous donne l'occasion d'exposer la situation de notre région et les résultats les plus significatifs des travaux, actions et interventions des quelque 11 000 personnes, employés, et cadres, et membres de conseils d'administration du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides. Donc, le document d'accompagnement dont vous avez pu prendre connaissance durant ces derniers jours compile les données factuelles et les renseignements nécessaires pour connaître et comprendre de façon exhaustive les actions de notre réseau et l'environnement dans lequel elles s'inscrivent. Donc, aujourd'hui, notre ambition, c'est de souligner ce qui nous apparaît le plus significatif parmi toutes ces informations afin d'amorcer un échange que nous souhaitons étoffé et... fructueux, pardon.

On vous a fait parvenir effectivement le document complet pour l'audition. Donc, vous avez pris connaissance... Et, depuis les derniers jours, on vous a aussi acheminé le document de présentation synthèse. Vous comprendrez que j'utiliserai le document synthèse pour ma présentation, mais je ne passerai pas nécessairement toutes les feuilles ou toutes les informations et je comprends qu'en période de questions on pourra revenir sur certains éléments.

Donc, je débute. La région, j'en parle devant les personnes qui connaissent bien la région. Je pensais m'adresser à des membres qui venaient de l'extérieur, mais donc je me permets quand même de souligner pour l'ensemble du public: c'est un grand territoire nord-sud donc, la même distance entre Mont-Laurier et Montréal qu'entre Montréal et Québec. On comprend donc que, quand on parle des Laurentides, on a souvent cette idée que c'est Sainte-Thérèse, Saint-Eustache, juste à côté de Laval, mais ce n'est pas le cas. C'est effectivement une distance très importante pour une partie de la population qui est au nord du territoire. On est 512 000 habitants en 2006 et on pourra passer, selon les pronostics, à 560 000 en 2015. On ajoute à ça aussi 100 000 visites, 100 000 touristes de façon assez standard, assez régulière, sur la région, donc un impact important sur les services de santé. Parce qu'on connaît les centres de ski pour l'hiver mais

aussi les attraits touristiques de l'été. Donc, on vient souvent consommer par défaut nos systèmes de santé et on se retrouve souvent dans les urgences et/ou hospitalisé. Donc, c'est une pression additionnelle.

En 10 ans, aussi on doit souligner que la population de 65 ans et plus aura augmenté de 50 %, et ça, ça va devenir un enjeu majeur. En 2005, on était à 59 000, donc près de 60 000. On passerait donc à 90 000 en 2015, une augmentation de 50 %, et ça, ça va devenir effectivement une pression très importante pour le réseau de la santé. Toujours au niveau de la région, entre le sud et le nord, des différences majeures, différences de revenus moyens, du nord au sud, de 15 177 \$. Donc, très important. Il faut dire que le sud est bien équipé en toutes sortes d'infrastructures industrielles, commerciales. Le nord dépend surtout de l'industrie du bois, et on connaît la crise actuelle. Donc, on peut comprendre qu'il y a des situations très difficiles qui se vivent dans le nord, actuellement.

Huit MRC au total; sept CSSS qui desservent les huit MRC. Incluant les sept CSSS, il y a 15 établissements donc incluant les régionaux, centres de déficience intellectuelle, de déficience physique. La MRC de Mirabel a connu la plus importante progression démographique relative au Canada. Donc, c'est majeur pour cette MRC et la région des Laurentides. Et un élément important: l'écart de financement démontré et reconnu par le MSSS est de l'ordre de 40 millions. Cela équivaut à 6 % des budgets actuellement consentis à la région, et c'est très important.

Concernant la région donc, depuis 1997, la Direction de santé publique des Laurentides a pris en charge la Direction de santé publique du Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James suite à une entente signée entre les deux agences. Depuis 1998, 132 organismes communautaires sont financés pour leur mission globale, et il y a un engagement de la part du conseil d'administration de l'agence pour une consolidation, au cours des prochaines années, de ces budgets de base.

• (10 h 10) •

Concernant les sept CSSS, les sept territoires donc qui desservent l'ensemble de la population, on les regroupe sous trois, on fait trois regroupements, donc: le sud, qui est Thérèse-De Blainville et Deux-Montagnes, c'est-à-dire Saint-Eustache, pour une population totale de 250 000 — donc, on voit que la moitié de la population est vraiment au sud; le centre, qui inclut Saint-Jérôme, Rivière-du-Nord c'est-à-dire, et Argenteuil pour une population totale de 153 000; et le nord, qui regroupe les trois autres centres de santé: Pays-d'en-Haut, des Laurentides et Antoine-Labelle à Mont-Laurier, pour une population totale de 111 000 de population.

Concernant la pyramide des âges, on a mis un petit tableau effectivement pour démontrer, en fin de compte, l'accroissement ou la décroissance. Au niveau de la population globale, on passe de 512 000 à 560 000. Les 0-17 plus particulièrement, il y a une diminution donc de 113 000 à 106 000 de population en 2015. Les 18-64 ans, on passe donc de 337 000 à 363 000 de population, donc une augmentation. 65 et plus — et là on voit encore notre chiffre: de 61 000 à 90 000, donc on vient augmenter de 50 %. Les principaux problèmes de santé et causes de décès: cancer du poumon, cancer

de l'appareil respiratoire, cancer du sein, cancer de la prostate et diabète étant parmi donc les cinq premières maladies sur le territoire des Laurentides. Concernant les clientèles rejointes par la région des Laurentides, je vais élaborer des pistes d'action qui ont été menées de 2002 à 2005, sous quatre grands types de clientèles, donc: la petite enfance, de 0-5 ans; les jeunes de 6 à 17 ans; les adultes; et les personnes en perte d'autonomie. Et je pourrai finir par un secteur comme l'activité physique... la santé physique, pardon, et d'autres secteurs si le temps nous le permet. Sinon, je me dirigerai vers — le dernier cinq minutes; vers — les enjeux et perspectives. Je ne voudrais pas passer à côté.

Donc, les 0-5 ans: prévention et promotion, c'est majeur, très important. On a 90 % des enfants qui sont vaccinés adéquatement, et ça, c'est une grande réussite pour les Laurentides. Et on veut maintenir ou sinon augmenter notre taux de vaccination auprès des jeunes enfants. Les services intégrés en périnatalité et petite enfance: 60 % des mères ayant moins de 11 ans de scolarité sont vues et suivies... 92 % des mères de moins de 20 ans sont vues, à tout le moins, une fois et suivies au besoin, et ça, c'est très important. Au niveau de la petite enfance, des initiatives intéressantes: concernant Amis des bébés, deux établissements qui ont une reconnaissance internationale, donc: CSSS d'Argenteuil, le premier centre de santé et de services sociaux en Amérique du Nord accrédité pour le volet Communautés donc, Amis des bébés; et CSSS Lac-des-Deux-Montagnes, le deuxième CH en Amérique du Nord accrédité pour le volet hospitalier. Donc, on a des pratiques très novatrices centrées autour des nouveaux parents, des mères et des poupons et on veut effectivement élargir ce service-là à l'ensemble des CSSS. Et de ce fait, donc, on est meilleure région en allaitement exclusif. Et, quand on parle de promotion et prévention, c'est majeur. Donc, les Laurentides ont le plus haut taux d'allaitement exclusif au Québec pour les six premiers mois.

Toujours petite enfance, il y a le projet qui est en train de se mettre en branle, rapatriement des évaluations qui se font présentement ou enfin qui se finalisent à Montréal. Donc, on a mis en place une équipe régionale d'évaluation pour les enfants de moins de six ans présentant des retards importants de développement. Donc, on a des objectifs d'évaluation plus rapides au lieu de les laisser sur des listes d'attente à Montréal, des objectifs donc de desserte dans la région. Au niveau donc aussi du programme de soutien intensif aux enfants autistiques de moins de six ans, on a effectivement offert à 35 jeunes des services à un taux... pas à un taux, mais à une moyenne de 11 heures par semaine pour l'année 2005-2006. La cible était de 22, et on s'est rendu à 35.

Pour ce qui est du groupes des jeunes 6-17 ans donc, la réalisation du portrait de santé des jeunes sur le territoire par la santé publique nous a amenés à un constat majeur, c'est-à-dire le décrochage scolaire, qui est très important pour les Laurentides. Et, suite à cet état de situation, une concertation régionale des 13 partenaires pour lutter contre le décrochage scolaire. Et donc on passe d'un taux de décrochage de 36,4 % en 2001-2002 à un taux de décrochage, qui est quand même important encore, à 33,7 % en 2004-2005. mais on a une diminution de 3 %. Donc, on agit et on va dans la même

direction, dans la bonne direction, et notre projet, c'est effectivement de continuer cette intervention inter-organismes pour effectivement réduire encore d'autant ce taux de décrochage.

Il y a, de notre part aussi, augmentation de l'offre des services en première ligne. On passe donc de 5 190 familles desservies en 2004-2005 à 6 000 donc familles desservies en 2005-2006. En 2005-2006, 70 familles de plus avec des enfants en déficience intellectuelle ou troubles envahissants du développement reçoivent — les DI-TED; reçoivent — des services de répit dépannage donc, pour un total de 637 familles qui sont desservies dans les Laurentides. Les mécanismes d'accès jeunesse en toxicomanie regroupent plusieurs partenaires et... permis de faciliter l'accès à des ressources plus adaptées aux besoins des jeunes, donc 107 jeunes qui ont été suivis en 2005-2007... 2005-2006, pardon. Toujours dans ce groupe d'âge, une augmentation importante du nombre de signalements, soit 21 % par rapport à 2002-2003, pour un total de 7 060 signalements en 2006, au niveau de la protection de la jeunesse. Il y a comme une augmentation fulgurante. On est la troisième région au Québec. Suite à cet état de situation, on a effectivement eu une recherche et, suite à ces résultats, on a mis en place deux projets pilotes — à Saint-Jérôme, donc les populations les plus visées et les plus peuplées, Saint-Jérôme et Saint-Eustache — pour une intervention accrue, concertée de première ligne avec les partenaires, incluant CSSS, centres jeunesse, écoles et policiers. Et tantôt, lors de la période des questions, on pourra parler aussi des autres éléments entourant cette situation.

Pour le groupe adultes donc, mise en place d'un programme de mobilisation de la communauté face à des problématiques: de suicide sur le territoire d'Antoine-Labelle. Ça, c'était un projet majeur, donc formation de plus de 700 personnes depuis mars 2003, dans la communauté, autant auprès du personnel urgence, médecins, intervenants. Ce projet, qui a été un des premiers au Québec donc, Tous ensemble pour la vie, a été repris à la grandeur du Québec sous le vocable «sentinelles» et maintenant ce projet se voit implanté un peu partout au Québec. Donc, ça a été une belle réussite pour la région des Laurentides mais Antoine-Labelle en particulier. On fait la lutte aux précurseurs des maladies chroniques, problèmes majeurs: tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation. Donc, au niveau des résultats, en 1998, on était à 35,7 % de fumeurs de 15 ans et plus; en 2003, baissé à 28,9 % de fumeurs de 15 ans et plus, et c'est très important. Donc, une diminution de 6,8 % pour 15 000 personnes en moins, et on continue le travail, on tape sur le clou.

Au niveau des adultes, concernant la stabilité de la prévalence de l'obésité dans les Laurentides, elle augmente ailleurs, mais, chez nous, elle est stable. Ce n'est pas nécessairement un gain, mais, à tout le moins, on l'a stoppée, et l'objectif futur, c'est effectivement de la réduire. Donc, vous voyez que, dans les Laurentides, c'est autour de 13 %. Au Québec, c'est passé de 12 %, et ça a augmenté à 14 %. Donc, pour nous l'objectif, ça va être de maintenir mais surtout de réduire.

Au niveau de la santé mentale: déploiement graduel des services de première ligne d'intensité variable dans la communauté. Donc, 1 760 personnes en 2004-2005; 2 211 en 2005-2006. Et ce que je trouverais très majeur

à souligner aussi, c'est la révision de la décision de décentraliser l'unité de psychiatrie régionale. Il avait été donc pris comme décision antérieure de décentraliser. On revient sur cette décision-là avec la collaboration des quatre centres de santé — les deux du sud et les deux du centre — une entente suite à un ensemble de changements et évolutions dans les pratiques. Et ça, on pourra en reparler tantôt, mais c'est une décision très importante, unanime parmi l'ensemble des quatre CSSS. Au niveau des adultes donc, encore: Programme québécois du dépistage du cancer du sein: un taux de participation des femmes, qui reste quand même très faible, à 40,7 %.

Au niveau de la perte d'autonomie liée au vieillissement... Il nous reste combien de minutes, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Pour être généreux, cinq.

Une voix: C'est beau.

Le Président (M. Copeman): Peut-être six, sept, là. On peut toujours...

● (10 h 20) ●

M. Ouellet (Jocelyn): Je vais cheminer davantage. Donc, à la page 23, concernant la santé physique: trois GMF en place qui desservent 27 000 personnes inscrites; trois autres en voie de finalisation; deux autres en négociation. Très important aussi: un mécanisme, sur l'ensemble du territoire des Laurentides — et ça, c'est nouveau; mécanisme — de mise en place pour les clientèles orphelines. Ils doivent donc, maintenant, s'adresser à leur CSSS, et le CSSS a mis en place un système de gestion des personnes en recherche de médecin de famille. C'est évident qu'on va prioriser la clientèle chronique. Et les médecins du territoire ont été approchés. Et on a cet aller-retour donc pour placer les clientèles orphelines qui ont des problèmes majeurs et à date on peut dire qu'on fait des percées très intéressantes.

Vous voyez, au niveau santé physique, à la page 24, au niveau des urgences, dans les Laurentides, il y a une diminution à partir de 2003-2004, tandis qu'au Québec ça augmente de façon significative. Et les tableaux à la page 25 parlent d'eux-mêmes. Quand aux heures sur civière, dans les Laurentides, on est à 13,6, et le Québec, 15,4, tandis qu'au tableau de la page 26, la question des 48 heures et plus sur civière, on est à 2,6 % — diminution à 2,6 % — dans les Laurentides, contrairement au Québec, à 4,9 %.

Concernant la santé physique encore, au niveau des chirurgies, je vous amène en fin de compte, à la page 28. L'ensemble des chirurgies, incluant genou et hanche, dans les Laurentides, est en progression constante, effectivement. Donc, en 2005-2006, on a fini avec 9 327, mais aussi, au niveau de l'ensemble des chirurgies, on est passés de 20 000 à 22 000, là, si on inclut toutes les chirurgies d'un jour aussi. Donc, on a une progression de ce côté-là.

Je vous amène, écoutez, sans plus tarder, à la page 37: pour ce qui est des enjeux et perspectives, cinq points principaux, toujours dans les orientations du ministre, d'accès, continuité et qualité. Actuellement, la région des Laurentides travaille son projet de hiérarchisation des soins, c'est-à-dire une utilisation optimum

des services hospitaliers sur le territoire. Tout le monde est affairé effectivement à développer le plan d'action pour les Laurentides, et on vise une utilisation optimale des ressources à notre disposition donc pour la première et la deuxième ligne. Et, contrairement à ce qui se passe actuellement, dans les Laurentides, où on dispatche, dans tous les hôpitaux de Montréal, la clientèle de deuxième, troisième et quatrième ligne, on veut effectivement concentrer cette clientèle-là, qui va à Montréal, sur quelques centres hospitaliers pour la troisième et quatrième ligne afin d'avoir des outils de négociation avec ces centres hospitaliers là et en même temps qu'ils puissent nous supporter dans le développement de notre autonomie, dans notre projet d'augmentation d'autonomie sur notre territoire. Donc ça, c'est un projet majeur qui est en train de se travailler sur le territoire.

Il y a aussi l'autre projet qu'on va mettre de l'avant: les clientèles avec des maladies chroniques: le 3 % de la population qui consomme 50 % des services hospitaliers. Et ça, c'est majeur. Ça, c'est les clientèles chroniques donc, une orientation qui sera mise en place, qui va mettre en place des équipes interdisciplinaires en lien avec les médecins de famille afin de stabiliser et suivre ces clientèles hors des milieux institutionnels. Il faut que le médecin de famille dise à son client: Si ça va mal... Au lieu de dire, comme on dit aujourd'hui: Va à l'urgence, il faudra dire: Si ça va mal, tu vas aller voir cette équipe-là qui va effectivement... puis cette équipe-là va être en lien constant avec ces clientèles-là.

Il faut éviter donc urgence, civière... C'est là où ça commence à coûter cher. Et, si on veut, avec notre virage... pas notre virage, mais l'augmentation importante des populations âgées, qui va passer de 60 000 à 90 000... Si on veut faire, il va falloir vraiment être proactif au niveau de la première ligne et dans la communauté, avec les médecins de famille.

Trois petits points en finissant — dernière page, M. le Président: un vieillissement accéléré qui nécessitera donc des investissements prioritaires en soutien à domicile, en développement de résidences privées et monitoring des résidences privées. Ça, ça va être majeur avec aussi ce qui vient d'être mis de l'avant, c'est-à-dire toute la question d'évaluation, certification des résidences privées. Et ça, il faudra être très actif et investir des ressources pour suivre ces résidences-là. Donc, aussi des CSSS bien intégrés sur le plan des missions, ayant comme prémisses la promotion et la prévention dans tous les programmes — ça commence par là — pour l'ensemble donc des programmes assumant pleinement leurs responsabilités populationnelles. On comprend que maintenant les CSSS sont responsables de l'état de santé de leur population. Il faut qu'effectivement ça commence par une meilleure prise en main de la promotion et prévention.

Et le dernier, non le moindre: des perspectives dont le succès est, entre autres, lié à un rattrapage financier régional. Et, dans le document qu'on vous avait fourni, le premier, général, à la page 66, vous avez le détail effectivement des 40 millions en question répartis par programmes.

Voilà, M. le Président, l'essentiel. J'espère avoir déposé les informations les plus pertinentes, mais je vais compter sur les questions et échanges pour aller un peu plus loin. Merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Merci, M. Ouellet. Alors, sans plus tarder, M. le député de Groulx, pour débiter les échanges avec nos invités.

M. Descoteaux: Merci bien, M. le Président. Bonne journée à tous nos collègues. M. Ouellet, à vous et à vos collègues, merci d'être là, ce matin. Ma première question serait d'ordre très général, même fleuve: Comment se sent-on à faire rapport, devant la commission, sur des rapports qui remontent à 2003, alors qu'on est là depuis trois mois seulement?

M. Ouellet (Jocelyn): ...a demandé un exercice très particulier mais très utile parce qu'effectivement, pour prendre fonction de P.D.G., ça m'a permis vraiment de prendre le pouls de tout ce qui a été fait dans la région, depuis 2002, et ça me permet en même temps de projeter vers où on pourrait... On a une bonne réflexion pour permettre effectivement de regarder vers où on pourrait aller donc, mais, comme je vous dis, ce matin, je vous présente un état de situation. Je suis très fier de représenter les Laurentides, mais je vais devoir compter, quand on va me poser des questions sur des logiques antérieures, sur les membres de l'équipe de direction. On forme une équipe et donc on pourra, tant bien que mal, répondre à vos questions.

Mais, écoutez, fierté, en même temps tâche ardue mais des plus stimulantes.

M. Descoteaux: Effectivement, c'est une question d'équipe, c'est un jeu d'équipe gérer notre agence dans les Laurentides. Et ma deuxième question, à ce moment-là, c'est — et en fait vous l'avez abordée justement dans le mandat que vous avez reçu et que vous vous donnez; j'aimerais savoir: Vous, personnellement, et l'équipe autour de vous, quelle priorité voyez-vous, là, que vous voulez mettre de l'avant surtout dans les Laurentides, abstraction faite des tableaux, là?

Les défis des années à venir, à partir de 2006, quels sont-ils?

M. Ouellet (Jocelyn): Il y en a plusieurs. Effectivement, pour commencer, développer et mettre en place effectivement, dans tous les programmes, un ensemble d'éléments de prévention et promotion. Il faut effectivement, même au niveau de la santé physique, il faut avoir des éléments qui rejoignent le grand public, mettre une emphase donc sur la prévention, promotion.

On voit aussi le ministre de la Santé avec monsieur... qui sont sortis avec un financement de 400 millions sur les 10 prochaines années. On va effectivement s'inscrire dans ce processus-là pour intégrer effectivement un ensemble d'actions dans les Laurentides. Et on va mettre à contribution les écoles, les MRC. C'est un partenariat, là, intersectoriel. Et on va compter effectivement sur l'appui de tous nos députés dans les Laurentides.

Autre projet très important, c'est toute la question, comme je le mentionnais tantôt, de hiérarchisation des soins. On est à redéfinir les corridors de services. Actuellement, c'est un peu... Ils se sont développés historiquement non pas en fonction d'efficacité, mais davantage de connaissances entre médecins, spécialistes. Et là actuellement, compte tenu de la rareté des ressources

et de la rareté des spécialistes sur notre territoire, il faut aller à un modèle qui va optimiser effectivement l'utilisation de nos ressources. Il faut que nos spécialistes effectivement arrivent à travailler en collaboration, même si on est dans différents centres hospitaliers. Donc, la région, on a un bout de chemin important à faire là-dessus.

Donc, hiérarchisation, corridors de services. Il y a une orientation aussi avec les développements de CHUM et CUSM, qui viennent nous influencer. On veut augmenter notre rétention des clientèles sur le territoire des Laurentides, et augmenter, ça veut dire donc aussi avoir un certain développement. Et donc il faut partir des ressources existantes, il faut s'assurer que les ressources qu'on a en place sont les plus fonctionnelles, les plus coordonnées, les plus intégrées, et après ça on peut penser effectivement à des plans de développement.

● (10 h 30) ●

Mais actuellement on est en train de regarder effectivement pour retenir une clientèle qui équivaut à peu près à 70 % des services de première de ligne, à 50 % des services de deuxième ligne et négocié, pour le tertiaire et quaternaire, avec Sacré-Coeur et quelques autres centres hospitaliers, le débit qu'on pourrait déverser sur Montréal pour se donner des marges de négociation afin que leurs spécialistes viennent nous supporter sur notre territoire en deuxième et en première ligne.

L'autre élément, ce qui est majeur, c'est effectivement — et ce sera le dernier — c'est les maladies chroniques. Comme je vous disais tantôt, on pourra vous passer un tableau aussi qui reprend très bien le 3 % de la population qui consomme 50 % des services hospitaliers. Et ces 3 % là, ils sont pour la plupart inscrits en cabinet privé. Les médecins de famille effectivement, actuellement, sont débordés, et on leur dit. Le médecin de famille dit à son client qu'il a une maladie chronique, c'est-à-dire cardiovasculaire, maladie pulmonaire, santé mentale, diabète, et autres. Il dit à son client: Si ça va mal, présente-toi à l'urgence. Et ça, ça devient un problème majeur, et, si ça continue, avec l'augmentation des clientèles, chez nous, on va mettre en danger notre fragile équilibre qu'on a au niveau de la santé physique.

Donc, il faut faire en sorte que les clientèles chroniques qui sont inscrites déjà, connues des médecins... il faut se rendre, dans la communauté, avec nos ressources supporter les médecins qui ont pour la plupart ces clientèles-là et développer des services dans la communauté, s'assurer qu'on sorte ces personnes-là du milieu, de l'urgence, et il y a moyen. Il y a des projets en cours dans les Laurentides, et on est en train de marquer des points, on est en train de réaliser que, oui, on est capable de faire autrement. Et je vous annonce aujourd'hui qu'on sera parmi une des régions à déposer un premier projet pilote sur les clientèles chroniques qui va effectivement viser les services dans la communauté et réduire les services de deuxième ligne.

Donc, c'est un peu les grands projets. Il y en aurait d'autres, mais je me limite à ceux-là dans un premier temps.

M. Descoteaux: Bien. Merci beaucoup. Justement sur la rétention de la clientèle, ça me semble fort

important, et, corrigez-moi si je me trompe, moi, c'est synonyme à mon sens, «rétention»... «Rétention des clientèles», c'est synonyme de «régionalisation», c'est synonyme de «donner la priorité à la région», donc se doter, dans les Laurentides, de toutes les infrastructures nécessaires.

Une de mes questions qui suivra sera peut-être... Bien, on a inauguré la nouvelle urgence à Saint-Jérôme, il y a quelque temps, l'année dernière, mais j'aimerais, au point de vue régional, de notre ensemble des... pour la population avoir un peu vos vues sur la question de la radiothérapie à Saint-Jérôme. Si nous sommes une région, un tout, bien je pense qu'on devrait regarder justement cette question-là pour desservir. Puis, corrigez-moi à nouveau si je me trompe, mais je pense qu'on peut desservir non seulement l'ensemble de la région, mais ça peut même déborder: Outaouais, Abitibi-Témiscamingue. Et je pense que pour l'ensemble de la population ça semble une priorité. Et j'aimerais avoir vos vues sur ça.

M. Ouellet (Jocelyn): Vous avez tout à fait raison. Écoutez, on va dans ce sens. Comme on l'expliquait un peu à la page 8 du document de présentation synthèse, les populations âgées augmentant, donc les problèmes chroniques augmentant, on va augmenter de 50 % ces populations âgées. Et vous regardez actuellement les maladies, les principales maladies de cancer, poumons, respiratoires, du sein, de la prostate. Il nous faut donc des installations qui vont être habilitées effectivement à traiter des cancers. Donc, la radiothérapie va devenir effectivement un outil majeur pour les Laurentides.

C'est évident qu'on est bien placés pour desservir l'ensemble des Laurentides. Il faut penser à Mont-Laurier, qui est très, très éloignée. Effectivement, pour Laval, de venir à Saint-Jérôme, en sens contraire même du trafic, c'est même judicieux, intéressant. L'Outaouais, effectivement, par le biais de la 50, qui sera sous peu, on l'espère, terminée... mais donc donne un accès direct effectivement à l'Outaouais. Donc, oui, pour nous, ça devient un enjeu majeur, mais on sait que c'est une décision attendue.

Là, je ne peux pas aller plus loin. Je laisserais, si vous le permettez, M. le Président, mon collègue directeur des affaires médicales peut-être ajouter, s'il y a lieu.

Une voix: M. Berlinguet.

M. Berlinguet (Jean-Claude): D'abord, en termes de régionalisation, effectivement c'est un de nos objectifs et enjeux principaux. Effectivement, dans plusieurs spécialités, notre clientèle est obligée de se déplacer, ce qui évidemment cause des inconvénients. Et donc, dans nos objectifs et dans notre planification, ce qu'on veut faire, c'est offrir des services, la gamme de services la plus complète possible et au maximum de personnes dans notre région.

C'est aussi vrai pour la radio-oncologie. Et, comme disait M. Ouellet, les principales causes de décès sont des cancers. Ça représente plus de 1 000 personnes par année. Ça, c'est ceux qui en décèdent. Évidemment, il y a tous ceux qui en plus en souffrent, sont traités. Donc, en termes de volume, il y a ce qu'il faut dans notre région, sans même avoir besoin des autres clientèles pour justifier

la rentabilité et le maintien de l'expertise d'un appareil de radio-oncologie à Saint-Jérôme.

Donc, nous, on est non seulement en faveur, mais c'est quelque chose qu'on souhaite ardemment.

M. Descoteaux: Je suis très heureux d'entendre ça. Dites-moi donc, est-ce qu'on a procédé à une étude de quelque façon que ce soit, parce que j'ai l'impression qu'au niveau du cancer, dans les Laurentides, c'est passablement élevé? Est-ce qu'on tente de déterminer le pourcentage de ces chiffres-là?

M. Ouellet (Jocelyn): Bien, je vais laisser le Dr Allard, santé publique, qui a tous les chiffres et l'étude qui effectivement a été faite, donner quelques données. Dr Allard.

M. Allard (André): Oui, les taux, si on regarde dans notre bilan d'état de santé de la population des Laurentides, les taux de mortalité ajustés par cancers pour la région des Laurentides sont constamment supérieurs à ceux du Québec, là, de 1986 jusqu'à 1999. Alors, ce qu'on a attribué... on avait des taux de tabagisme de loin supérieurs dans les Laurentides. Les effets de ces taux, même si ça a diminué, les effets... On traîne, 20 ans plus tard, hein, on mesure aujourd'hui les effets du tabagisme d'il y a 20 ans et on va être encore pris avec cette situation-là. Le tabagisme est, pour nous, on croit, la principale cause de cet excédent de cancers dans les Laurentides.

M. Descoteaux: Est-ce qu'il ne devrait pas y avoir le même corollaire sur les maladies cardiovasculaires?

M. Allard (André): Effectivement, si on regarde pour les maladies cardiovasculaires chez les femmes, il y a un excédent de mortalité chez les femmes des Laurentides, quand on les compare aux femmes du Québec. Il y a certains territoires — je n'ai pas tous les chiffres par coeur; mais il y a certains territoires — comme ceux de Lac-des-Deux-Montagnes où on voit un excédent de mortalité par maladies cardiovasculaires chez les femmes. Le tabagisme chez les femmes était quand même passablement important dans la région des Laurentides.

M. Descoteaux: M. le Président. Dans un tout autre ordre d'idées, M. Ouellet, sur la question de la maison des naissances dans les Laurentides, lorsqu'on est arrivé en 2003, on parlait déjà d'une attente qui était autour de 11 ou 12 années pour avoir une maison dans les Laurentides. Maintenant, à plusieurs reprises, on entend que ça devrait être sur le point d'accoucher.

Premièrement, il y aurait les budgets. Et j'aimerais vous entendre, au niveau des budgets, sur la question des budgets au foyer, à la maison et au centre hospitalier. Mais qu'est-ce qui arrive au budget pour donner le coup d'envoi pour une maison dans les Laurentides, une maison des naissances?

M. Ouellet (Jocelyn): Donc, maison des naissances, je comprends, une première peut-être ou parmi les premières au Québec. Il y en a ailleurs, mais en tout

cas on n'est pas en retard. Écoutez, une maison des naissances...

M. Descoteaux: ...que les représentantes des sages-femmes nous disent, là.

M. Ouellet (Jocelyn): Bon, une maison des naissances dans les Laurentides, donc un dossier qui a évolué rapidement. Il faut dire qu'il y a eu une concertation avec le groupe sages-femmes, le centre hospitalier. Peut-être que les discussions au départ ont été longues, mais, une fois qu'elles ont été faites — donc, groupe sages-femmes, centre hospitalier, CSSS de Saint-Jérôme, l'agence, partie prenante à ces discussions-là — écoutez, il y a eu donc une mise en commun de fonds, dont 200 000 \$ de la part du centre Saint-Jérôme, le CSSS Saint-Jérôme; 200 000 \$ de la part de l'agence, et donc pour un 400 au niveau de notre région, et le ministère a accordé un financement de 400 000 \$ additionnels. Donc, on se retrouve avec un budget de 800 000 \$, et là le projet effectivement est lancé. On est allés en appel d'offres pour aller choisir le site, le lieu, la résidence. Actuellement, on a eu effectivement une seule proposition qui se retrouve à Blainville, donc à l'intérieur du quadrilatère qu'on avait identifié entre la 640, la 117 et la 15 jusqu'à Saint-Jérôme, donc une discussion qui a été amorcée avec la ville de Blainville actuellement parce que c'est la ville qui s'est avancée sur ce projet.

Donc, à date, tout avancé, tout est positif. Il n'y a pas d'accrochage, là, majeur. On est en discussion de dossier. Il y a peut-être Dr Berlinguet qui pourrait ajouter à ce sujet-là.

● (10 h 40) ●

M. Berlinguet (Jean-Claude): Bien, d'abord, dire que l'échéancier, c'est avant le 31 décembre 2007. Les travaux sont très avancés. L'étape la plus difficile, ça a été, à part le financement naturellement, ça a été de faire des ententes avec l'ensemble des médecins, c'est-à-dire les obstétriciens, les gynécologues, les pédiatres, et ça, c'est complété. Ça a été complété l'année dernière. Toutes les ententes ont été conclues et signées. Donc, c'était le principal obstacle à cette réalisation-là.

Ceci étant réalisé, il va rester effectivement l'actualisation physique, béton du projet pour l'actualiser. En parallèle de ça, les sages-femmes devraient être embauchées sous peu, et on pense que les premières femmes pourraient être suivies en février.

M. Descoteaux: Et, au niveau de la mise en place comme telle du service en maison de naissances, est-ce qu'on prévoit un calendrier?

M. Berlinguet (Jean-Claude): 31 décembre 2007. J'espère que je n'ai pas fait l'annonce avant le ministre.

M. Descoteaux: Non, bien, ça, de toute façon le 31 décembre 2007, c'est assez loin, là, que je ne pense pas.

Le Président (M. Copeman): ...à la fin, là, on est peut-être mieux d'en... Est-ce que c'est sur le même sujet ou sur un autre sujet?

M. Descoteaux: Sur un autre sujet, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Mais je pense qu'on va aller à gauche, puis on va revenir à droite, par la suite. Ça vous convient?

Une voix: Parfait.

Le Président (M. Copeman): O.K. Alors, à gauche toute! Alors, M. le député de Blainville.

M. Legendre: Merci, M. le Président. Oui, je préfère être à gauche, somme toute. Bien, d'abord, bienvenue, M. Ouellet et tous vos collègues. C'est un plaisir pour nous, tous les députés du Parti québécois des Laurentides. On est nombreux ici, aujourd'hui, parce qu'on est évidemment très préoccupés de notre région et évidemment du dossier de santé et services sociaux. Alors, merci d'être là.

Vous avez, dans votre document... Et je trouve que vous avez fort bien présenté la situation des Laurentides au début, et c'était important de le faire. Même si là, ici, nous, on est beaucoup des Laurentides et on sait ce que c'est, je prétends, moi, que le Québec ne sait peut-être ce que c'est, là, la situation dans les Laurentides, parce qu'on a une image quasi bucolique des Laurentides. Or, en matière de santé et de services sociaux, ce n'est pas bucolique du tout, et vous le dites d'ailleurs. Vous l'affirmez dans votre document — et je me permets de le redire — quand vous parlez évidemment de la population croissante. C'est la région, au Québec, qui a eu la plus grosse croissance de population. Alors, tout le discours de la décroissance, là, au Québec, ça ne nous rejoint, ça, dans les Laurentides. Et vous dites: «Cette augmentation de la population tant résidente que saisonnière — parce que la dimension tourisme est importante aussi — pénalise la région des Laurentides qui est contrainte d'utiliser la plus grande partie des budgets de développement qu'elle reçoit pour maintenir des services au même niveau.» Alors, ce n'est pas facile, à ce moment-là, d'avoir des priorités de développement.

Et vous avez fait référence au sous-financement, là, qui est majeur. Les Laurentides avec la Montérégie, on est les deux pires régions en termes d'iniquité interrégionale. Et ce que je vous poserais comme première question: C'est quoi, les impacts? Quels sont les secteurs qui subissent le plus dans le fond cette problématique du 40 millions manquant? Et vous l'avez bien dit aussi dans votre conclusion, là, vous dites: «Des perspectives dont le succès — et je me permettrais d'enlever quelques mots, là; des perspectives dont le succès — est [...] lié à un rattrapage financier régional.» Vous dites «entre autres», mais, moi, je dirais même: D'abord et avant tout lié à un rattrapage financier régional.

Mais j'aimerais que vous me parliez des impacts sur les différents secteurs. Quels secteurs, là, souffrent le plus, là, de ce manque à gagner?

M. Ouellet (Jocelyn): Tout d'abord, je pense qu'il est important de souligner qu'il n'y a personne de laissé en péril, même avec le sous-financement. On peut dire que, si quelqu'un, dans la région des Laurentides, est en péril, il y aura effectivement service, et on

s'occupera de la personne. Mais on comprend qu'au-delà de cette situation le 40 millions, quand on regarde effectivement, par exemple... Écoutez, les personnes en perte d'autonomie: 9,5 millions de sous-financement. On était, en 2002-2003, à 13 % de taux de pénétration, tandis qu'au Québec c'était à...

On a rattrapé un peu cette tendance-là, mais, avec le vieillissement de la population, là, on a une population qui va vieillir très rapidement dans les Laurentides, là, on va effectivement être rattrapés rapidement avec les efforts qu'on a mis de l'avant. On ne fait que maintenir puis se maintenir au-dessus de l'eau. Et, écoutez, encore une fois c'est évident qu'on pourrait augmenter les services de soutien à domicile, on pourrait augmenter les services aux aidants naturels, et il va falloir le faire, de toute façon. Parce que, si on veut éviter qu'ils se retrouvent à l'urgence dans des lits... et qu'on vient déstabiliser le réseau de santé physique qu'on a, il va falloir effectivement investir davantage dans ce secteur-là.

Donc, nous, on l'annonce comme étant une chose à prévoir et, dans notre planification, on va effectivement avoir cette préoccupation-là. Mais on comprend que le ministère reconnaît le sous-financement, et ça, c'est un élément majeur que ce soit reconnu. À quelle vitesse et à quelle hauteur le rattrapage pourra se faire? Ça, c'est des choses sur lesquelles on n'a pas nécessairement d'emprise ou de réponse. Donc, pour l'instant, il y a des secteurs effectivement... personne en péril, mais il y a des personnes qui sont en attente de services additionnels, de bonification de services.

On ne parlerait que des DI-TED. On pourrait effectivement augmenter le nombre d'heures. Mais on donne un minimum actuellement. On pourrait aller beaucoup plus loin. Donc, dans l'ensemble des secteurs comme on retrouve à la page 66 du document, on pourrait augmenter des services à des niveaux beaucoup plus acceptables. Donc, ce n'est pas de dire que les services actuellement sont de piètre qualité, mais ils sont nécessairement en bas des niveaux nationaux. Il faudrait, à tout le moins, rehausser. Donc, on comprend que c'est les familles et les personnes qui ont besoin de ces services-là qui en prennent un premier coup, là, mais on pourrait quand même aller beaucoup plus loin. Mais là tout s'attache avec le financement.

Le Président (M. Paquin): ...de Blainville.

M. Legendre: Oui, merci, M. le Président. Et justement ce financement, et je comprends tout à fait, M. Ouellet, qu'il ne dépend pas de vous. En fait, vous êtes plus en position de réception de budget que de décision de budget. Mais est-ce qu'il y a une perspective d'avenir de votre côté? Est-ce qu'il y a une planification de ce rattrapage-là? Est-ce qu'il y a une proposition, de votre part, pour le rattrapage en question? Parce que vous l'avez bien détaillé, le 40 millions, que ce soit perte d'autonomie, que ce soit santé mentale, où c'est assez élevé, déficience intellectuelle, ça aussi.

Il y a des secteurs, là, bien identifiés, mais, le rattrapage en question, est-ce que, vous, vous avez une proposition du rythme de rattrapage qu'il faut avoir, là? Parce qu'en plus ce que vous dites, c'est que la population va continuer de croître, là, dans les Laurentides. Alors,

il ne disparaîtra pas tout seul, par enchantement, le problème, là.

M. Ouellet (Jocelyn): Et ça devient un enjeu effectivement majeur et que, dans nos représentations, comme on le fait ici, aujourd'hui, et nos représentations que nous allons faire en particulier avec le ministère, ça va devenir effectivement je ne dirais pas notre marotte mais effectivement notre objectif de toujours démontrer effectivement la problématique.

Il faut dire qu'on n'est pas tout seuls, hein? C'est particulier, c'est la périphérie au Grand Montréal. Donc, on avance là-dedans, quatre régions. Et ce qui est intéressant effectivement, comme le projet de rétention des clientèles, donc on veut aller chercher des clientèles mais le financement qui va aller avec. Donc, on n'est pas capable, comme région seule, de faire une percée. Effectivement, les quatre régions, Montérégie, Laurentides, Lanaudière et Laval, on est très concerté là-dessus. On agit de façon planifiée. C'est évident que l'objectif, c'était de rattraper sur un espace temps de cinq ans. Mais, bon, on regarde les rattrapages actuels. Si ça continue comme ça, c'est plus de l'ordre de sept, huit puis peut-être même 10 ans, mais on veut revenir sur le plancher là-dessus mais en proposant des projets très concrets, donc, entre autres, le rapatriement des clientèles avec un niveau de pourcentage très précis, avec une identification des coûts sur les infrastructures, les ressources humaines, le nombre de spécialistes qu'il nous faudrait, intervenir aussi, auprès des clientèles chroniques, avec un plan très précis et non pas juste aller demander de l'argent. Mais on est dans l'optique d'aller de l'avant avec des projets très précis et qu'on peut quantifier, et mesurer effectivement l'impact. Quand on demande un... être capable aussi de suivre le rendement et l'impact de ces investissements-là.

Je comprends qu'on peut être sceptique, là, de juste demander de l'argent. Il faut aller vraiment avec des... et c'est ce qu'on est en train de développer, comme je vous le disais tantôt: rétention des clientèles, clientèles chroniques, DI-TED. Donc, avoir, chez nous, notre système d'évaluation. RFI, réadaptation fonctionnelle intensive. Aller chercher la clientèle de Montréal et le budget qui va avec, donc se donner une planification très concrète des services et non pas qu'être en demande d'un financement additionnel.

Donc, l'objectif ou notre prise là-dessus, ça va être de déposer des projets très précis, et on est en train de les formuler, ces projets-là.

Le Président (M. Paquin): ...de Blainville.

• (10 h 50) •

M. Legendre: Oui, merci, M. le Président. Un peu dans le même ordre d'idées, mais autre sujet où il y a des besoins énormes, ce sont les groupes de médecine familiale.

De plus en plus, on s'en fait parler. Même maintenant, dans les bureaux de comté, il y a des gens qui viennent nous voir, les députés, pas pour les soigner mais pour trouver un médecin. Et, écoutez, il y a 26 % de la population des Laurentides actuellement qui n'a pas de médecin de famille, ce qui est au-dessus du pourcentage, là, à travers le Québec, je pense, qui est de 24 %. Et, depuis trois ans, je pense qu'il y a eu un groupe de médecine familiale. Depuis avril 2003, il y a

eu seulement un groupe de médecine familiale qui s'est confirmé, qui s'est ajouté, alors qu'il y avait un objectif initial de 22.

Est-ce que vous pouvez nous expliquer un peu? Je comprends que, là, vous, ça fait juste trois mois que vous êtes là. Mais qu'est-ce qui explique le rythme si lent, là, de création de groupes de médecine familiale?

M. Ouellet (Jocelyn): Pour un premier élément de réponse. Et ensuite, si vous le permettez, M. le Président, je vais passer la parole à Dr Berlinguet.

Donc, pour un premier élément de réponse, il faut dire que les GMF, je pense, s'adressent, dans un premier temps, à des médecins de la nouvelle génération, pour la plupart. En tout cas, on voit qu'actuellement on a un groupe de médecins qui, comme nous tous, vieillit au Québec, qui s'est installé dans une pratique seul, en duo ou avec quelques partenaires, n'a pas l'intention non plus de changer ses pratiques. Et, quand on propose un GMF avec des nouvelles façons de faire, même s'il y a un ensemble de financement additionnel très intéressant, ces médecins-là ne sont pas nécessairement attirés par ce genre de pratiques nouvelles. Mais ça répond effectivement à un besoin pour les nouveaux qui sortent. Et là, donc sur une génération qui s'en vient, ça va être effectivement le modèle, je pense, intéressant pour eux. Ils ne sont pas prêts à faire comme nos médecins de famille actuels, de supporter toute une clientèle seuls, là, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, ils veulent être en groupe, départer cette responsabilité-là. Et les GMF vont être une solution des plus intéressantes, et donc ça va prendre de l'ampleur, mais c'est surtout avec la nouvelle génération.

Pour ce qui est du développement des GMF sur le territoire des Laurentides, je laisserais le collègue Dr Jean-Claude Berlinguet continuer la réponse, si vous me permettez, M. le Président.

M. Berlinguet (Jean-Claude): Moi, je suis arrivé il y a 18 mois, et, quand je suis arrivé, il y avait trois GMF d'installés. On n'était pas une des régions les plus avancées là-dedans, définitivement. Et ce qu'on m'a expliqué quand j'ai tenté d'explorer le pourquoi, pour pouvoir en développer d'autres: il y avait, dans les Laurentides, une culture un peu de méfiance par rapport à l'ensemble des contrats que ça nécessite, parce qu'il y a trois contrats à signer dans les GMF: les médecins entre eux, les médecins avec les CLSC à l'époque, les CSSS maintenant et les médecins avec l'agence.

Donc, il y avait une méfiance viscérale, là, qui n'est pas vraiment justifiée, dans le sens que ces contrats-là finalement sont bien gérés, puis, contrairement au mariage, on peut mettre fin à ça en dedans de 18 mois, puis c'est tout, là. Donc, c'est plus facile que le mariage.

Une volx: ...

M. Berlinguet (Jean-Claude): C'est ça, il n'y a pas de pension après. Donc, il y avait une méfiance, là, qui était importante. Il a fallu, pendant un an, là, travailler ça avec le DRMG. On a vraiment fait beaucoup d'interventions. On a fait la tournée de tous les territoires avec le... On a organisé un colloque où on a invité des gens à témoigner de leur expérience en GMF,

dont les trois GMF sur notre territoire. Et ça, ça a débouqué. Il y a trois autres GMF qui sont actuellement pratiquement terminés et, comme il est indiqué, il y en a deux en négociation.

Évidemment, on veut en faire plus, on veut définitivement, mais je pense qu'avec les expériences positives ça devrait s'accélérer dans les mois qui viennent. On a cette impression-là. À côté de ça, il y a les cliniques-réseaux qui sont maintenant ouvertes à davantage de régions que juste Montréal comme au début. C'est une formule qui est plus simple, qui intéresse davantage actuellement les médecins, et il y a une certaine volonté d'aller dans cette direction-là. Évidemment, pour nous ça augmente davantage l'accès au sans rendez-vous que l'accès à la prise en charge. Donc, on va essayer de faire en sorte que les GMF soient privilégiés, mais, si le regroupement est plus facile, on va prendre ce que finalement les gens sont prêts à faire. Mais les GMF, avec ces petits nombres là, chez nous, ça ne règle pas le problème d'accessibilité au médecin de famille, j'en suis conscient. Donc, on a pris, depuis un an, des mesures pour tâcher de soutenir la clientèle là-dedans. On a pris des mesures à court terme puis des mesures à moyen terme.

Les mesures court terme qu'on a mises en place, c'est d'abord, comme disait M. Ouellet... on a convenu avec chacun des CSSS que c'était dans leurs responsabilités populationnelles que de gérer les listes d'attente pour les médecins de famille. Donc, chacun a mis en place des mécanismes pour faire en sorte que les demandes soient évaluées. Est-ce que c'est un patient, bref une personne en bonne santé qui veut un examen régulier, périodique, annuel? Est-ce que c'est une personne qui a une maladie stable, qui pourrait souffrir un peu de délai dans ses rendez-vous habituels? Est-ce que c'est une personne qui a une maladie chronique, déstabilisée à qui il faut trouver un médecin de famille rapidement? Est-ce que c'est une personne qui sort de l'hôpital?

Bref, on tente de prioriser les demandes, et que chaque CSSS ait des ententes avec ses médecins sur son territoire pour faire en sorte de répondre à ces besoins-là. Je dirais que de façon générale c'est bien appliqué, on a des bons succès. De temps à autre, il y a des difficultés. C'est en rodage. Mais ça, ça donne des bons résultats.

On a aussi mis en place des projets pilotes sur chacun des CSSS. On a fait un appel d'offres, et chaque CSSS nous a proposé, après consultation avec ses médecins sur son territoire, nous a proposé des projets pour faire en sorte que le temps-médecin soit maximisé. Donc, il y a des CSSS qui ont mis en place des centrales de rendez-vous pour aider les médecins à leur organiser tous les accès aux plateaux techniques, les accès aux médecins spécialistes. On a fourni... pour les médecins qui font de l'hospitalisation, des psychologues. On a mis en place les mécanismes pour suivre les anticoagulants, qui sont un gros problème. Donc, dans les mesures, il y a eu des mécanismes d'accès, les projets pilotes.

Il y a évidemment la distribution des PREM aussi qui est utilisée. On a eu un DRMG très actif dans comment on distribue les PREM aux nouveaux arrivants, une gestion aussi des... pour faire en sorte de favoriser une meilleure distribution. Et ça, c'est à court terme. Maintenant, à moyen terme, on mise beaucoup

sur le plan d'organisation, parce qu'il y a une question de pénurie de médecins, mais il y a aussi une question d'organisation. Ça fait qu'il faut davantage organiser l'offre de services. On est en train de faire ça. Ça devrait nous donner des bonnes réponses, ça aussi. Et finalement, de façon surprenante, si on veut soulager la première ligne, il faut organiser la spécialité, parce qu'actuellement les médecins omnipraticiens, chez nous, font beaucoup de travail en spécialité parce qu'on manque cruellement de spécialistes. Et on va donc tenter, en organisant la deuxième ligne, de faire en sorte d'aller chercher du temps de médecins de famille pour rendre ça plus disponible à la population.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, M. le député d'Orford.

M. Reid: Merci, M. le Président. Je voudrais continuer sur cette question des médecins de famille et des groupes de médecine familiale.

Moi, dans mon comté, donc Magog, j'ai fait deux annonces de groupes de médecine de famille, et, dans les deux cas, il a fallu faire très, très attention parce que la population, dont une partie importante — et je pense qu'on est moins bien placés que les Laurentides dans le comté, en tout cas la région de Magog et Memphrémagog, pour la médecine de famille... Il faut faire très attention parce que la population a l'impression qu'on vient d'ouvrir des postes ou des places pour avoir un médecin de famille, ce qui n'est pas beaucoup le cas. Enfin, ce n'était pas beaucoup le cas chez nous. Ça a servi à un certain nombre de choses, donc, en particulier, à faciliter le fait qu'il y ait des... de certains médecins qui commencent, disons, à vieillir, et ils veulent continuer à pratiquer mais sans mettre autant d'heures, un certain nombre d'éléments comme ceux-là qui par ailleurs auraient causé problème mais qui ont été résolus par les groupes de médecine de famille.

Il y a beaucoup d'avantages aussi au niveau de l'accès aux soins, la qualité des soins, la qualité du suivi. Enfin, il y a beaucoup d'avantages, mais ça ne règle pas a priori la question en fait d'avoir un médecin de famille et du taux de personnes qui ont un médecin de famille. L'agence de Montréal a mentionné que leur approche de GMF et de clinique permettait peut-être d'aider un peu. Il me semble que j'avais posé la question: Est-ce que c'était uniquement pour l'accès sans rendez-vous qu'on aide? Je pense qu'ils parlaient vraiment de médecin de famille associé à une personne. Je pense que vous avez dit tout à l'heure que ça ne règle pas nécessairement cette situation-là dans les Laurentides, un peu comme c'était le cas à Magog. Et, moi, quand j'avais appris le taux de personnes qui n'avaient pas de médecin de famille ou le taux de personnes qui avaient un médecin de famille, j'ai eu une réaction à fleur de peau, j'avais été scandalisé. Et j'ai eu l'occasion de parler avec le président de l'agence, qui est une vieille connaissance, Dr Baron, qui était mon doyen de la Faculté de médecine quand j'étais recteur à Sherbrooke, et qui m'a expliqué qu'il y a des gens qui ne vont pas voir de médecin pendant cinq ans. Ça ne sert à rien de penser que, s'il y a une personne qui n'a pas de médecin de famille, c'est un crime, parce qu'il n'y va pas, de toute façon. Dans ces cas-là, ce qu'il faut, c'est plutôt leur

apprendre à venir faire un examen annuel, quelque chose comme ça, les inciter.

Donc, en général, ce que j'ai compris, c'est qu'il y a une cible qu'on veut atteindre. Autrement dit, 100 %, ce n'est pas une cible réaliste, ce n'est pas une cible utile non plus. Et donc est-ce que vous avez une cible pour la région? Quelle est cette cible-là? Et, quand on parlait tantôt, je pense que le député de Blainville parlait de 26 %, donc 74 % qui... un médecin de famille. Est-ce qu'on est loin de cette cible-là? Parce que, moi, je sais que, par exemple, dans la région de Magog, à 30 km d'un des hôpitaux universitaires, on n'a quand même pas cette cible-là qui est plus haute que ce que nous avons. Donc, il y a une cible à atteindre qui n'est pas 100 %.

M. Ouellet (Jocelyn): ...je vais laisser la parole au Dr Berlinguet.

● (11 heures) ●

M. Berlinguet (Jean-Claude): Ce n'est peut-être pas la bonne façon, mais on a pris ça à l'envers, c'est-à-dire que ce qu'on a fait avec le DMRG, parce que c'était l'approche qu'eux favorisaient, on a dit: On doit absolument identifier les personnes qui n'ont pas de médecin de famille et qui ont un besoin absolu. Et, dans ce sens-là, quand on parle du 3 % de la population qui présente des maladies chroniques, c'est eux qu'on a ciblés et c'est eux qu'on est en train d'identifier de façon personnalisée, dans chacun des CSSS, et à qui on va trouver un médecin de famille.

Donc, évidemment, ça ne répond pas à votre question directement...

M. Reid: ...

M. Berlinguet (Jean-Claude): ...mais on l'a abordée sur l'autre angle.

M. Reid: Et donc, si vous arrivez rapidement à satisfaire ce besoin-là, bien on aura, disons, réglé le vrai problème de fond de l'accès à un médecin de famille. Ça ne veut pas dire que tout le monde en aura puis ça ne veut pas dire qu'il y en a qui voudraient en avoir qui en auront, mais au moins le vrai problème de fond, il serait réglé là, disons, à partir de ce moment-là. Et évidemment on va en arriver à 100 % un jour, là, quand on aura suffisamment de médecins qui vont se joindre à ceux qui existent déjà, ce qui va prendre encore quelques années. On va arriver à 100 % évidemment pour ceux qui le veulent, parce qu'il y en a qui ne sont pas intéressés à avoir un médecin de famille également.

J'aimerais savoir, parce que, dans votre page effectivement où on parle de ça, à la page 23 — et vous l'avez mentionné tantôt, mais je vais faire référence à la page où on parle également de mécanisme d'assistance à la recherche de médecins de famille dans chaque CSSS — est-ce que vous parlez effectivement, là, de cette question pour les malades chroniques? Est-ce que c'est ça? Et, si oui, pouvez-vous nous donner un petit peu de détails sur la manière dont ça se passe?

M. Ouellet (Jocelyn): Dr Berlinguet.

M. Berlinguet (Jean-Claude): Bien, en fait, effectivement ça s'adresse à cette clientèle-là mais je

dirais à toutes les personnes qui appellent pour avoir un médecin de famille.

On a beaucoup d'appels à l'agence, et il y a beaucoup d'appels dans chacun des CSSS pour dire: Je cherche un médecin de famille, je n'en ai pas. Alors, ce que les CSSS ont fait — il y a des variantes — mais il y a une personne avec une formation clinique qui est identifiée, à qui on a donné une grille de questions pour répondre à des critères qui permettent de prioriser, je dirais, le patient ou la personne qui cherche un médecin de famille. Comme je disais tantôt, dans ce sens-là, ceux qui sortent de l'hôpital, qui ont besoin d'un suivi immédiat, bien, eux, on leur trouve un médecin de famille sur le champ. Ceux qui ont des médicaments importants de prescrits... Parce qu'il y a beaucoup de personnes qui viennent de l'extérieur, hein? Quand ils arrivent, ils ont perdu leur médecin de famille d'où ils viennent. Donc, ils présentent des maladies, ils ont besoin de médicaments. Donc, eux aussi, ça devient une urgence relative, et ainsi de suite, jusqu'à celui qui appelle pour dire: Moi, j'ai 40 ans, je veux un suivi annuel et j'ai besoin d'un médecin de famille. Celui-là, on va lui trouver un médecin de famille, mais ça peut prendre six mois par exemple.

M. Ouellet (Jocelyn): C'est un peu l'initiative, si vous me permettez, de la région des Laurentides pour faire face un peu à la pénurie, dans le sens où les gens effectivement appelaient partout, au bureau du député, au bureau de l'agence, et là il n'y avait personne qui gérait effectivement le dossier. Donc, c'était: Essaie de te débrouiller. Donc, on a dit: On va gérer la situation et avec l'agence, avec les CSSS, on a décidé de mettre en place effectivement un système dans chaque CSSS où il y a une personne responsable qui accueille les demandes et qui fait la gestion effectivement avec les médecins.

On a fait les approches avec les médecins pour effectivement dire: Êtes-vous prêts si on a des clientèles? Et tous les médecins se disent effectivement ouverts quand on passe ça par le CSSS. Donc, c'est cette collaboration-là qu'on a mise en place, qui est tout à fait intéressante. Donc, on dit: Personne n'est laissé en péril. Il y a toujours quelqu'un qui tombe entre deux chaises, mais on s'en occupe dans ce temps-là. Et c'est un peu donc l'approche qu'on a prise, là, pour faire face à la pénurie.

M. Reid: Et j'imagine que les malades, enfin les malades chroniques sont en haut de cette liste-là. Quand on a passé les questions, ils sont prioritaires automatiquement.

M. Ouellet (Jocelyn): Exactement.

M. Reid: D'accord. Vous en avez peut-être parlé tantôt un peu, mais je voulais juste être certain et peut-être d'avoir un peu plus de détails.

Vous parlez de la création de tables médicales territoriales pour améliorer la coordination entre les médecins et le CSSS. Est-ce que c'est ce dont vous venez de parler ou d'autre chose? Est-ce que vous pourriez juste faire le point un peu sur ce que ça veut dire, ça, et comment ça s'insère dans le reste de ce que vous avez décrit là?

M. Ouellet (Jocelyn): Dr Berlinguet.

M. Berlinguet (Jean-Claude): Bien, afin de s'assurer d'un fonctionnement, un continuum, là, plus harmonieux, on veut faire en sorte que les médecins de famille travaillent avec le CSSS pour l'ensemble des clientèles autant pour désengorger l'urgence, pour accélérer le traitement des patients à partir du cabinet.

Donc, ce qu'on a fait, on pensé ça il y a une année, il y a un an. On a fait la tournée de chaque territoire où étaient conviés tous les médecins de famille — évidemment, ils ne sont pas tous venus, mais ils étaient tous invités — les autorités du CSSS et de l'agence — d'ailleurs, la P.D.G. de l'époque a été présente à chacune de ces rencontres-là — et on demandait aux médecins: Qu'est-ce qu'il vous faut pour faire un meilleur travail avec nous? Puis là ils ont identifié une série d'éléments, de facteurs. Par exemple: On a besoin de plages en urgence, en radiologie; ça nous prendrait trois, quatre ou cinq plages par jour pour un accès à une échographie, etc., ou ça nous prendrait une centrale de rendez-vous.

Et d'ailleurs c'est suite à cette tournée-là qu'il y a des projets pilotes qui ont été mis de l'avant par chacun des CSSS en fonction de leurs besoins respectifs. L'organisation est différente — puis la collaboration — d'un territoire à l'autre. Donc, ça a été fait une première fois. Et il y a une deuxième tournée du DRMG pour justement voir comment ça allait, pour voir l'évolution des besoins, et là on s'apprête à en faire une troisième pour justement faire en sorte que le plan d'organisation qu'on veut en médecine de famille progresse.

M. Ouellet (Jocelyn): L'autre élément qu'on ajoute dans ces rencontres-là avec le DRMG, qui a beaucoup d'initiative sur le territoire des Laurentides, c'est les fameuses clientèles chroniques, donc de vendre l'idée aux médecins de famille — un, ils ont toute la clientèle, la majorité de la clientèle chronique: Comment on peut vous aider? Comment on peut effectivement vous supporter? Comment on peut supporter ces clientèles-là, être en lien avec votre bureau et éviter effectivement la décompensation et la direction urgence?

Donc ça, c'est un autre projet que le DRMG est en train effectivement de travailler avec l'ensemble des médecins de pratique familiale sur le territoire, et ça, c'est majeur, là. Donc, on a DRMG au niveau des médecins, et l'appareil administratif au niveau des CSSS, et des gestionnaires, là, qui sont en train de planifier un peu plus l'action, donc on est en train de le faire à tous les niveaux.

M. Reid: Merci. Est-ce qu'il reste encore un peu de temps, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Il reste à peu près cinq minutes. Je sais que notre collègue le député de Groulx a également une question, mais allez-y.

M. Reid: D'abord, avant de passer à ma prochaine question, je voudrais vous féliciter pour votre énoncé tout à l'heure, quand vous parliez de budget. Je pense que vous avez exprimé la notion même de responsabilité budgétaire. Autrement dit, on n'est pas là, la bouche ouverte, pour demander de l'argent, mais on arrive avec des projets, des choses concrètes. C'est l'argent du public. Et, comme administrateur public pendant longtemps, je

voudrais vous féliciter de cette attitude-là. Je pense que c'est la bonne attitude pour les services publics du Québec d'aujourd'hui et de demain.

Je voudrais vous poser une question. On a parlé tantôt d'images bucoliques, le député de Blainville, des Laurentides, et ça m'a rappelé qu'il y a aussi une image bucolique que beaucoup de monde se fait de Magog et de toute cette région-là, mont Orford, et tout ça. Et c'est effectivement très beau, en passant, hein? Le mont Orford est encore très beau malgré tout ce qu'on a dit. Et il y a une problématique chez nous qui n'est pas celle d'une augmentation des jeunes couples ou de la population, c'est vraiment une problématique d'augmentation de la population âgée, qui, pour une bonne part, est due au fait qu'il y a beaucoup de Montréalais qui vendent une propriété, qui, avec une partie de leur vente, viennent acheter une superbe résidence dans la région autour de Magog, et qui s'installent, et qui évidemment vont avoir, à plus ou moins long terme, des besoins, disons, plus denses que la population régulière.

Est-ce que ce phénomène-là est également un phénomène que vous avez dans les Laurentides?

M. Ouellet (Jocelyn): Tout à fait. Pour certains territoires effectivement, Sainte-Adèle, Sainte-Agathe, donc le mi-Laurentides effectivement, beaucoup de populations effectivement qui viennent s'installer à la retraite, qui ont déjà un chalet puis qui déménagent effectivement en permanence. Donc, l'augmentation des populations. Je ne pourrais pas dire sur...

L'augmentation qu'on est en train de voir, là, de 60 000 à 90 000, ça, c'est les résidents de notre territoire, mais cette progression de nouveaux arrivants âgés, ça, on n'a pas le...

M. Reid: ...responsable, là. C'est ça.

M. Ouellet (Jocelyn): Oui. Non. Le 50 %, c'est vraiment les populations résidant sur le territoire actuellement et c'est le 100 000 touristes, là, à quelque part, là, qui va venir de façon permanente. Mais ça, on n'a pas le chiffre exact, là, pour quantifier. C'est une difficulté, là, effectivement. Comme les touristes qui viennent, là — on dit: 100 000 de plus, équivalant 100 000 par année, été comme hiver, là — ça, c'est une pression. Puis ils ne viennent pas pour consulter nos médecins de famille, ils viennent pour s'amuser. Mais beaucoup de blessures, hein, parce que c'est des activités sportives: ski l'hiver; l'été, toutes sortes d'activités de plein air. Ils viennent donc mettre une pression sur les services d'urgence et de courte durée. Et ça, on a toujours une difficulté à le qualifier, à le quantifier. On a une certaine problématique de ce côté-là.

M. Reid: Merci. Est-ce qu'il reste 30 secondes? Non?

Le Président (M. Copeman): Il y avait...

M. Ouellet (Jocelyn): ...s'il vous plaît, de Dr Allard. Allez, docteur.

M. Allard (André): Notre bilan socio-démographique démontre un bilan migratoire positif pour tous les groupes d'âge, incluant les plus de 70 ans, les plus de 75 ans.

M. Reid: Ça confirme que le phénomène existe... ● (11 h 10) ●

Une voix: Bien, on les a mais pas ici, là.

M. Reid: Merci.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: ...ne sera pas par rapport à la région bucolique mais plutôt au fait que — bien, vous l'avez dit vous même — la démographie augmente dans les Laurentides, du moins dans les Basses-Laurentides, de façon sérieuse. Elle augmente aussi tant au niveau de la population jeune que de la population plus âgée, plus le phénomène de vieillissement de notre région comme telle. J'ai l'impression qu'on se dirige vers un problème, un manque de services au niveau des CHSLD qui va devenir passablement sérieux.

Quand je regarde votre document, on voit que les délais d'attente moyen sont passés de 24 à 39 jours de 2002 à 2006. Les admissions ont chuté de 42 à 36 %. Et là le vieillissement s'accroît, et la population continue à augmenter. Les chiffres. Tenez-moi pas rigueur des chiffres, mais je pense qu'uniquement dans le coin des Basses-Laurentides, Thérèse-De Blainville et environnant, il y a un manque d'au moins 190 lits en CHSLD. Plus se rajoutent à ça nos maladies chroniques, par exemple, plutôt les blessés médullaires ou les patients qui souffrent de sclérose en plaques, qui ont besoin de traitements particuliers et de soins particuliers.

Est-ce qu'on se dirige effectivement vers un problème, là, à court terme ou à moyen terme, de ce côté-là, ou est-ce que vous prévoyez, là, mettre de l'avant un plan d'attaque pour justement augmenter le nombre de places en CHSLD?

M. Ouellet (Jocelyn): M. le Président, vous permettez? Je vais laisser la parole à Daniel Filion, le directeur intérimaire des Services communautaires et, entre autres, concernant la clientèle personnes âgées.

M. Filion (Daniel): La question est vaste. Au 31 mars 2006, on avait 188 personnes en attente d'hébergement, là, pour avoir les derniers chiffres, et, en soutien à domicile, on avait 1 252 attentes de services pour un ou plusieurs services: physiothérapie, aide domestique, etc. Donc, on est déjà dans le problème que vous soulevez comme étant un futur. Actuellement, les centres de services sociaux sont très actifs justement pour trouver la... dans le contexte qu'on connaît, notamment au niveau de la modification des pratiques d'intervention. Notamment, on va parler des clients âgés qui entrent à l'urgence ou qui sont hospitalisés. Donc, l'objectif, c'est que très rapidement l'intervention puisse être faite, parce qu'on sait que la perte d'autonomie est liée notamment au fait qu'il y a une attente de prise en charge d'une personne âgée. Souvent, si elle est prise en charge rapidement, même en hospitalisation... va retrouver relativement rapidement son autonomie et donc va pouvoir retourner à domicile.

Donc, c'est clair que le... par rapport à l'hébergement, c'est, pour les personnes qui le désirent, le maintien à domicile. Tantôt, notre P.D.G. expliquait qu'on a une atteinte à peu près de 12 % d'atteinte des

personnes âgées en soutien à domicile, avec une cible ministérielle d'autour de 15 %. Et, dans la région des Laurentides, chaque point de pour cent, c'est un million que ça coûte de budget de développement. Donc, vous voyez à peu près, en 2006, la grandeur de l'écart par rapport aux problèmes qu'on rencontre. Donc, au moment où on se parle, si on voulait passer de 12 % à 15 %, seulement en soutien à domicile, sans hébergement public ou sans service résidentiel, ça nous coûterait entre 3 et 5 millions à peu près, au moment où on se parle. Mais le problème de la démographie galopante nous rejoint. Du moment où on met en place des nouvelles initiatives, la population nous rejoint. Et on est confrontés à cet écart-là. Sachant par ailleurs qu'on aura jamais les budgets à la hauteur des besoins, les énergies sont mises vraiment à la modification des pratiques et donc à l'intégration des services, au fait que les gens de la première ligne vont aller en CH, en milieu hospitalier, rencontrer les personnes âgées, rencontrer les intervenants pour qu'on ait toujours une vision de retour à domicile quand c'est possible. Et ça commence à porter fruit.

Par rapport à la clientèle de moins de 65 ans, on parle de sclérose en plaques, de problèmes que, nous, on considère en déficience physique, là. Donc, les gens qui sont jeunes mais qui sont en perte d'autonomie avancée, entre autres, les traumatisés crâniens ou les gens paraplégiques, les directeurs généraux ont le mot d'ordre à brève échéance de trouver, dans tous les territoires, une... à l'hébergement, en CHSLD, pour ces personnes-là. D'abord, ce n'est pas leur place. Ensuite, ils occupent de 15 % à 20 % des lits en CHSLD.

Donc, il y a déjà des projets novateurs qui sont en train d'être mis en place à ce niveau-là. Je ne sais pas si ça répond à la question, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Je présume que oui parce qu'il faut passer à l'autre côté. Alors, il n'y a pas beaucoup de choix. Mme la députée de Prévost.

Mme Papineau: Merci beaucoup, M. le Président. M. Ouellet ainsi que votre équipe, bonjour.

Vous ne serez pas surpris que j'aborde le dossier de la radio-oncologie. Je vais vous passer juste un commentaire, parce que je suis contente que mon collègue député de Groulx ait abordé le sujet. Vous savez, c'est un dossier qui me tient particulièrement à coeur depuis des années. J'y ai mis tout mon coeur et mon âme, et ce que je comprends, c'est que, de la façon que vous vous êtes exprimés, c'est que c'est à Saint-Jérôme et non à Laval que ce centre de radiothérapie devrait s'installer. Pour avoir véhiculé mon mari de Saint-Jérôme à Montréal plusieurs années, je dois vous dire que je crois que ce centre devrait être à Saint-Jérôme et, je vais vous dire, je vais le défendre, ce dossier-là. Vous ne pouvez pas vous imaginer à quel point je vais le défendre.

M. Ouellet (Jocelyn): ...

Mme Papineau: Oui. Écoutez, j'ai deux petites questions par contre qui sont très importantes.

Je vais vous demander d'abord... Les CALACS, malheureusement, ils ont fermé leur liste d'attente. Quand on dit: Fermé leur liste d'attente... Vous savez, on demande

aux femmes d'aller chercher de l'aide. Et le CALACS en tout cas à Saint-Jérôme, dans les Laurentides, a déjà une liste d'attente, mais là ils ont fermé leur liste d'attente par manque de ressources. Alors, j'aimerais vous entendre: le niveau de services qu'on va être capable d'offrir.

Et la deuxième question: J'aimerais savoir — c'est un sujet assez d'actualité, la C. difficile — dans les Laurentides, j'aimerais savoir s'il y a des cas — je pense que oui, là; des cas — de C. difficile. Et est-ce qu'il y a eu des décès par rapport à la C. difficile?

M. Ouellet (Jocelyn): Si vous me permettez, M. le Président, deux questions, deux personnes différentes. Donc, pour la première, les CALACS, M. Filion qui va répondre à cette question, et Dr Allard qui va répondre à la deuxième sur la C. difficile.

M. Filion (Daniel): Donc, la situation du CALACS à Saint-Jérôme est bien connue. Il faut comprendre que le regroupement des CALACS se négocie, au niveau provincial, directement avec le ministère, le cadre de financement. Donc, en partant, il y a comme un levier qui est moins au niveau régional que national. Et c'est un choix politique que le regroupement a fait, et je considère que c'est correct comme ça. Donc, le cadre de financement se négocie directement entre le regroupement et le ministère pour qu'il y ait des paramètres d'équité par rapport à la consolidation des CALACS, parce que cette année le gouvernement, le ministère ont mis de l'argent de consolidation dans les CALACS, mais il a été appliqué dans le cadre de l'entente entre le regroupement et le ministère.

Ceci étant dit, la décision régionale de l'agence par rapport aux organismes communautaires, là encore, on s'est entendus. On a convenu, avec le Regroupement des organismes communautaires, d'un cadre de financement qui répond à l'équité en termes de soutien financier et, depuis deux ans, on a mis à peu près 1 million de budget de développement dans les organismes communautaires. Il y a encore des efforts à faire parce qu'on est à peu près la dernière région, en termes de per capita, de dépenses dans les groupes communautaires. Il y a un rattrapage à faire, mais c'est dans un contexte où le cadre de financement est entendu et convenu avec le regroupement. Et donc on comprend que, si les CALACS font des représentations pour exprimer leurs problèmes — et ils ont raison — il y a d'autres organismes à côté, maisons de jeunes ou autres, qui font aussi des représentations. C'est pour ça que par équité on a convenu avec le regroupement du cadre de financement.

Une voix: ...la deuxième question...

Une voix: ...

M. Ouellet (Jocelyn): Pour la deuxième question, Dr Allard, sur la question de la C. difficile.

M. Allard (André): Oui. Brièvement, je vais m'étendre un petit peu pour vous expliquer qu'il y a cinq centres hospitaliers sur notre territoire qui participent au système de surveillance des diarrhées C. difficile.

Le système de surveillance procède par période de 28 jours, alors par des périodes administratives, et on

choisit de mettre le numérateur, le nombre de nouveaux cas sur un dénominateur théorique qui est 10 000 jours/patients. C'est important de savoir ça. Ce dénominateur-là, il est fait pour des gros hôpitaux. Alors, vous comprenez qu'au CHUM, où ils ont plus de 10 000 jours/patients par période de 28 jours, les taux représentent assez bien la situation de l'hôpital. Nous, on a trois petits centres hospitaliers qui ont des jours/patients entre 1 500 et 2 000 par période de 28 jours. Alors, un hôpital comme celui-là qui participe à la surveillance, qui, à une période, a deux patients, deux cas de C. dif, va scorer très bon. Le mois d'après, il va avoir trois cas, un de plus, puis il va être hors normes à cause justement que le dénominateur est trop petit dans ces hôpitaux-là.

● (11 h 20) ●

Par contre, pour nos deux plus gros hôpitaux — l'hôpital régional a à peu près 8 000 jours/patients, et le CH de Saint-Eustache, autour de 5 000 — la surveillance peut se faire. Il faut être prudent de ne pas regarder période par période mais regarder de plus longs espaces, là, au moins comparer quatre périodes d'une année avec quatre périodes de l'autre, d'avoir une perspective temporelle plus longue, O.K.?

Alors, ceci étant dit, la région des Laurentides s'est améliorée avec les programmes qu'on a mis en place, mais on est la pire en termes de taux d'incidence. Par contre, on a moins de complications qu'ailleurs. On n'a pas eu de décès relié à l'infection C. difficile. De décès directement relié, on n'en a pas, et nos taux de complication sont plus bas qu'ailleurs. On n'est pas vraiment capables de se l'expliquer parce qu'on a aussi la souche A dans notre territoire, qui est supposée être la souche la plus virulente, mais il semble que, dans cette souche-là, il y a différents génotypes, dont un. Nous, on aurait un génotype peut-être un peu moins virulent, puis c'est pour ça qu'on aurait moins de complications et de décès.

Mme Papineau: Combien de cas vous pouvez déterminer à peu près, dans tous les hôpitaux des Laurentides, qu'on aurait eus?

M. Allard (André): Notre taux global...

Mme Papineau: Je comprends qu'il n'y a eu aucun décès.

M. Allard (André): ...notre taux d'incidence en période... a baissé, là. On commence à performer. Je vous dis qu'on était la pire, mais, au cours des trois dernières périodes, là on est passé à des taux régionaux de 12, 13 et 12, ce qui est très bien. Mais on avait un taux moyen à 19, 20 étant la limite. Alors, on s'améliore vraiment.

Nos deux plus gros hôpitaux ont déployé des efforts importants, très importants, il y a eu des investissements, particulièrement à Saint-Eustache. On a mis beaucoup d'argent là-dedans. On s'est beaucoup mobilisé. La santé publique, on travaille avec les hôpitaux. On est allé faire des études épidémiologiques sur le terrain pour soutenir les administrations locales dans leur déploiement. On a connu des bons résultats, mais, vous savez, les meilleurs programmes ne pourront pas éliminer les infections nosocomiales. C'est un travail de tous les jours, il ne faut jamais lâcher. Et, même avec

les meilleures méthodes, des fois on a des petites rechutes, alors il faut réévaluer qu'est-ce qui se passe à chaque moment pour recorriger. Mais c'est un travail de tous les instants.

Et les infections nosocomiales, elles étaient avec nous quand j'ai fait mes études de médecine, il y a 35 ans, et elles ne sont pas près de disparaître.

Une voix: Merci.

Le Président (M. Copeman): ...M. le député de Labelle.

M. Pagé: ...salutations à toute votre équipe. M. Ouellet, félicitations également pour votre nomination. Je salue aussi, derrière vous, Mme Lefebvre, qui vous accompagne lorsqu'on a des rencontres. Et je veux non seulement vous féliciter, mais vous remercier aussi pour votre collaboration très transparente. Je vais tenter, dans les sept, huit minutes de ce bloc, de vous poser quatre questions. Alors, on va essayer, des deux côtés, de faire ça assez, assez rondement.

Vous êtes évidemment, comme moi, informés qu'il risque d'y avoir, dans les prochains jours, annonce d'une maison de jeu à Mont-Tremblant. Il y avait un projet, en 2002, d'un casino touristique, qui créait une forte barrière à l'entrée parce qu'à ce moment-là on disait même que seulement les touristes auraient accès au casino, qui auraient besoin... On est passé d'un projet de casino touristique maintenant à une maison de jeu où on parle de 300 machines vidéo. On sait déjà que le ratio, dans la MRC des Laurentides, c'est 259 par habitant et ce qui est acceptable au Québec, c'est 500. Juste dans la région de Tremblant, on va en ajouter 300.

Alors, ma question, elle est fort simple. Compte tenu qu'on est dans une MRC où effectivement il y a une clientèle très à risque, une clientèle de gens qui vivent seuls, une clientèle nombreuse de gens sous le seuil de la pauvreté, et tout le reste — on sait à quoi ça mène dans plusieurs cas, hein? En bout de piste, après les problèmes familiaux, les problèmes de dette de jeu, c'est parfois jusqu'au suicide — j'aimerais savoir si d'une part vous avez été consultés, la sécurité, la santé publique. Si oui, quelles ont été vos recommandations? Et, si non, quelles seraient vos recommandations?

M. Ouellet (Jocelyn): Si vous le permettez, je vais céder la parole au Dr Allard, qui est de la santé publique, donc dossier effectivement qui est activement suivi et traité.

M. Allard (André): Oui. Je déplore l'absence de ma directrice à ce moment-ci, qui est l'experte, chez nous, de ce dossier. Elle s'y est consacrée au cours des deux dernières semaines, avec beaucoup d'énergie. Je crois qu'elle a communiqué avec vous justement à ce sujet-là. On est à rédiger une position de santé publique qui devrait voir jour à son retour au pays, vers la fin du mois de novembre.

Il y a eu plusieurs consultations des directeurs de santé publique de Laval, Laurentides et Lanaudière pour développer une position commune à l'égard des maisons de jeu. Oui, il y a une problématique, qui est tout à fait particulière, dans les Laurentides comme

partout ailleurs, hein, et la problématique est particulière avec les vidéopokers, qui semblent se développer, comme disait le sénateur Lapointe, pas à Westmount mais dans les quartiers défavorisés. Et c'est la même chose dans les Laurentides, où on exploite la vulnérabilité des populations les plus défavorisées. Sans vouloir dévoiler où on s'en va, je crois que notre directrice a une vision où elle préférerait que, si on est pris pour en avoir, qu'ils soient concentrés dans un endroit où on pourrait avoir un meilleur contrôle, où on pourrait mettre en place des mesures de prévention, où on pourrait aussi éviter que les populations les plus vulnérables consomment de tels jeux vidéo.

Évidemment, il y a des enjeux financiers majeurs. Faire disparaître les vidéopokers des entreprises privées, des restaurants, des bars, ça va avoir des impacts. Mais idéalement c'est probablement vers quelque chose comme ça. Alors, je vous laisse un peu en suspens. Je crois que la directrice de santé publique va émettre une position vers la fin du mois.

M. Ouellet (Jocelyn): ...c'est incontournable, hein, je pense qu'il y en aura toujours, mais la directrice de santé publique disait chez nous: En fin de compte, si on était capables d'éliminer, entre les deux regroupements majeurs, tout ce qui existe de machines poker, on aurait, à tout le moins, atteint un certain objectif, mais, si, en plus de développer des grands pôles comme Tremblant, Laval, on laisse aussi l'entre-deux dans chaque petit restaurant, magasin de coin, etc., ces machines-là, ça devient insoutenable.

C'est une position donc un peu de: si on doit, on devrait regrouper, éliminer tout ce qu'il y a entre deux. Au moins, on aurait des endroits sur lesquels on pourrait cibler.

M. Pagé: O.K. Donc, si je comprends, jusqu'à maintenant, vous n'avez pas été consultés officiellement. C'est ce que je comprends?

M. Ouellet (Jocelyn): On est en démarche d'élaboration d'une position.

M. Pagé: O.K. Parfait. Merci.

Le Président (M. Copeman): ...toujours poser quatre questions, M. le député, il faut accélérer.

M. Pagé: Oui. Alors, maintenant, complètement un autre sujet. On parle souvent de financement, d'iniquité interrégionale. Moi, je vais vous amener sur le territoire interne, soit de l'équité intrarégionale.

Il y a une réalité particulière dans les Laurentides: c'est la première région visitée au Québec après Montréal et Québec, mais la première grande région. Vous parlez de touristes, de 100 000. C'est probablement plus le tourisme de villégiature, parce que de touristes proprement dits, dans les quatre, cinq dernières années, à la hauteur de Tremblant, c'est 2,2 à 2,4 millions de visiteurs, donc, évidemment, une pression excessivement forte parce que, quand on parle de plus de 2 millions de visiteurs, c'est des gens qui viennent faire du ski, qui se blessent malheureusement — du ski, de la planche à neige, et tout le reste.

J'aimerais savoir de quelle façon vous évaluez les besoins financiers supplémentaires pour le CSSS sur ce territoire, quel financement particulier est attribué compte tenu qu'ils ont une pression supplémentaire, compte tenu qu'ils ont effectivement... les urgences parfois sont... Si on va à l'urgence de Sainte-Agathe, parfois il y a plus de gens qui viennent de l'extérieur des Laurentides que des gens qui résident sur le territoire. Alors, quel financement particulier vous octroyez et quelle évaluation vous en faites?

M. Ouellet (Jocelyn): Dans un premier temps, il faut dire que, par rapport au tourisme, le 100 000, là, c'est des personnes ayant effectivement une résidence sur le territoire. Donc, il y a un ajout.

Une voix: Tourisme de villégiature.

M. Ouellet (Jocelyn): Mais, pour ce qui est des touristes effectivement qui viennent profiter des lieux, là je n'ai pas la donnée. Vous l'avez effectivement expliqué. Là-dessus, Mme Huguerot, au niveau des finances, peut-être avoir une partie de réponse?

• (11 h 30) •

Mme Huguerot (Chantal): Une partie de réponse. Effectivement, bon, on parle de touristes, donc de personnes qui ne demeurent pas dans la région. Ça fait que je parle surtout de services hospitaliers donc dans les hôpitaux et les urgences.

Le financement en santé physique est vraiment accordé sur une base historique. Pour l'instant, d'ailleurs, dans le modèle du ministère, qui nous reconnaît un certain niveau de pauvreté, la santé physique est le seul programme qui n'est pas basé sur une approche populationnelle. C'est une approche de production et d'efficacité, d'efficience. Dans ce sens-là, donc, pour l'instant, il n'y a pas vraiment de... le financement qui est là est sur une base historique.

Dans la région, depuis plusieurs années, on a toujours eu une pression sur les volumes pour les services hospitaliers. Le tourisme en est une, des raisons. Il y en a toutes sortes d'autres. Il y a eu beaucoup aussi d'augmentation de population, et, non, il n'y avait pas de financement particulier, là, qui prévoyait ces augmentations-là de volume. Donc, les établissements devaient prévoir, si on veut... même leurs enveloppes, là.

M. Ouellet (Jocelyn): ...il faut dire qu'actuellement les urgences... et la partie hospitalière est monitorée à tous les jours. À tous les jours, on reçoit effectivement les données de chaque centre hospitalier sur le territoire et on suit.

Donc, actuellement, les ressources qui sont consacrées... Je ne dirais pas qu'ils sont débordés, entre autres, à Sainte-Agathe en particulier ou à Mont-Laurier. Les ressources sont utilisées à pleine capacité partout dans les Laurentides, mais il n'y a pas un élément, un lieu en particulier qui sort, là. Donc, actuellement, le financement est réparti adéquatement, de façon intrarégionale, adéquatement entre l'ensemble des cinq CSSS. Bon. Il y a une pauvreté, mais elle est partagée également.

M. Pagé: Une dernière question parce que je sais que le temps achève. Si on va plus au nord, MRC

d'Antoine-Labelle, CSSS d'Antoine-Labelle, c'est plus de 70 % du territoire de toute la région des Laurentides, à peine 35 000 de population, donc des besoins, des besoins financiers qui sont importants compte tenu de l'étendue du territoire, également des besoins financiers, je pense, qui sont différents compte tenu de la situation économique, qui est extrêmement précaire. Et, bon, vous savez que c'est une population qui est plus âgée, le taux de décrochage scolaire le plus élevé au Québec pour les commissions scolaires francophones, peu de scolarisation, énormément de maladies cardiovasculaires, diabète, et là la liste, elle est excessivement longue, très longue.

Compte tenu de ces conditions, dans un territoire comme celui-là, compte tenu que les conditions économiques sont difficiles, donc engendrent effectivement des conditions de santé publique difficiles, est-ce qu'il y a une contribution, un financement particuliers qui sont rattachés aux centres hospitaliers? Et, si oui ou si non, quelle évaluation vous en faites pour un jour réussir à avoir un financement adéquat compte tenu de ces réalités de distance et des conditions socioéconomiques difficiles?

M. Ouellet (Jocelyn): Il faut dire qu'il y a une préoccupation et un calcul effectivement spécifiques pour la question des régions en terrain effectivement je ne dirais pas éloigné mais en région rurale, comme chez vous, à Mont-Laurier. Donc, il y a des per capita effectivement qui sont ajustés, il y a des points de services qui sont avec effectivement un financement particulier. Donc, il y a quand même un calcul, là, pour tenir compte aussi des dépenses des intervenants qui ont à se déplacer.

Il y en a un, mais est-ce qu'il est à la bonne hauteur? Ça, c'est une autre affaire. Mais il y en a un. Je dois quand même ajouter: par rapport à la situation particulière sur le territoire actuellement due aux problèmes au niveau des forêts, les travailleurs forestiers qui gagnent leur vie là-dessus, il faut dire que le CSSS de cette région-là — et on le soutient et on veut effectivement qu'il nous informe si jamais il y a une problématique — a mis en place effectivement une équipe de crise particulière pour effectivement, dans une municipalité... Je pense que c'est Ferme-Neuve. Donc, on est vraiment présents. Et, à travers ce CSSS... Et on monitor, on va monitorer effectivement les impacts. On veut être là et essayer de soulager, à tout le moins, d'accompagner, mais il faut comprendre qu'on peut aussi s'insérer dans une dynamique multisectorielle, pas juste le réseau de la santé, mais le secteur scolaire, le secteur municipal, le secteur développement économique.

Donc, notre joueur, qui est le CSSS, s'implique, je pense, adéquatement, et on va le supporter s'il y a un besoin particulier.

Le Président (M. Copeman): Merci. Alors, M. le député de Saint-Jean.

M. Paquin: ...merci beaucoup. Madame, messieurs, bienvenue. Merci de votre présence ce matin.

J'aimerais vous aborder, moi aussi, parce que c'est une question qui est très, très à la mode, bien entendu, sur le financement ou le sous-financement chez vous. Vous avez mentionné tantôt que, oui, il y a une différence avec d'autres régions au niveau du financement. Si je vous ai bien saisi, vous avez aussi mentionné qu'il y avait des gestes qui avaient été posés, donc qu'il y a un plan

de match sur cinq ans, six ans ou quelque chose — ou sept ans peut-être — du genre pour essayer d'atteindre l'équilibre. Est-ce que j'ai bien saisi ce que vous avez dit?

M. Ouellet (Jocelyn): Il faut dire que ça, c'est des travaux qu'on appelle le 450. Les régions périphériques effectivement ont identifié et ont fait reconnaître par le ministère le sous-financement. Le ministère s'est engagé à corriger. Dépendamment des décisions politiques, c'était sur cinq ans et là c'est peut-être rendu sur 10 ans. Ça revient autour de sept ans. Donc ça, c'est une orientation du ministère.

Donc, on va monitorer un peu cette volonté. Mais il faut dire qu'à chaque année, les régions dites en sous-financement autour de Montréal, il y a un budget particulier qui est ajouté à ces régions-là pour effectivement tenir compte du sous-financement et tenter de faire effectivement un rattrapage. Mais, sur le territoire des Laurentides, compte tenu de l'augmentation des populations, même avec cette intention de rattrapage, on est comme un peu tenus au neutre. Mais effectivement, donc, les quatre régions autour de Montréal, il y a un budget particulier qui est ajouté à chaque année — ce que les autres régions n'ont pas — pour permettre le rattrapage.

M. Paquin: ...que vous dites — M. le Président, oui? — c'est qu'il y a des gestes qui ont été posés mais pas à la hauteur que vous souhaitiez à cause du fait qu'il y a plus de population chez vous. Est-ce que vous avez des chiffres là-dessus? Puis depuis quand c'est commencé?

Une voix: Mme Huguerot.

Mme Huguerot (Chantal): ...les budgets de rattrapage, 4,2, 2 millions, 2 millions, je crois, depuis trois ans, qui représentaient, si je ne me trompe pas, 10 %, 5 %, 5 %.

M. Paquin: ...

Une voix: Oui, c'est ça.

M. Ouellet (Jocelyn): ...mais effectivement il faut dire que, les populations augmentant, c'est un autre phénomène. Contrairement au scolaire, où, chaque fois qu'il y a un enfant qui arrive sur le territoire, il y a un budget qui suit cet enfant-là, ce n'est pas le cas dans le secteur de la santé, et ça, c'est connu depuis longtemps. Ça, c'est un problème que tout le monde vit, là. Mais c'est très différent du secteur de la santé où, quand il arrive un élève, arrive aussi un budget. Donc, c'est plus particulier à ce secteur-là.

M. Paquin: Très bien. Sur un autre sujet, vous avez parlé de différents problèmes: problèmes au niveau du vieillissement, chez vous, qui va augmenter énormément dans les 10, 15 prochaines années, comme beaucoup un peu partout au Québec, peut-être un peu plus chez vous; le problème des jeunes, etc. De quelle façon travaillez-vous? Parce qu'en sachant que les enjeux politiques liés à la collaboration avec les organismes communautaires et les établissements publics de santé, d'agences...

De quelle façon travaillez-vous avec les organismes publics pour essayer d'améliorer le problème que vous vivez? Et, surtout au niveau de la prévention, est-ce qu'il y a des gestes qui ont été posés? Est-ce qu'il y a des

gestes positifs, chez vous, qui ont été posés? Et, sinon ou s'il y en a, est-ce qu'il y en a d'autres dans le collimateur? Est-ce que vous en avez d'autres en vue?

M. Ouellet (Jocelyn): Oui, effectivement on a, compte tenu de la rareté des ressources, on a davantage à toujours mieux utiliser ou mieux s'entendre avec nos partenaires. Et je vais laisser, si vous le permettez, Daniel Filion, le directeur des programmes en lien avec les organismes communautaires, vous parler d'une expérience tout à fait exceptionnelle qui a été réussie dans les Laurentides.

M. Filion (Daniel): Pour le bout des organismes communautaires, en termes de partenariat, je faisais un peu le lien aussi avec ce que je disais tantôt sur notre écart de financement. Historiquement, la première ligne, elle a été un peu laissée pour compte. Et les organismes communautaires sont un partenaire privilégié, tout comme d'ailleurs, je dirais, les résidences privées, par exemple, pour personnes âgées. Et ce sont toujours des gens qu'on inscrit maintenant dans les nouveaux projets ou les nouveaux paramètres. La première question qu'on va poser aux gens, locale, c'est les rapports qu'ils ont avec les gens sur le territoire. Ils sont une partie de la solution finalement au problème qu'on a posé tantôt. Et donc il y a un cadre de référence sur les ententes, entre autres, qui a été adopté par le conseil d'administration en juin, dans la région des Laurentides, parce qu'il y a des enjeux importants pour les organismes communautaires par rapport à la préservation de leur autonomie versus la contribution finalement à l'amélioration de la santé.

Et donc on a convenu avec eux d'un cadre de référence qui va être appliqué dans la région, à partir de 2007, justement pour encourager les rapports partenariaux avec les organismes communautaires. Et on a aussi un cadre de référence qui a été adopté pour les ententes avec les établissements privés, les résidences privées pour personnes âgées. Donc, les pièces du casse-tête, là, c'est comme ça qu'on les a mises en place: d'abord, les balises ou les paramètres pour s'entendre, et puis, à partir de 2007, les ententes vont être faites dans le cadre de ces paramètres-là, dans tous les territoires.

● (11 h 40) ●

M. Ouellet (Jocelyn): ...les organismes communautaires, donc c'est un premier cadre de référence qui a été négocié. Ce n'est pas imposé, là, c'est vraiment négocié avec l'ensemble des partenaires communautaires, et ça, on est très fiers de ça parce que c'est une première. En tout cas, moi, je n'en ai pas vu ailleurs, là. Et donc ça a été une démarche qui a pris toute une année, mais une année très fructueuse. On arrive donc, en bout de piste, avec un protocole adopté à l'agence mais qui fait aussi l'affaire de... qui était entendu avec les organismes communautaires. Et donc, une première, et c'est très, très intéressant.

Et on peut effectivement, donc, de part et d'autre, dire: On va collaborer. Il y a des règles du jeu à respecter, mais c'est clair et c'est entendu. Merci.

M. Paquin: Parfait. Reste-t-il un peu de temps, M. le Président?

Une voix: ...

M. Paquin: Oui? Alors, formidable. Le taux de suicide, on le sait, malheureusement est très, très élevé au Québec. Il ne devrait pas y avoir aucun suicide, même pas un par année, pour qu'on soit tous heureux, mais il y en a beaucoup, beaucoup.

Dans les Laurentides, comment est le taux de suicide en fonction du reste du Québec, en pourcentage? Avez-vous des données là-dessus? Et quels gestes posez-vous pour — je fais ça rapidement parce qu'on manque de temps — améliorer cette situation déplorable?

M. Ouellet (Jocelyn): M. Filion.

M. Filion (Daniel): Au niveau du taux de suicide — je ne l'ai pas sous la main — il y a quand même une amélioration importante dans la région des Laurentides notamment qui était surreprésentée au niveau d'Antoine-Labelle, où on a eu presque une épidémie de suicides sur trois années de suite, là, il y a cinq, six ans, où c'était vraiment catastrophique.

Et Dr Allard a parlé tantôt du projet. Non, c'est plutôt: M. Ouellet a parlé du projet sentinelles qu'on a mis en place dans le nord de la région. Et ce n'est sûrement pas le seul événement qui a eu impact, mais, l'année qui a suivi l'implantation du programme, il y a eu une diminution, et, d'année en année, le taux de suicide a diminué dans la région des Laurentides, notamment sur le territoire d'Antoine-Labelle. Et le ministère a mis en place aussi un nouveau programme, sentinelles, qui est national, qui va être implanté dans toutes les régions du Québec, à partir de janvier, pas seulement les Laurentides, et qui s'adresse justement à cette question-là. Et, dans la région des Laurentides, bien entendu, il va y avoir application du programme dans tous les territoires.

M. Ouellet (Jocelyn): Si vous permettez un complément de réponse. Dr Allard.

M. Allard (André): En fait, notre territoire est tellement vaste que le nord se comporte très différemment du sud à l'égard du suicide. Le nord se comporte un peu comme l'Abitibi, avec des taux très, très semblables, alors que le reste du territoire se comporte un peu comme le reste du Québec.

L'initiative qui a été développée dans le nord du territoire, qui s'appelait Tous ensemble pour la vie, qui va devenir sentinelles pour le restant de la province, c'était une approche de renforcement des habiletés tant de la population que des intervenants, où des gens ont été formés. Il y a eu 700 citoyens qui ont participé à cet effort de formation pour être capables de repérer les signes avant-coureurs du suicide, de soutenir les personnes en détresse et de les amener vers des ressources. Oui, il y a eu une diminution significative du nombre de décès, mais on ne peut pas rattacher ça scientifiquement à l'intervention qu'on a faite. Il y a trop de facteurs. C'est un peu comme le tabagisme où n'importe quelle autre grande problématique, il y a trop de facteurs qui contribuent. On sait que les facteurs économiques ont un rôle important à jouer dans la détresse et le passage au suicide.

Ça s'adonne qu'il y a une diminution du taux au moment où on a mis en place la stratégie, mais on ne peut pas faire le lien entre les deux. Néanmoins, la stratégie a été évaluée, et l'évaluation qu'on a faite démontre que

les gens qui ont reçu la formation ont vraiment développé des compétences et sont capables de faire des choses intéressantes auprès des personnes à risque de suicide.

M. Paquin: Merci.

Le Président (M. Copeman): M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. Brièvement. Vous avez utilisé à quelques reprises, M. Ouellet, l'expression «partenariat», et effectivement je me plais et je pense que mes collègues d'en face, au niveau des Laurentides, sont conscients que — et ils vont être d'accord avec moi — les Laurentides sont une région de partenariats à tous les niveaux.

Et justement, au niveau du décrochage scolaire, je voudrais savoir si vous avez les outils. Parce qu'effectivement il y a beaucoup de partenariats, il y a beaucoup de travail de mise en commun au niveau du décrochage scolaire, et malheureusement, dans les Laurentides, le taux est passablement élevé. Je pense au partenariat qu'il y a entre le cégep Lionel-Groulx et la commission scolaire pour créer des passerelles. Ça devrait être remis en marche l'an prochain. Je pense à des partenariats qui existent avec l'ensemble des employeurs. On tente de leur faire comprendre — et ils le font — qu'on ne peut pas embaucher les jeunes lorsqu'ils sont à l'école. Et là entrent en jeu l'agence, au niveau du partenariat en question, et évidemment les CSSS.

Et j'aimerais savoir, un, très, très brièvement votre rôle, mais surtout avez-vous les outils ou tous les outils requis pour justement travailler à la réduction de ce fameux problème de décrochage scolaire?

M. Ouellet (Jocelyn): Dans un premier temps, au niveau de l'agence régionale, effectivement on a un rôle de mettre, autour de la table effectivement, l'ensemble des ressources et de surtout s'associer avec des partenaires régionaux comme les commissions scolaires ou le département régional du scolaire, là, qui est centré effectivement à Sainte-Thérèse. Et on a effectivement cette initiative sur le territoire des Laurentides. Je vais laisser M. Fillion aller un petit peu plus loin dans ce projet-là qu'il pilote aussi.

Donc, actuellement, même vendredi, on va se retrouver devant un colloque regroupant tous les directeurs d'école et tous les intervenants sociaux des CSSS. Donc, on a cet arrimage, là, qui commence à porter fruit, qui va aller plus loin, qui va se multiplier.

M. Descoteaux: Avant de céder la parole, j'aimerais que vous puissiez peut-être m'informer justement, un ou l'autre, sur le fait de savoir s'il vous manque des choses justement de ce côté-là.

Une voix: Au niveau des ressources?

M. Descoteaux: Au niveau des ressources, au niveau des infrastructures, pas seulement qu'au niveau budgétaire.

M. Fillion (Daniel): La réponse à votre question, pour moi ce serait: Collectivement, on a tous les leviers.

Il y a trois espaces principaux qui s'intéressent à la question: d'abord, le comité régional ministère de la Santé et des Services sociaux—ministère de l'Éducation donc, qui est très actif dans notre région, depuis deux ans; l'autre levier, c'est le PREL, le partenariat pour la réussite éducative dans les Laurentides, qui est très actif et qui a un objectif d'intégration de tous les efforts individuels et collectifs; et un autre comité intersectoriel qui s'occupe justement des 16-24 ans donc, de tout l'aspect du décrochage et aussi du décrochage, je dirais, social finalement de nos jeunes, notamment ceux qui quittent les centres jeunesse et notre réseau de la santé.

Donc, il y a trois espaces où finalement les leviers peuvent se retrouver. Ce serait ma réponse.

M. Descoteaux: Mais, si on a tous les leviers, comment expliquer ce taux si élevé? Est-ce qu'il n'y a pas quelque chose qui ne marche pas entre les deux, parce qu'on a effectivement des taux de décrochage fort élevés dans les Laurentides? Et d'un autre côté vous me dites: On a tout ce qu'il faut. Moi, j'ai l'impression qu'il nous manque peut-être quelque chose. Vous ne l'avez peut-être pas identifié. Moi, j'ai des points d'interrogation, là.

M. Ouellet (Jocelyn): ...les outils. On est en démarche, on a déjà des résultats qui sont à la baisse, et l'objectif, c'est de continuer et c'est de mettre en marche l'ensemble des outils dans des projets très concertés.

Une voix: M. Allard.

M. Allard (André): Oui, bien rajouter, M. le P.D.G., tristement encore: Mme Piquet-Gauthier n'est pas ici, mais elle coprésidé les travaux du groupe qui s'appelle Partenaires pour la réussite éducative des jeunes dans les Laurentides. Déjà, dans nos premiers bilans socio-démographiques d'il y a huit ans, on avait identifié l'échec scolaire comme étant un déterminant majeur de l'état de santé et une problématique particulière. Je pense qu'on était la pire région, après le Nunavik ou quelque chose comme ça, en termes de décrochage scolaire.

Il y a plusieurs initiatives qui ont été prises dans plusieurs territoires. Il y a eu le GREG, là, le groupe pour la réussite éducative des garçons, dans le territoire de Saint-Eustache et plus récemment les travaux du PREL. Et la Santé publique a soutenu la commission scolaire et les différents partenaires pour produire une étude pour essayer de...

Une voix: ...

M. Allard (André): ...cibler — merci — les principaux facteurs qui conduisaient à cet abandon scolaire là. Ce n'était pas la première, il y en a eu plusieurs. Encore une fois, c'est des choses... ce n'est pas nécessairement facile à identifier.

Et ils ont identifié, entre autres, la composante travail-études et mis en place un programme qui s'appelle équité, où il y a eu différentes interventions faites tant auprès des écoles que des employeurs, que des parents pour former et informer tout le monde sur la nécessité d'un équilibre juste entre les heures de travail et les heures d'éducation. C'est sûr qu'il y a encore... Je pense que, si Dre Piquet-Gauthier était ici, elle doit avoir plein d'idées

sur ce qu'elle ferait avec de l'argent pour aller plus loin dans ce domaine-là. C'est vraiment elle qui porte beaucoup ce dossier-là chez nous.

Tout ce que je peux vous dire, c'est qu'il y a bien des choses d'entreprises et qu'il y en a encore beaucoup, sur la planche de travail, des projets. On a commencé par une cible, et il y a encore beaucoup d'autres cibles à rencontrer.

M. Ouellet (Jocelyn): Mais l'important: tous les partenaires sont autour de la table, on a les portraits, on a les facteurs sur lesquels on doit intervenir et donc on continue à mettre en place des projets et à intervenir. Et, à chaque année, on marque des points. Donc, c'est dans ce sens-là qu'on continue à travailler, et, malgré les résultats, c'est un succès aussi.

Une voix: Merci.

● (11 h 50) ●

Le Président (M. Copeman): ...avant de passer à gauche, j'ai cherché vainement les données sur le portrait linguistique de la région dans les documents que vous nous avez soumis. Je sais qu'il y a des communautés anglophones établies sur tout le territoire, autour de certaines concentrations, entre autres Lachute, Brownsburg, Sainte-Agathe, et ainsi de suite, mais répandues pas mal sur le territoire.

J'ai noté également, à la page 25, que vous allez procéder à une révision de votre programme d'accès aux services en langue anglaise. J'imagine que ça va se faire avec des représentants de la communauté. Vous avez un comité, je pense, en ce sens, n'est-ce pas?

M. Ouellet (Jocelyn): ...qui s'appelle CRASLA, là, le comité où l'ensemble des représentants des communautés anglophones du territoire des Laurentides siègent. Effectivement, c'est eux qui ont la responsabilité de conseiller le conseil d'administration, de donner des avis. Les établissements ont été interpellés, effectivement. Le processus est en cours. On arrive, là, à la fin du processus. Mais une excellente collaboration, et une population anglophone très impliquée, et de bons rapports sur tout le territoire.

Le Président (M. Copeman): Excellent.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, monsieur.

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, il y a consentement pour que M. le député de Bertrand prenne part à notre conversation, bien sûr.

M. Cousineau: Est-ce qu'on peut déposer le document, le rapport PREL, pour qu'on puisse en faire des photocopies pour les membres de la commission?

Le Président (M. Copeman): Bien, Dr Allard, si vous pouvez nous transmettre copie, si vous êtes en mesure de le faire, nous, on va s'assurer qu'il y a une... Ou, si ce n'est pas aujourd'hui, à un moment ultérieur. Si vous transmettez le document à la secrétaire de la commission, on va s'assurer, là, de...

M. Ouellet (Jocelyn): ...heures, on pourrait vous transmettre...

Le Président (M. Copeman): Excellent. Oui. C'est bien. Alors, à ma gauche, Mme la députée de Deux-Montagnes. C'est bien ça?

Une voix: Oui, merci beaucoup.

Le Président (M. Copeman): Pour le dernier bloc de 15 minutes de l'échange.

Mme Robert: Bon. Je vais partager les prochaines interventions avec mon collègue. Alors, rapidement, je vais vous poser des questions. Est-ce qu'il y a des choses que vous pouvez me transmettre après par écrit ou quelque chose du genre? En tout cas, on se dira si c'est possible.

Alors, je vais y aller avec plusieurs questions. Peut-être au départ mentionner: vous savez, ça fait plus de 12 ans maintenant que je suis députée dans Deux-Montagnes. Au niveau de l'évolution de toute la question des services de santé, la pression de l'augmentation de la population et tous les questionnements, en tout cas j'y ai été témoin et j'y ai participé énormément. Il faudrait peut-être replacer... Tout à l'heure, on a parlé de la question de l'équité. On doit dire qu'en 2002 il y avait un plan de trois ans pour en arriver à une équité, et il y a 5,8 millions qui avaient été investis en 2002-2003. Parce que, tout à l'heure, on a parlé d'un plan. Alors, 2004-2005, 4,2 millions, et 2 millions, c'était dans un plan. Et, quand on est arrivés, le déficit était de 36 millions. Il a baissé jusqu'à 30 millions, et là maintenant nous vivons avec un déficit de 40,4 millions. Alors, la situation est quand même pas mal différente, elle n'est pas meilleure. Alors, il y a un gros, gros projet à faire là-dessus parce qu'on ne s'en va pas dans la bonne direction. Bon. Et c'est un commentaire. Voilà.

Je veux parler d'abord de la question du vieillissement. On en a parlé. Le vieillissement de la population, les soins à domicile, vous nous avez parlé d'un sous-financement de 9,5 millions. Je ne demanderais peut-être pas une réponse comme ça. En quels services se traduirait ce 9,5 millions qu'à l'heure actuelle la population n'a pas? Moi, j'aimerais savoir. Est-ce que vous pourriez nous traduire ça et nous faire...

Une voix: Un portrait.

Mme Robert: ...nous donner ça, le manque de 9,5 millions de services qu'on n'a pas à l'heure actuelle, auprès de cette clientèle-là?

M. Ouellet (Jocelyn): Du jour au lendemain, effectivement que pourrions nous faire avec 9,5 millions? Je vais, si vous le permettez, laisser M. Filion répondre, parce qu'il y a le programme personnes en perte d'autonomie. Sur le 9,5 millions...

Mme Robert: Est-ce que je peux continuer mes questions?

Une voix: Oui, allez-y, O.K.

Mme Robert: Deuxième chose, je voulais parler de la question du dépistage des cancers du sein. Vous

savez qu'il y a une problématique à l'heure actuelle, où on avait une cible d'atteindre le 50 %. On est toujours à 40 %. S'ajoute à ça la problématique un peu qu'il y a eu dans le comté en tout cas de Deux-Montagnes, dans la région sud. Maintenant, nous devons aller à Laval ou même Saint-Jérôme doit aller plus au nord. Alors, c'est quoi, les projets de solution vis-à-vis ça?

Vis-à-vis des jeunes, troisième sujet, vis-à-vis des jeunes en difficulté, on parle beaucoup de décrochage scolaire, et tout ça. Je regarde au niveau des interventions des jeunes en difficulté. Il y a 20... point 34 jours d'attente pour l'évaluation à la protection de la jeunesse. Mais ensuite, pour mettre en application ce qui est décidé, on est auprès de nos jeunes, là, puis vous dites que ça éclate, le nombre de signalements augmente. Et effectivement c'est une très grande problématique. Il y a 43,27 jours d'attente. Alors, quand on parle de problématique vis-à-vis nos jeunes, de décrochage et de tout ce que vous voulez, je pense que c'est quelque chose. C'est quoi, le projet là-dedans? C'est quoi, l'action en priorité?

Quatrième chose: le déficit des établissements. Je pense qu'avec le temps on a une espèce de consécration. Dans le rapport de — comment il s'appelait, là? C'est un sous-ministre, là, qui a fait une enquête qui a fait le tour... En tout cas, le texte qu'on a eu, c'est M. Roberto Iglesias, là. Bon. On note, dans son rapport, bon: 11.55, il y a un plan d'équilibre dans tous les établissements. Il y a 11 établissements qui ont des déficits. Trois des établissements dépassent: c'est le sommet, le Lac-des-Deux-Montagnes et d'Argenteuil. C'est l'impact de ces déficits-là.

On parlait, tout à l'heure, du problème de la C. difficile. On le sait que, chez nous, on attend un agrandissement d'hôpital depuis beaucoup d'années, que le personnel, que les gens qui travaillent à l'intérieur sont dans des conditions souvent, en tout cas, très difficiles, pour ne pas dire qu'ils doivent user de création énorme. Je sais qu'on vient d'annoncer un plateau, une salle d'opération avec un certain... mais on est loin, loin, loin de répondre à la situation. Alors, cette consécration-là des déficits, ce qu'on appelle les déficits autorisés, je ne sais pas qu'est-ce que vous en pensez. Dans le système, comment vous voyez ça? Et quelle solution on peut apporter à ça?

Dernière chose: l'itinérance. Il y aurait beaucoup d'autres sujets. L'itinérance. On a parlé, tout à l'heure, des groupes communautaires, mais l'itinérance, vous savez que c'est des gens qui n'ont pas d'adresse, qui n'ont pas de nom, qui ne sont nulle part, ou etc. C'est des groupes communautaires qui, à l'heure actuelle, les suivent de plus près. Je sais que vous faites... Est-ce que vous avez un projet vis-à-vis ça, surtout quand vous parlez de développer la prévention et promotion? Au niveau des Laurentides, on sait que c'est quelque chose qui prend énormément d'ampleur.

M. Ouellet (Jocelyn): Plusieurs questions. Je vais, si vous le permettez, M. le Président, passer la parole. On a combien de temps?

Le Président (M. Copeman): Il reste neuf minutes. Mais je pense qu'il y a d'autres collègues qui désirent intervenir, ça fait qu'il faut tenter peut-être de répondre de façon...

M. Ouellet (Jocelyn): Combien de minutes?

Mme Robert: Trois, quatre.

M. Ouellet (Jocelyn): Trois, quatre minutes. Écoutez, donc pour le 9,5 millions, au niveau du sous-financement de 9,5 millions tels qu'identifiés par le MSSS au niveau des personnes en perte d'autonomie, si on aurait des priorités de projet? Oui, tout à fait. M. Filion.

M. Filion (Daniel): Rapidement, je mettrais 6 millions en soutien à domicile, surtout pour les services professionnels et les services sociaux, parce que les soins infirmiers couvrent complètement le soutien à domicile. Je mettrais 2 millions en CHSLD, donc en résidences d'hébergement, pour la vigilance et l'augmentation des soins — je pense que je n'ai pas besoin de faire de discours sur cette importance-là — et 1 million pour améliorer la personnalisation du rapport entre notre réseau et les personnes âgées, qu'ils sachent à qui s'adresser et que ce soit la même personne tout le temps qui coordonne ces services.

M. Ouellet (Jocelyn): ...Dr Allard.

M. Allard (André): Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, oui, on reste à 40,7 % de taux d'atteinte. En fait, en 2002-2003, on a fait 21 532 mammographies. En 2004-2005, on en a fait 23 778. Ça veut dire qu'on en a fait 2 246 de plus. Puis notre taux d'atteinte a baissé de 0,1 % parce qu'on est victimes de la croissance populationnelle. On a beau développer beaucoup d'efforts puis augmenter notre volume, le dénominateur, c'est-à-dire la population qui a besoin des services, augmente.

● (12 heures) ●

M. Ouellet (Jocelyn): Par rapport à la problématique aussi à Saint-Eustache, pour les 12 femmes... pas 12 femmes, 12 000 femmes qui ont été dépistées, là-dessus, rapidement.

M. Allard (André): C'est un problème d'acte médical. Et, en collaboration avec le Collège des médecins, l'agence a pris ses responsabilités. Elle a communiqué, cette semaine, avec chacune des 12 000 femmes. On a envoyé des lettres. Des examens seront révisés, et toutes les femmes vont être informées des résultats de ces révisions de mammographies.

M. Ouellet (Jocelyn): Toutes révisées. Concernant les jeunes en difficulté, M. Filion.

M. Filion (Daniel): Rapidement. Je partage aussi votre grande préoccupation. La question des listes d'attente, on constate que c'est un problème majeur et qu'on suit, je dirais, à tous les jours, sinon hebdomadairement.

Pour y faire face, une partie de réponse: dans notre territoire notamment, on a mis en place un projet pilote qui a débuté en septembre, et qui s'adresse exactement à cette question-là, et qui est suivi par une chercheure pour qu'on puisse tirer finalement des idées, des meilleures pratiques pour régler ce type de problème là. Mais on l'a pris dans un site qui est notamment le site de Deux-Montagnes.

M. Ouellet (Jocelyn): ...le centre jeunesse pour la question des évaluations. L'année passée, on avait ajouté autour de 200 000 \$ pour passer à travers les

listes d'attente de jeunes en attente d'évaluation. Cette année aussi, un petit peu plus, autour de 250 000 \$ d'ajout additionnel pour accélérer effectivement les évaluations. Mais ce qu'on fait de plus, par exemple, c'est: on veut comprendre, là, donc on fait rentrer un conseiller senior du réseau de la santé qui a de grandes connaissances parce qu'il a oeuvré toute sa vie dans le secteur jeunesse et, avec la collaboration du centre jeunesse et la participation de l'agence, on va effectivement examiner nos processus, l'ensemble des processus, pourquoi il y a tant de dénonciations, pourquoi il y a tant d'attente. Il faut donc, vraiment, analyser nos protocoles et nos processus. Donc, là-dessus on va revenir. Mais on est en train d'agir à ce sujet-là. Ça va?

Déficits des établissements. Écoutez, ça, les déficits auxquels vous faites référence, c'est les déficits de l'année antérieure. L'année en cours, effectivement tous les établissements, sauf Saint-Jérôme, ont soumis...

Une voix: ...

M. Ouellet (Jocelyn): ... — oui — tous les établissements ont soumis un budget en équilibre, sauf Saint-Jérôme.

Une voix: ...

M. Ouellet (Jocelyn): Bien là, c'est ça. L'ordre est à déterminer entre ce qu'ils ont identifié et ce que, nous, on reconnaît. Mais ça, c'est des discussions en cours.

Juste pour vous dire quand même: Par rapport aux dépassements autorisés, il faut dire qu'on a comme créé une dette. Mais il ne faut pas oublier qu'on a quand même, de façon récurrente, avec ces déficits autorisés... On offre des services, même s'il y a des intérêts à payer. Ce sont des services qui sont rendus de façon quand même récurrente, là. Donc, c'est quand même un plus, là.

Une voix: ...

Une voix: Ça va.

Le Président (M. Copeman): Donc, il reste quatre minutes. M. le député de Bertrand, oui, allez-y.

M. Cousineau: ...et puis les gens qui vous accompagnent, mesdames. Alors, rapidement, un préambule puis deux, trois questions que vous allez pouvoir répondre comme vous venez de le faire. C'est bien sûr que, dans un premier temps, j'aimerais féliciter tous les gens qui travaillent au niveau du système de santé dans les Laurentides, à partir de la rivière des Mille Îles jusqu'à Mont-Laurier, parce qu'on a, dans les Laurentides, des services extraordinaires. Les gens ont un professionnalisme qui est remarquable alors, malgré le sous-financement, effectivement.

Regardez, je veux revenir sur les personnes âgées. Concernant tout le dossier des personnes âgées, vous présentez des statistiques qui sont révélatrices à l'effet que présentement on parle de 59 000 personnes âgées, à peu près 60 000 personnes âgées. Puis, en 2015, avec extrapolation, vous parlez d'à peu près 90 000 puis vous êtes conservateurs là-dessus. Donc, l'augmentation de la population des personnes âgées de ce secteur-là, dans

les Laurentides, ça crée nécessairement une pression très, très, très grande sur le système de santé, on le sait.

J'aimerais avoir deux, trois questions rapides puis si vous pouvez me donner les réponses: Combien de lits présentement avons-nous en CHSLD? Et puis combien on prévoit avoir de lits en 2009, en CHSLD? Puis, au niveau des soins de longue durée aussi, des unités de soins de longue durée, combien est-ce qu'on a de lits présentement puis combien est-ce qu'on prévoit en avoir en 2009? Alors, si c'était possible d'avoir ces chiffres-là.

Et puis, au niveau des ressources intermédiaires, j'aimerais savoir. Parce que, dans beaucoup de régions, il y a ce qu'on... des ressources intermédiaires entre les centres privés ou la maison versus les CHSLD. Est-ce que, nous, on a des places en ressources intermédiaires dans les Laurentides et puis combien? Puis combien on prévoit en avoir au niveau du développement?

Il y aurait une dernière question que je vais laisser, qui peut s'ajouter. Alors, voici.

M. Pagé: Alors, une dernière question rapidement. Vous avez parlé de protection de jeunesse tantôt. Vous êtes très préoccupés. Le taux de signalements retenus a augmenté de 24 % en l'espace de trois ans. C'est énorme. Au même moment, à Huberdeau, vous le savez, il y a le centre Vert-Pré. On entend, depuis un certain temps, qu'il pourrait y avoir fermeture.

Alors, j'aimerais simplement que vous rassuriez la population d'Huberdeau à cet égard.

M. Ouellet (Jocelyn): O.K. Je vais laisser la parole à M. Fillion pour la question des lits en CHSLD. Mais, les unités de soins, on vient croiser des choses qui sont à peu près semblables, là, unités de soins et CHSLD.

M. Fillion (Daniel): On a actuellement 1 898 lits, dans la région, de longue durée donc en CHSLD, actuellement. Les projections qu'on fait... Finalement, on pourrait faire une projection de besoins, mais, d'ici deux à trois ans, il n'y aura pas de béton nouveau qui permettrait finalement une augmentation de notre parc de lits, O.K., dans les trois ans qui s'en viennent. Ce qu'on va faire, on va...

M. Cousineau: ...

M. Fillion (Daniel): C'est ça... Saint-Jérôme, là, ce qui est actuellement désuet. Et on va tenter aussi d'améliorer finalement ce qu'on a déjà comme parc. Notre parc, il vieillit — notre parc immobilier. Donc, on a un problème assez important à ce niveau-là.

M. Ouellet (Jocelyn): ...les projets de rénovation ont été faits: Saint-Jérôme, les provisions sont faites; Sainte-Adèle, les provisions sont faites. Il va en rester un, Argenteuil, et ce sera le seul à régler éventuellement. Donc, le parc actuel va être rénové après ça, de façon complète, pour les quatre heures et soins de plus.

Ressources intermédiaires?

M. Fillion (Daniel): Ressources intermédiaires; j'ai le chiffre quelque part, mais là je n'ai pas trouvé. Je vais vous le trouver. Mais effectivement on en a dans la région des Laurentides, et la tendance est de développer

en ressources intermédiaires et en résidences privées plus qu'en béton CHSLD public. Donc, en termes d'orientation, de projection, on ne projette pas des nouvelles places béton public, on projette que les soins pourraient être donnés dans le cadre de partenariats avec le privé. Et il y a des projets pilotes qui débudent dans la région, là-dessus.

Le Président (M. Copeman): M. Filion, si vous pouvez transmettre — ou M. Ouellet — ces informations à la secrétaire de la commission, qui va s'assurer de...

M. Ouellet (Jocelyn): Dans les 48 heures, l'information va suivre, M. le Président. Tout à fait.

M. Filion (Daniel): ...à la page 58 du document que vous avez eu.

M. Ouellet (Jocelyn): Mais on va le faire cheminer aussi, assurément. Pour la dernière question, sur Huberdeau, là, il faut dire, il y a des discussions en cours.

M. Filion.

M. Filion (Daniel): O.K. Ce à quoi vous faites allusion, c'est que le centre jeunesse est en train d'établir un PFT, ce qu'on appelle un plan fonctionnel et technique, avec la projection de centralisation physique de toutes ces installations dans un même site finalement, qui serait éventuellement Batshaw. Ce n'est pas un secret de Polichinelle, les gens sont au courant. Parce que le centre anglophone montréalais a actuellement un site qu'ils occupent dans la région des Laurentides, et ils vont quitter ce site-là pour retourner à Montréal. Et donc il y aurait une possibilité, dans la région, de centraliser les installations physiques du centre jeunesse en termes de services résidentiels au site de Prévost.

Donc, c'est pour ça qu'on entend parler parfois, à Huberdeau, de fermeture. On est très, très loin de la coupe aux lèvres. Ce serait un projet d'à peu près 45 millions à Batshaw, et je ne pense pas qu'à court terme il y ait un gouvernement qui puisse se permettre finalement un tel investissement. Donc, il faut faire la part des choses par rapport aux rumeurs de déménagement. Mais c'est vrai qu'il y a un projet dans l'air, et le projet va dans le sens de centralisation à Prévost et donc, éventuellement, de fermeture des installations périphériques à Sainte-Agathe et Huberdeau, mais je ne pense pas qu'on va voir ça de notre vivant.

Le Président (M. Copeman): Il y en a certains qui sont plus jeunes autour de la table, M. Filion. Là, vous projetez loin, là.

M. Filion (Daniel): De mon vivant.

Le Président (M. Copeman): C'est ça. O.K. M. le président-directeur général Ouellet, Mme Huguerot, Dr Allard, Dr Berlinguet et M. Filion ainsi toute votre équipe, je vous remercie beaucoup pour votre participation à cet important exercice de reddition de comptes avec la Commission des affaires sociales, et nous allons nous retrouver dans un avenir pour répéter l'exercice de nouveau.

M. Ouellet (Jocelyn): ...et c'est au nom des 11 000 intervenants, cadres et membres de conseil d'administration que nous sommes ici pour représenter les Laurentides. Merci.

Le Président (M. Copeman): Merci. La commission ayant accompli son mandat, j'ajourne les travaux de la commission sine die. Merci.

(Fin de la séance à 12 h 10)