



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
des affaires sociales**

Le mercredi 15 novembre 2006 — Vol. 39 N° 58

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 (7)

**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 15 novembre 2006 — Vol. 39 N° 58

Table des matières

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

Intervenants

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

Mme Charlotte L'Écuyer
M. Jean-Claude St-André
Mme Jocelyne Caron
M. Alexandre Bourdeau
M. François Legault
M. Pierre Reid
M. Luc Thériault
Mme Solange Charest

- * **M. Jean-François Fois, ASSS-Lanaudière**
- * **M. Pierre Boissonneault, idem**
- * **M. Marcel Fauconnier, idem**

- * **Témoins interrogés par les membres de la commission**

Le mercredi 15 novembre 2006 — Vol. 39 N° 58

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 (7)

(Neuf heures cinquante et une 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. Nous sommes réunis afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion ou rapports d'activité 2002-2003, 2003-2004 et 2004-2005 en application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. M. Bouchard (Vachon) va être remplacé par M. Legault (Rousseau); Mme Champagne (Champlain) par Mme Caron (Terrebonne). Voilà.

Le Président (M. Copeman): Merci. Je vous rappelle, chers collègues ainsi que nos invités, que l'utilisation des téléphones cellulaires est interdite pendant les séances de la commission. Je prierais tous ceux qui en font l'usage de bien vouloir agir en conséquence.

Je vous rappelle également que, ce matin, c'est un mandat statutaire que va effectuer la commission et qui découle de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et services sociaux. Il s'agit d'un exercice 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 dans le temps la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière était le 1er mars 2000. Alors, ça fait un certain temps. Plaisir de vous revoir, M. Foisy et votre équipe. Et c'est sûr que nous allons entendre l'agence sur ses rapports antérieurs, mais il y a toujours des questions d'actualité, des questions d'avenir qui découlent un peu des agissements, des actions et des plans de l'agence.

Je vous rappelle, chers collègues, que nous allons consacrer deux heures de temps à cette audition: une vingtaine de minutes de présentation de la part des représentants de l'agence et un échange de 1 h 40 min avec les députés des deux côtés de la table. Je présume qu'on poursuit avec notre tradition des blocs de 15 minutes. Ça convient à tout le monde? Excellent.

Auditions (suite)

Alors, sans plus tarder, je souhaite la bienvenue à M. Foisy, président-directeur général. Bonjour.

M. Foisy (Jean-François): Bonjour.

Le Président (M. Copeman): M. Foisy, peut-être, ce serait intéressant que vous nous présentiez vos collaborateurs et par la suite d'enchaîner avec votre présentation.

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

M. Foisy (Jean-François): Alors, M. le Président, Mmes, MM. les membres de la commission, c'est avec grand plaisir qu'on se retrouve aujourd'hui devant vous. Ça fait depuis l'an 2000 donc qu'on n'a pas eu l'opportunité de venir rendre compte des choses et des bonnes choses qui se font dans Lanaudière.

Alors, je suis accompagné aujourd'hui de M. Pierre Boissonneau, qui est directeur des opérations réseau; du Dr Marcel Fauconnier, directeur régional des affaires médicales et hospitalières; Dr Laurent Marcoux, directeur de la santé publique et de l'évaluation. Et sont aussi derrière moi M. Bernard Dupont, directeur régional des ressources informationnelles; Mme Caroline Ross, directrice des ressources humaines. Derrière moi, normalement, ça doit être M. Claude Piché, qui est adjoint au président-directeur général; et Mme Joyce Thompson-Trudeau, qui est directrice des services administratifs.

Alors, bien que la députation lanadoise soit là, je pense, pour le bénéfice aussi des gens qui sont d'autres régions, essentiellement la région de Lanaudière est située en périphérie de Montréal, mais c'est une région qui s'étend sur un territoire de plus de 12 400 km² et avec une population de l'ordre de 420 000 habitants. Lanaudière est la sixième région la plus peuplée du Québec.

Notre région compte deux centres de santé et de services sociaux qui sont répartis dans autant de territoires de réseaux locaux. Le territoire de réseau local de services de Lanaudière-Nord regroupe les MRC de D'Autray, Joliette, Matawanie et Montcalm. C'est un territoire principalement rural ceinturant l'agglomération urbaine de Joliette. On y dénombre près de 189 000 habitants, et ça peut monter jusqu'à 240 000 en période estivale. D'ici 20 ans, la population du territoire aura augmenté de 15 %. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus va représenter 17 % de la population totale. C'est une progression, sur 20 ans, de 97 % de ce groupe d'âge.

Le territoire du nord couvre près de 96 % de la région, ce qui se traduit évidemment par des défis particuliers en matière d'accès aux services. Le CSSS du nord est issu de la fusion de cinq établissements et peut compter sur un budget de l'ordre de 220 millions et plus de 4 000 employés. Les principaux défis du CSSS du nord consistent à améliorer l'accès et la proximité des services, compte tenu de l'étendue du territoire, du nombre important d'installations et aussi de la concentration de services plus spécialisés situés au Centre hospitalier régional de Lanaudière, à Joliette. Comme je le mentionnais un peu plus tôt, le vieillissement de la population de même que des difficultés de transport ajoutent à ces contraintes d'organisation et aussi de gestion en matière de services.

Le territoire du réseau local Lanaudière-Sud, lui, regroupe les MRC L'Assomption et Les Moulins, un territoire principalement urbain, et on y dénombre près

de 231 000 habitants. Toujours d'ici 20 ans, la population va augmenter de 8 % et la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus va représenter 19 % de la population totale. On parle ici d'une progression de 149 % de ce groupe d'âge. Le CSSS du sud est issu, lui, de la fusion de trois établissements et peut compter sur un budget de l'ordre de 174 millions et plus de 3 100 employés.

Evidemment, aux installations des deux CSSS s'ajoutent des points de services des établissements régionaux qui sont le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, qui est un centre birégional qui donne aussi des services à nos collègues de la région voisine dans les Laurentides, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle La Myriade, les centres jeunesse de Lanaudière ainsi, aussi, que plusieurs établissements CHSLD privés conventionnés, lesquels sont très impliqués dans la gestion, au même titre que nos établissements publics.

Dans le territoire du sud, la proximité des installations géographiques des établissements facilite évidemment l'accès aux services malgré, tout de même, certaines difficultés qui persistent en matière de transport pour nos usagers. Les principaux défis d'organisation et de gestion des services pour le CSSS du sud résulteront notamment de l'augmentation constante de la population à desservir et de l'accroissement démographique vraiment fulgurant des personnes âgées.

Selon nous, pour nous, l'amélioration des services doit d'abord s'appuyer sur le développement des services de première ligne et de proximité, et ce, pour assurer l'accès le plus équitable possible aux services dans l'ensemble des territoires de la région. D'autre part, la communication rapide des informations cliniques constitue une condition essentielle pour assurer la continuité et l'efficacité des services. Dans les deux dernières années, l'agence et les établissements se sont engagés dans une démarche d'uniformisation régionale des systèmes d'information des établissements sur le principe un peu de une région, un réseau, et ce, pour faciliter l'accès aux informations cliniques dans l'ensemble des territoires de la région. De plus, un projet visant à rendre disponible le dossier-patient électronique dans les deux réseaux locaux a été accepté dans le cadre des projets d'informatisation des réseaux locaux.

Les services de première ligne, dans Lanaudière, sont offerts dans une trentaine d'installations des CSSS et dans quatre CHSLD privés conventionnés. Nos organismes communautaires évidemment sont des acteurs importants dans les interventions de première ligne, et le nombre d'organismes pour la mission santé s'est accru de 8,3 % avec l'ajout d'une douzaine d'organismes depuis 2002. Évidemment que les médecins sont aussi des partenaires essentiels, extrêmement importants des CSSS pour l'offre de services en première ligne, et l'agence accorde une grande importance au développement des groupes de médecine de famille. La région compte actuellement six GMF, groupes de médecine de famille, et cinq autres sont présentement en devenir.

● (10 heures) ●

Au niveau des services hospitaliers, ils sont offerts par les deux CSSS. Pour le CSSS du sud, on parle du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, qui est installé à Lachenaie, dans un bâtiment neuf, depuis avril 2004. Pour le CSSS du nord de Lanaudière, on parle du Centre hospitalier régional de Lanaudière, qui, lui, est situé à

Joliette. Les centres hospitaliers ont été, dans les deux cas, intégrés dans les centres de santé et services sociaux qui desservent leur territoire, considérant que leur clientèle provient majoritairement du territoire local dans lequel ils sont situés. Par ailleurs, puisqu'ils desservent chacun un bassin de population important, ils sont appelés à offrir la majorité des services spécialisés qu'on dit régionaux.

Au niveau des jeunes en difficulté, les services spécialisés et les services spécialisés de réadaptation en déficience physique, en déficience intellectuelle et pour les troubles envahissants du développement sont offerts par trois établissements à vocation régionale, donc les centres jeunesse de Lanaudière, le Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier et le Centre de réadaptation La Myriade. Les services qui sont offerts par et dans ces établissements sont déjà largement déconcentrés sur chacun des territoires des CSSS, et cette orientation-là, elle va être maintenue.

L'offre de services aux citoyens de Lanaudière a connu une croissance importante ces dernières années. L'amélioration de ces services-là s'est actualisée autant pour les services de première ligne que pour les services plus spécialisés.

Au niveau des programmes au niveau de la santé publique, les réalisations régionales sont orchestrées autour de sept domaines d'intervention. On parle, un, du développement des communautés, qui, lui, s'appuie sur les actions intersectorielles qui visent à améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens par des interventions dans leur milieu de vie. La participation de l'agence s'est traduite par des investissements, en 2006, de l'ordre de 367 000 \$.

Au niveau du développement, de l'adaptation et l'intégration sociale, bien les principales actions de l'agence sont concentrées autour des activités de promotion, de prévention visant les bébés, les enfants et les jeunes. C'est ainsi que le pourcentage de bébés allaités à leur naissance dans Lanaudière atteint 80 % et que nos deux centres de santé et de services sociaux progressent vers ce qu'on appelle le réseau Amis des bébés.

Le Programme de soutien aux jeunes parents est maintenant implanté dans tous les CLSC, les six, et s'ajoute au programme existant déjà Naître égaux — Grandir en santé qui dessert des familles vulnérables. Au 31 mars 2006, c'étaient près de 623 familles qui bénéficiaient de ces services-là.

En milieu scolaire, le déploiement du programme Écoles en santé, visant à améliorer la réussite éducative, est amorcé dans huit écoles primaires, et le programme Fluppy, qui vise à développer les habiletés sociales des enfants, a été implanté dans des classes préscolaires de milieux défavorisés socialement et économiquement.

Au niveau des habitudes de vie et des maladies chroniques, les principales interventions de l'agence sont orchestrées autour des activités de prévention qui sont destinées à contrer les principales maladies chroniques, dont le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Il y a plus de 450 fumeurs qui ont reçu des services des centres d'abandon de tabagisme depuis leur implantation dans nos CLSC, en 2003.

Au niveau des traumatismes qu'on dit non intentionnels, bien nos principales actions ont porté sur nos jeunes de moins de 15 ans et la prévention des chutes chez les personnes âgées. Au niveau des jeunes donc de plus... Entre 2002 et 2006, il y a près de 3 300 sièges d'auto

qui ont été vérifiés pour s'assurer que les gens puissent amener leurs enfants en toute sécurité. Et la prévention des chutes chez les personnes âgées: des interventions nous ont permis d'évaluer le potentiel de chute chez près de 1 200 personnes âgées.

Au niveau des maladies infectieuses, les activités du programme d'immunisation sont en place avec plusieurs ajouts depuis quelques années. Et, pour notre personnel soignant, bien les activités de promotion de santé publique ont fait passer la couverture vaccinale chez le personnel de 30 % à 46 %, et on va continuer, dans les prochaines années, à mettre beaucoup d'efforts pour essayer d'augmenter encore cette couverture vaccinale chez notre personnel.

Dans les dernières années, les activités de surveillance des infections nosocomiales ont été intensifiées de façon majeure, particulièrement pour le *Clostridium difficile*. Dans ce cas, le nombre élevé d'infections au Centre hospitalier régional de Lanaudière nous a amenés à travailler plus étroitement avec l'établissement pour la production et le suivi d'un plan d'action détaillé. Les dernières statistiques démontrent une très grande amélioration alors que la situation demeure toujours sous contrôle au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

La qualité de l'environnement est toujours un domaine d'intervention pour lequel on est appelés à intervenir de plus en plus fréquemment. Principalement, nos interventions visent souvent la qualité de l'eau potable, la qualité de l'air intérieur, extérieur, la protection contre la chaleur accablante, l'eau contaminée, les cyanobactéries — on entend beaucoup parler des algues bleues — et de même que les sites d'enfouissement sanitaire.

Dans Lanaudière, avec plus, aussi, de 100 000 travailleurs qui sont répartis dans plus de 12 000 établissements, bien nos professionnels de santé publique et ceux du Centre de santé et de services sociaux du Sud-de-Lanaudière, qui a la mission, oeuvrent annuellement dans environ 400 milieux de travail pour mettre en place des mesures de prévention nécessaires en santé donc en milieu de travail.

Au niveau des services généraux, bien, toujours en lien avec nos orientations en région qui visent à consolider les services de première ligne, il y a des travaux d'envergure qui ont été menés dans la région pour harmoniser les services de soutien à domicile et en centre de jour. Avec cette démarche-là, tous les services offerts à domicile par nos CLSC ont été révisés, et ces travaux d'harmonisation nous ont permis d'assurer la même offre de services de base à l'ensemble de la population de Lanaudière indépendamment de son lieu de résidence.

Nos services d'Info-Santé ont aussi connu une progression importante d'appels entre 2002 et 2005. Et, pour le volet d'Info-Social, qui est confié à une centrale régionale déjà depuis 2001, bien la performance s'est légèrement améliorée, et, en 2006, on a un volume de près de 5 000 appels. J'avais 50 000 dans mon document, mais ça, c'est à peu près les statistiques de 10 régions, donc 5 000 appels.

Au niveau des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, écoutez, en 2006, la région compte plus de 50 000 personnes âgées de 65 ans et plus, mais, au cours des 20 prochaines années, je l'ai mentionné pour les deux territoires tantôt, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans va augmenter de 119 % pour atteindre 110 000 personnes.

Au niveau des orientations qu'on retient en région pour les cinq prochaines années, les principales mesures vont viser essentiellement l'intégration des services, et l'accent doit d'abord être mis sur la prévention et la promotion de la santé autant que sur l'accessibilité des services communautaires et de première ligne.

En ce qui a trait à la disponibilité et aussi à l'efficacité, des progrès majeurs ont été accomplis dans la région en première ligne avec le rehaussement des services de soutien à domicile, la mise en place aussi de services intensifs à domicile pour éviter le recours à l'urgence et la mise en place aussi de mesures d'accès à l'hébergement. Le nombre de personnes en perte d'autonomie dans la région qui... le suivi à domicile a connu une progression de 44 %, passant de près de 4 400 personnes en 2003 à plus de 6 300 en 2006. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus qui ont reçu des services par des entreprises d'économie sociale a aussi connu une progression de l'ordre de près de 37 %.

Nos services d'hébergement ont aussi connu une transformation majeure avec une augmentation très importante de la moyenne des heures-soins de la clientèle hébergée. La région de Lanaudière met maintenant dans ses lits de soins de longue durée une clientèle qui en général est de plus de trois heures-soins, qui requiert plus de trois heures-soins. Quant au nombre de lits d'hébergement qui sont disponibles, il s'est accru de plus ou moins 4 % en CHSLD, on est passé de 1 610 à 1 676 lits. Pour nos ressources intermédiaires, l'accroissement, lui, a été de 75 %, avec un ajout de 88 places aux 117 places qui existaient déjà.

Au niveau de la déficience physique, l'accent a été mis essentiellement d'abord sur la consolidation des services communautaires et de première ligne, et, considérant les difficultés d'accès dans ce programme, des budgets de développement donc ont été consacrés pour rehausser l'offre de services en déficience visuelle, augmenter la disponibilité de lits en réadaptation fonctionnelle et intensive, assurer aussi des services à nos personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral. Mais, au nombre aussi des réalisations du programme, il convient de souligner de façon notable la création d'une clinique régionale de diagnostic et du développement des enfants, laquelle permet de procéder en région aux évaluations qui sont nécessaires pour déterminer l'offre de services qui est requise en déficience physique, en déficience intellectuelle, pour les troubles envahissants du développement et aussi en santé mentale.

Au niveau des services aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, bien, durant les quatre dernières années, on note un rehaussement général des services rendus aux personnes déficientes intellectuelles et la conclusion d'ententes avec les divers centres de la région pour mieux coordonner aussi les services à leurs clientèles communes. Pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement, l'offre de services, elle, s'est améliorée progressivement au cours des dernières années, mais encore du chemin à faire.

● (10 h 10) ●

Au niveau des jeunes, il y a plusieurs interventions qui ont été menées pour améliorer les services spécialisés et les services de première ligne. Pour les centres jeunesse de Lanaudière, les interventions se sont traduites par un

plan d'orientation clinique qui visait à diminuer l'engorgement et réduire les listes d'attente, qui étaient majeures.

Pour les services de première ligne, on a aussi fait l'implantation d'une équipe d'intervention jeunesse dans le territoire du CLSC de Joliette et aussi la mise en place d'une mesure de liaison entre les centres jeunesse de Lanaudière et les CSSS pour la prise en charge des personnes dont le signalement n'est pas retenu. Ça a donc constitué une des principales mesures de prise en charge pour nos jeunes en difficulté.

Au niveau des dépendances, les services en région sont assumés sur une base externe par Le Tremplin, qui est rattaché aux centres de santé et de services sociaux du nord, et aussi par quatre centres privés qui sont certifiés, et quatre organismes communautaires.

Le Président (M. Paquin): M. Foisy, je veux vous aviser qu'il reste deux minutes pour conclure, s'il vous plaît.

M. Foisy (Jean-François): Alors, je pense que je vais aller plus vite. Alors, est-ce que vous allez me donner deux minutes si jamais je passe ou...

Le Président (M. Paquin): On va vous le donner, mais c'est qu'on...

M. Foisy (Jean-François): On vous remercie.

Le Président (M. Paquin): On est très souples, mais on veut être assez disciplinés dans tout ça pour permettre à... Comme vous voyez, il y a beaucoup de personnes intéressées à discuter avec vous.

M. Foisy (Jean-François): Tout à fait. Oui, oui, oui. Les services en santé mentale, eux, ont connu une transformation très importante. D'ailleurs, en pédopsychiatrie, la réorganisation des services avec la première ligne a fait en sorte de diminuer nos listes d'attente de 334 à 132 jeunes. Pour nous, c'est un bel exercice de prise en charge de la première ligne.

Au cours des quatre dernières années, dans nos salles d'urgence, nos deux centres hospitaliers ont été accompagnés, en 2004-2005, par le centre national de coordination des urgences et l'agence, et, depuis 2006, seule l'urgence du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur est suivie par les deux organismes, celle du Centre hospitalier régional de Lanaudière étant suivie par l'agence. Par contre, au niveau de la performance des principaux indicateurs des salles d'urgence, ils ont tous marqué une amélioration importante depuis 2004. Vous avez d'ailleurs dans vos documents des graphiques à cet effet-là.

Au niveau des activités chirurgicales, la réduction des listes d'attente a été une priorité ministérielle, et, au cours des dernières années, en région, on a travaillé très fort, principalement au niveau de l'orthopédie et de l'ophtalmologie. La production dans ces chirurgies ne s'est pas faite au détriment des autres chirurgies parce qu'on constate aussi une augmentation de 8,7 % des chirurgies d'un jour et plus de 8 % en chirurgie avec hospitalisation.

Pour les délais d'attente, bien on constate une diminution des personnes en attente depuis plus de 6 mois pour les trois chirurgies ciblées. Cependant, le nombre de patients en attente depuis plus de six mois a augmenté pour

les autres chirurgies, autant pour la chirurgie d'un jour que pour hospitalisation. Pour corriger la situation, l'agence a déposé une offre de services pour aller au-delà des ententes de gestion 2006-2007 et réaliser une production encore plus importante en 2007-2008. Et le ministre nous a autorisés à aller de l'avant, et c'est déjà en branle dans nos deux centres de santé et de services sociaux.

Entre 2003 et 2006, les budgets de nos établissements ont fait l'objet d'un redressement majeur, ont connu une augmentation de près de 30 % de l'augmentation des ressources, principalement par l'ajout de nouvelles installations au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, et les déficits sont passés de 9,9 à 2,7 millions. C'est donc plus de 278 millions d'investissement au niveau de nos immobilisations et près de 40 millions en maintien d'actifs et en équipements spécialisés.

À la lumière un petit peu de ce qu'on a évoqué, force est de constater pour nous que... il y a des progrès majeurs qui ont été réalisés sur le terrain, dans la région. C'est principalement... ces progrès-là sont attribuables au virage de première ligne qui a été entrepris depuis quelques années, qui vise à améliorer l'accès local aux services, tout en évitant le recours inapproprié à des ressources plus spécialisées et forcément plus coûteuses. Le virage par contre ne s'est pas fait au détriment de l'accessibilité des services plus spécialisés, puisque les indicateurs démontrent qu'il y a eu aussi une croissance de l'offre.

Par contre, les leviers pour les prochaines années, il y en a trois: l'intensification des activités de prévention, promotion qui va constituer un levier majeur de prise en charge de la responsabilité populationnelle de nos centres de santé, qui devront d'abord s'appuyer sur des objectifs d'amélioration de la santé de la population du territoire dont ils ont la responsabilité; la consolidation des services de proximité va constituer un deuxième levier d'importance pour favoriser l'accès aux services de première ligne mais aussi l'accès à certains services plus spécialisés; un troisième levier qui va prendre plus d'importance au cours des prochaines années, nettement privilégié dans la réforme en cours, c'est évidemment celui du réseautage et de la responsabilisation des établissements envers la population ou la clientèle pour laquelle ils sont redevables.

Les stratégies par contre, à elles seules, elles ne peuvent pas assurer l'accessibilité et la continuité des services qui sont souhaitées. L'application progressive d'une méthode populationnelle d'allocation des ressources visant à rétablir l'équité entre les régions posera des défis particuliers comme le rapatriement de certains services dans la région, mais aussi d'une atteinte d'équité intrarégionale dans la distribution de nos ressources.

En terminant, M. le Président, la force de la région, c'est aussi la capacité et le désir de l'ensemble de nos établissements, autant publics que privés conventionnés, à travailler ensemble au mieux-être des Lanaudois et des Lanaudoises. Je vous remercie.

Le Président (M. Paquin): Merci, M. Foisy. Formidable, on vous a permis de dépasser un peu. Mais, comme je vous disais, beaucoup d'intervenants veulent parler avec vous de différents sujets au niveau du centre de santé chez vous, et on débute l'échange immédiatement avec la députée de Pontiac et adjointe parlementaire au ministre de la Santé et des Services sociaux. On vous écoute, madame.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Bienvenue parmi nous. À l'écoute, c'est impressionnant. Vous semblez avoir des résultats intéressants dans plusieurs domaines. À la lecture du document, à la page 15, vous faites référence à une harmonisation régionale des services de soutien à domicile. J'aimerais ça connaître la nature de cette démarche-là puis quelques exemples qui ont fait que vous êtes arrivés à certains résultats, là, qu'on peut lire dans le document.

M. Foisy (Jean-François): Alors, essentiellement, ce qu'on peut vous dire c'est que, dans la région, on l'a dit, là, on a fait un virage vers la première ligne depuis plusieurs années. Et, quand on parle d'aller vers une approche populationnelle, bien c'est aussi, en quelque part, de se donner le droit, quand on fait une réforme aussi importante que celle qu'on est en train de mettre en place, de permettre à nos concitoyens, dans Lanaudière, d'avoir la même offre de services, qu'elle soit située à L'Assomption, à Terrebonne ou à Saint-Donat, en Matawinie, ou dans D'Autray, ou à Joliette, donc. Et ça, écoutez, l'offre de services dans les CLSC s'est bâtie historiquement en fonction des budgets qui sont octroyés aux établissements, et chacun des CLSC, dans la région, même s'ils se parlaient, faisait son offre de services. Donc, avec les regroupements, avec les fusions, bien on a été au-delà des fusions de CSS, on a fait régionalement un exercice pour permettre aux gens d'avoir accès aux mêmes services de base.

Et, si vous le permettez, je céderais la parole à M. Pierre Boissonneault, qui va pouvoir vous donner un petit peu plus en détail qu'est-ce qu'on veut dire par là, quand on parle en soins à domicile et en centre de jour puis peut-être pour quelques exemples.

Le Président (M. Paquin): D'accord, allons-y. M. Boissonneault.

M. Boissonneault (Pierre): En préalable, il faudrait peut-être préciser que souvent, quand on pense maintien à domicile, on pense strictement personnes âgées en perte d'autonomie. Or, il ne faut jamais oublier que ces services-là sont aussi destinés aux clientèles avec déficience physique, déficience intellectuelle et, dans une moindre mesure, aussi certaines clientèles en santé mentale.

Ceci étant dit, comme M. Foisy l'a indiqué, le mandat des anciens CLSC, alors qu'ils étaient des organisations relativement indépendantes, si on peut dire, était de coller aux besoins de leur population locale, et, d'une part, les fusions mais aussi l'évolution scientifique quant à la façon optimale de donner les services nous ont amenés à questionner différentes pratiques. Non pas qu'elles étaient mauvaises en soi, mais essentiellement, dans l'opération d'harmonisation, on a regardé, sur chacun des territoires, en détail, quelle était l'offre de services pour chaque spécialité, admettons soins infirmiers, ergothérapie, ainsi de suite, et on a dit: Quel est l'endroit où les services sont donnés de la façon la plus efficace et efficiente?, et on a généralisé, par voie de protocoles et d'algorithmes d'attribution, cette façon de faire à l'ensemble de la région.

● (10 h 20) ●

Donc, ça assure une harmonisation, mais il y a un bénéfice autre aussi qui est de fournir aux différents professionnels et aux gestionnaires de premier niveau

des cadres de référence et des outils de travail très pratiques. On me demande des exemples précis, je vais en donner juste deux, trois brièvement. Vous retrouvez, dans le cahier d'harmonisation de notre région, l'outil d'évaluation et de priorisation des clientèles en termes d'urgences de façon à pouvoir répondre dans des délais adéquats directement liés à la situation de la personne concernée. Les outils d'évaluation sont standardisés. Les outils de référence entre les différents paliers, soit du maintien à domicile ou de centre de jour, sont aussi standardisés, ce qui fait que vous avez là évidemment des référentiels qui ont été élaborés dans une région, pensés par les gens de la base. Ça a pris un an à produire ces documents. Par la suite, il y a eu une année de formation intensive auprès de tous les intervenants du maintien à domicile de la région, ce qui fait que maintenant on a un fonctionnement qui, pour les années encore qui s'en viennent, va s'améliorer au fur et à mesure que ces outils-là seront appliqués sur le terrain.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: Merci, M. le Président. Êtes-vous en mesure actuellement de mesurer les écarts en termes de services entre ce qui existait avant, compte tenu de l'autonomie des CLSC, et avec la fusion? Est-ce que vous êtes en mesure de mesurer les écarts de services entre ce qui se donnait et ce que vous avez comme résultat aujourd'hui?

Le Président (M. Paquin): M. Boissonneault.

M. Boissonneault (Pierre): En fait, beaucoup plus, pour l'instant, ce qu'on est en mesure de témoigner, c'est les changements quant au processus. Un des résultats des récentes fusions a été de faire en sorte que les intervenants, les gestionnaires, je dirais, ne considèrent plus que c'est un client soit de l'hôpital, du CLSC ou du centre d'accueil, ça devient le concept de responsabilité populationnelle, si vous voulez. Donc, malgré que ce soient deux gros CSS dont les efforts d'organisation devront être continués, parce que ce n'est pas acquis de faire des organisations de cette taille-là, il reste que, dès maintenant, on constate que la fluidité pour le citoyen entre ces différents paliers là a été de beaucoup augmentée. Donc, les temps de référence sont meilleurs, les mécanismes de liaison ont été raffinés et, je dirais, rendus beaucoup plus efficaces aussi.

Quant aux résultats sur le fond de l'offre de services, ça va venir plus, d'une part, de l'application, pour le côté du maintien à domicile, de l'outil dont je viens de parler, mais aussi des projets cliniques qui ont été commandés et que les établissements devraient produire pour la fin de l'année 2006 ou le début de l'année 2007.

Le Président (M. Paquin): Mme la députée de Pontiac.

Mme L'Écuyer: On voit que, dans l'ensemble de vos 69 cibles pour 2005-2006 — on va parler de 2005-2006... — il y en a 49 qui ont été atteintes. Et là il y a quand même des cibles assez intéressantes, là, qui ont été atteintes. Il y en a deux en particulier, là, que je retiens, c'est le délai d'attente et le nombre de semaines

dans les centres jeunesse pour les services spécialisés. J'aimerais que vous m'en parliez un peu. Et le deuxième, c'est les urgences. Bien que vous n'avez pas atteint à 100 % les résultats, vous avez quand même noté une amélioration importante pour les personnes de 75 ans.

Ça fait que la première, c'est: Je veux entendre parler un peu de l'amélioration du délai d'attente puis du nombre de semaines au niveau des centres jeunesse. Et la deuxième question, c'est: Comment vous avez priorisé... ou quels services vous avez mis en place pour avoir une amélioration au niveau des personnes âgées de 75 et plus qui se présentaient à l'urgence?

M. Foisy (Jean-François): Peut-être, M. le Président, pour la première question au niveau des services, au niveau de la reddition de comptes en jeunesse, M. Boissonneault.

M. Boissonneault (Pierre): Bien, effectivement, la situation s'est améliorée pour la jeunesse en difficulté dans Lanaudière. Je dirais qu'on est partis de loin, et effectivement, pour les gens qui ont suivi le dossier de plus près, on a eu un rapport, il y a maintenant trois ans, de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec qui nous indiquait plusieurs correctifs à apporter. Effectivement, les chiffres qui vous ont été présentés dans les documents font état d'amélioration des temps d'attente, du nombre de dossiers en attente, d'une part, et des délais d'attente. Il reste que, de l'avis de tous les intervenants, on est loin encore des cibles fixées par le ministère et qui sont de toute façon dans l'intérêt des jeunes.

Je dois vous dire que les progrès ont été énormes du côté du secteur réadaptation pour la jeunesse en difficulté. Le centre jeunesse a mis sur pied des équipes d'intervention qui font en sorte que le séjour à l'interne est vraiment bonifié, et le jeune est très bien encadré de façon à faire en sorte que, quand il va retourner dans son milieu naturel, les chances d'avoir besoin, recours à nouveau à des services internes sont minimisés énormément. Ça, ça a déjà créé des résultats très tangibles sur le fait que, depuis d'ailleurs début 2006, il n'y a plus d'engorgement dans les services internes du centre jeunesse. Bon.

Du côté externe maintenant, plus signalements, le président-directeur général y a fait allusion tantôt, on a, depuis un an et demi maintenant, financé à même les argents de développement un projet de collaboration entre la première ligne des CSSS et le centre jeunesse pour les signalements non retenus mais pour lesquels le besoin de services était évident. Et maintenant les services sont donnés par la première ligne, ce qui évite qu'une situation non prise en charge, dans un premier temps, se dégrade, un deuxième signalement, et là la machine de la DPJ qui rentre en oeuvre. Ça, c'est efficace et ça fait vraiment l'affaire de tous les intervenants. C'est évident qu'on va poursuivre dans cette voie.

Reste que, malgré ces efforts-là, le nombre de dossiers en attente a baissé — et ça, on est dans la bonne voie — par contre les délais d'attente se sont améliorés aussi mais restent beaucoup trop élevés, et il va falloir tabler sur une meilleure complémentarité entre la première ligne et le centre jeunesse pour avoir des résultats réels. La volonté est là. L'agence aussi doit vraiment prioriser ce secteur-là parce que c'est évident que les acquis restent fragiles. Mais je dois dire aussi que, selon les chiffres de

l'approche populationnelle, c'est dans le programme Jeunesse en difficulté que l'écart est le plus grand en termes de manque à gagner théorique, et ça, bien, en quelque part, évidemment, malheureusement, ça a un impact.

Mme L'Écuyer: Merci. Pour la deuxième, concernant...

M. Foisy (Jean-François): Essentiellement, quelques commentaires au niveau de la deuxième question. Si mon collègue Boissonneault veut renchérir, ce sera évidemment bienvenu. Au-delà du manque de ressources médicales en première ligne, la difficulté pour nos médecins: on avait une difficulté importante d'avoir accès rapidement à des tests diagnostiques. Quand on parle d'améliorer la fluidité, les façons de faire dans nos salles d'urgence, évidemment que la clientèle 75 ans et plus fait évidemment partie des gens qui vont en bénéficier. Alors, comme les gens avaient de la difficulté à avoir accès à des tests diagnostiques, bien ça provoquait souvent l'utilisation un peu inappropriée des salles d'urgence. Principalement au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, on a développé un modèle qu'on appelle un modèle d'accueil clinique où les médecins de première ligne peuvent profiter de plages réservées à des examens spécifiques pour leur clientèle. Ça permet donc de continuer la prise en charge de leurs patients et surtout de ne pas utiliser le service d'urgence à des fins strictement diagnostiques. Alors ça, ça permet d'avoir des résultats tangibles.

Au niveau de la gestion des lits, on l'a dit tantôt, nos deux centres hospitaliers, avec l'agence, ont fait l'objet d'un accompagnement excessivement important au cours des dernières années. L'accompagnement se poursuit avec le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, avec le CCNU et l'agence — seulement l'agence au niveau Centre hospitalier régional de Lanaudière — mais essentiellement la gestion des lits s'est grandement resserrée dans nos deux centres hospitaliers. Et ça, vous savez, la gestion de salles d'urgence dans des régions qui sont en croissance de population, qui doivent allier la croissance de la population avec une démographie de vieillissement, je vous dirais, presque galopante, hein, si on considère que les personnes âgées de plus de 65 ans consomment possiblement plus de 75 % des services de santé, on l'a dit, d'ici 20 ans, c'est 119 % d'augmentation de cette clientèle-là... Alors, évidemment que nos deux centres hospitaliers travaillent très fort pour se réorganiser continuellement, pour faire face à ces afflux de population là.

Donc, on a resserré beaucoup la gestion des lits. Des mécanismes aussi, on l'a dit, pour accélérer la rapidité des consultations aux médecins spécialistes ont été mis en place. Il y a des ressources dévolues aux urgences qui ont été augmentées dans les deux cas, autant au nord qu'au sud, et aussi au niveau des équipes médicales.

● (10 h 30) ●

Il y a, à la demande des équipes du Centre de coordination nationale des urgences, des plans d'action qui ont été demandés aux deux centres hospitaliers, et ces plans-là évidemment nous ont permis un suivi plus serré des différents indicateurs qui nous permettent, directement ou indirectement, de pouvoir apprécier le fonctionnement d'une salle d'urgence. Ça nous a permis aussi de faire un rapprochement avec les services de première ligne et de deuxième ligne, et ça, ça contribue grandement à une

saine gestion de nos activités d'urgence. On a mis en place des services intensifs dans la communauté pour faire en sorte qu'on retarde au maximum l'entrée dans le système des personnes en perte d'autonomie notamment et surtout, à leur entrée, d'essayer de faire en sorte que ces gens-là, quand ils sont rendus à devoir consommer des services, notamment des services d'urgence, bien on essaie de faire en sorte de plus en plus que ce ne soit pas des inconnus du système, qu'on connaisse bien et mieux leur profil pour pouvoir les traiter le plus adéquatement possible et surtout le plus rapidement possible. On est très conscients, avec les volumes de population qu'on doit accueillir, qu'il y a des travaux encore très importants qu'on doit faire, mais c'est un effort d'un peu tous les instants puis on garde l'oeil avec nos établissements.

Le Président (M. Copeman): En parlant d'efforts, avec le nombre d'intervenants qu'on prévoit, il va falloir que tout le monde soit le plus succinct possible, incluant évidemment... On va demander à nos invités de tenter de l'être aussi. On ne veut pas vous priver de vos droits de parole, au contraire. Mais manifestement ça suscite beaucoup d'intérêt de la part de tout le monde, et on va demander un effort à tout le monde d'être le plus succinct possible. M. le député de L'Assomption.

M. St-André: Merci, M. le Président. Et je vous remercie beaucoup d'ailleurs pour votre intervention à ce stade-ci, vous avez tout à fait raison. D'ailleurs, je vais aller directement au coeur du sujet. J'ai des questions informatives à poser en ce qui concerne la situation du Département d'imagerie médicale au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. Alors, pour le bénéfice des membres de la commission, j'aimerais savoir combien il y a de radiologistes professionnels qui oeuvrent au Département d'imagerie médicale du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur. J'aimerais également savoir combien il y a de radiologistes et de professionnels qui oeuvrent à la clinique privée située en face de l'hôpital et qui s'appelle Imagerie des Pionniers. J'aimerais savoir combien de radiologistes oeuvrent à la fois au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur et à la clinique. J'aimerais savoir s'il y a des radiologistes ou des professionnels qui oeuvrent à la clinique Imagerie des Pionniers et qui sont non participants au régime d'assurance maladie du Québec.

J'aimerais également avoir une idée... En fait, j'aimerais avoir le plus d'informations possible sur le volume d'activité produit et réalisé par les radiologistes autant au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur qu'à la clinique privée l'Imagerie des Pionniers. J'aimerais également pouvoir obtenir un inventaire des équipements en radiologie et en imagerie médicale du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur et également ce qui est disponible à la clinique en face de l'hôpital, la valeur de ces équipements-là. Et finalement — je comprends que je vais un peu vite, là, je pose mes questions en rafale, c'est parce qu'on a peu de temps — j'aimerais savoir aussi s'il existe une entente signée ou orale entre le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, l'agence et la clinique Imagerie des Pionniers située en face de l'hôpital. Et, s'il y a une entente, j'aimerais pouvoir obtenir une copie de cette entente-là.

M. Folsy (Jean-François): Alors, M. le Président, on va donc essayer de faire ça le plus rapidement possible.

Comme la question est quand même très précise, là, je vais demander à mon collègue Dr Marcel Fauconnier de répondre. On s'entend aussi sur le fait... Il y a certaines évaluations qui sont très précises, et, si on ne les a pas, on va se faire un devoir, dans les 48 heures, de les envoyer au secrétariat de la commission s'il plaît au président.

M. Fauconnier (Marcel): Oui, c'est ce que j'allais dire, je n'ai pas toutes les réponses, mais j'en ai quand même quelques-unes qui vont éclairer, je crois. Le nombre de radiologistes qui oeuvrent actuellement au CH Pierre-Le Gardeur, ils sont au nombre de huit. Et je ne sais pas combien il y en a à la clinique en face, mais, des huit qui travaillent à Le Gardeur, je sais qu'il n'y en a que trois qui vont en face. C'est une partie de la réponse.

Pour compléter, en termes des volumes d'activité — puisqu'on parle du nombre de spécialistes, je vais parler des volumes d'activité — moi, j'ai des données en volumes d'activité qui proviennent du ministère de la Santé et de la RAMQ qui m'indiquent que, des huit spécialistes radiologistes qui oeuvrent au CHPLG, on produit en équivalents temps plein à peu près sept équivalents temps plein sur place, au CHPLG. Les trois spécialistes qui vont à la clinique en face produisent en RAMQ, là — parce que c'est la RAMQ qui donne ces chiffres-là — l'équivalent de 0,67 équivalent temps complet en face. Parmi les huit, donc les trois qui vont l'autre côté ne produisent que 0,67 équivalent temps complet en services RAMQ. Évidemment, il y a toute la question qui suivra: Quel est le volume d'activité en services privés? Ça, je ne peux pas vous le dire, je n'ai pas les données.

M. St-André: Pourquoi vous ne pouvez pas nous le dire?

M. Fauconnier (Marcel): Je n'ai pas les données là-dessus.

M. St-André: Il n'y en a pas. Très bien. O.K.

M. Fauconnier (Marcel): Mais, si je peux les obtenir... Je vais tenter de vous les obtenir, mais actuellement je n'ai aucune donnée là-dessus.

M. St-André: Alors donc, il n'y a pas d'entente entre la clinique et l'établissement, si vous n'êtes pas au courant?

M. Fauconnier (Marcel): Pour cette sous-question-là, je ne suis au courant d'aucune entente entre les deux établissements. D'accord?

M. St-André: J'aimerais savoir combien sur les huit ne font que lire des radios sur les huit qui pratiquent, là, au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

M. Fauconnier (Marcel): Qu'est-ce que vous entendez par «ne font que lire des radios»? Ils lisent tous des radios, ils performant tous...

M. St-André: Autrement dit, ils ne posent pas de diagnostic une fois que la photo est prise, là, si je peux m'exprimer ainsi, ils ne font que regarder la photo. Est-ce qu'il y en a qui ne font que lire que des radios?

M. Fauconnier (Marcel): Il y a sûrement une partie du travail du radiologiste qui consiste à ne lire que des radios, puisqu'une radiographie, par exemple, du poumon est prise par une technicienne, et puis le radiologiste va lire. Mais est-ce qu'ils se divisent le travail en ce sens qu'il y en a qui ne font que lire puis d'autres qui font des scopies, par exemple, je ne suis pas au courant de ça. Vous parlez toujours de la clinique de Des Pionniers, là? Parce qu'au niveau de l'hôpital je pense que tout le monde fait de tout, là.

M. St-André: O.K. Pour terminer sur cette question-là, parce que je veux passer à un autre sujet — quoiqu'on n'épuisera pas ce sujet-là ici, aujourd'hui, j'en suis bien conscient — j'aimerais savoir si vous pouvez également acheminer, avec les autres informations que je vous ai demandées, la liste d'attente en imagerie médicale du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

J'aimerais aussi vous poser une question — je vais tenter de faire ça vite bien sûr — en ce qui concerne l'ancien Hôpital Le Gardeur, situé à Repentigny, qui est fermé depuis avril 2004. Je vais profiter de l'occasion pour remercier M. Foisy pour m'avoir acheminé la mise à jour du plan fonctionnel et technique qui date de 2003. J'aimerais savoir s'il s'agit toujours d'une priorité régionale, comme nous l'avait dit le ministre d'ailleurs en 2004, pour l'agence. Quel est votre échéancier à partir de maintenant?

M. Foisy (Jean-François): Essentiellement, M. le Président, oui. À votre question, si c'est une priorité de l'agence, certainement.

M. St-André: La première priorité?

M. Foisy (Jean-François): C'est la première priorité. D'ailleurs, dans le plan régional au niveau des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, la réalisation de pouvoir se servir des installations de l'ancien Hôpital Le Gardeur est la première priorité régionale. Alors, on en est, à ce stade-ci, à évaluer, toujours en lien un peu avec la situation de nos urgences qui continue d'être difficile même ce matin, on en est donc à évaluer les derniers scénarios de faisabilité pour voir est-ce qu'on essaiera avec les autorités ministérielles de suggérer une approche qui sera plus longue en termes de construction ou est-ce qu'on pourra, par exemple, aussi privilégier une approche d'utilisation du bâtiment existant qui quand même vaut, aux livres, encore plusieurs millions de dollars et qui pourrait peut-être, si jamais on trouvait une façon dans les prochains semaines, qui pourrait nous permettre de trouver une solution de désengorgement de notre centre hospitalier du sud en ouvrant un certain nombre de lits.

Alors, oui, c'est la priorité régionale, et on espère, d'ici les prochains mois... Et, quand je dis «les prochains mois», là, moi, je n'espère pas la prochaine année. Évidemment, vous comprendrez qu'à ce stade-ci le P.D.G. de l'agence aimerait ça pouvoir influencer beaucoup les orientations budgétaires du gouvernement, mais, vous savez, c'est plus le travail des parlementaires de le faire. Donc, dans ce sens-là, on espère que, dans les prochains mois, d'ici le prochain budget, on aura la capacité d'utiliser au meilleur escient possible les anciennes installations. Pour nous, dans Lanaudière, c'est un actif. C'est difficile de temps en temps parce que ça prend du temps avant de trouver,

mais on s'assure actuellement d'essayer de ne pas trop détériorer ce bâtiment-là pour s'en servir le plus rapidement possible. Vous pouvez être assurés, c'est la première priorité de notre région.

M. St-André: Merci, M. le Président. Deux courtes questions maintenant pour conclure. J'aimerais savoir combien de lits de courte durée, au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur puis à Joliette aussi, sont occupés par des personnes en attente de soins de longue durée. Et j'aimerais savoir, dans la région, combien coûte un lit de soins de longue durée et combien coûte un lit de soins de courte durée.

● (10 h 40) ●

M. Foisy (Jean-François): Alors, au niveau du nombre de lits qui sont occupés à Pierre-Le Gardeur par des personnes en ce qu'on appelle souvent en fin de soins actifs, là, grosso modo, sur un horizon de plusieurs périodes, on a toujours en général à peu près entre 25 et 35 lits sur 283 qui sont occupés par des personnes en fin de soins actifs, d'où le lien important avec l'utilisation de l'ancien hôpital, en comprenant bien que la construction du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, de 283 lits, a été faite avec un plateau ambulatoire d'un hôpital d'une capacité de 353 lits. Donc, d'où l'importance, le plus rapidement possible, de pouvoir utiliser les anciennes installations pour pouvoir aussi faire face à l'engorgement de l'urgence. Mais je vous l'ai dit tantôt, hein, 147 % d'augmentation des gens de 65 ans et plus d'ici — c'est vraiment énorme — les 20 prochaines années. C'est vraiment très... c'est préoccupant pour nous, mais on est là pour ça aussi.

Au niveau de l'urgence du Centre hospitalier régional de Lanaudière — je ne sais pas si, mon collègue Pierre, tu as plus de détails — là, j'ai moins de détails. L'engorgement est là, on le note depuis quelque temps, et en général plus jugulé qu'au niveau du sud parce qu'il y a aussi actuellement une disponibilité plus grande de lits de longue durée dans le nord du territoire. Pierre.

M. Boissonneault (Pierre): Très brièvement, pour la question qui était le nombre de lits occupés par des gens en soins de fin actifs ou en attente de placement, pour ce qui est de la situation du nord, on oscille plutôt, dans les six derniers mois, à une quinzaine de lits seulement, compte tenu qu'effectivement le parc de lits d'hébergement notamment correspond mieux aux besoins actuels de ce secteur-là.

M. Foisy (Jean-François): ...une capacité de 328 lits de courte durée, le Centre hospitalier régional de Lanaudière.

Le Président (M. Copeman): Merci. Mme la députée de Terrebonne.

Mme Caron: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Il vous reste cinq minutes à l'échange.

Mme Caron: Oui. Puis je vais revenir après. Merci, M. le Président. Alors, vous l'avez bien dit, au niveau de la région de Lanaudière, c'est la sixième région la plus peuplée, et on sait très bien qu'au niveau des budgets

ça ne correspond pas vraiment à ce chiffre-là non plus. On a toujours évalué dans la région qu'il y avait un besoin pour combler pour arriver à une équité interrégionale. On peut l'appeler au niveau de l'approche populationnelle. À combien évaluez-vous le besoin financier pour combler l'équité interrégionale?

M. Foisy (Jean-François): Alors, M. le Président, je vais essayer de... En fait, je ne vous répondrai pas comme, moi, je l'évalue parce que ça me fait un peu saliver, mais... Puis il faut comprendre que le modèle d'allocation des ressources entre les régions, c'est un modèle qui répartit les crédits disponibles, et donc, en théorie, à la limite, tout le monde pourrait... Parce que les besoins sont presque illimités en santé. Si vous parlez à mes collègues cliniciens, ils vont vous dire qu'il n'y en aura jamais assez parce qu'il y a toujours un besoin qu'on voudrait satisfaire en quelque part. Donc, ce modèle-là répartit les crédits disponibles.

Les dernières évaluations faisaient état d'un manque à gagner, par rapport à ce qui est disponible, de l'ordre de 4 millions. Évidemment, 4 millions, il y a des plus, il y a des moins, hein? Santé physique, on était un écart positif de plusieurs millions, mais on venait d'ouvrir un centre hospitalier qui triplait son volume. Donc, il y a un effet de non-performance temporaire qui peut durer une année, deux années. Il y a aussi le fait que, quand je vous dis 4 millions... Parce que c'était ça, le chiffre, on attend les prochains chiffres, les prochaines mises à jour. Parce qu'il y a des travaux importants sur les indicateurs qui permettent d'évaluer ces montants-là. Il y a, dans la méthode actuellement, 50 % de nos budgets qui sont en santé physique. L'approche populationnelle en santé physique, elle n'est pas encore sur une base populationnelle. Il y a des travaux importants qui se font pour la mettre sur une base populationnelle. Et, pour nous, il y a tout lieu de croire, pour une région en croissance comme Lanaudière, qu'une approche populationnelle en santé physique devrait être relativement avantageuse, puisqu'elle devrait nous permettre de voir des ressources requises mises dans le modèle en fonction de l'accroissement de la population.

Actuellement, l'approche en santé physique, c'est une approche sur une base de performance. On dit: Il y a des volumes d'activité, on les fait à tel coût, tu es performant, tu n'es pas performant. Alors que l'approche populationnelle, c'est plus de dire: En fonction de vos 420 000 habitants, vous devriez consommer ça et vous avez ça, il y a un écart. Alors, c'est important. Il y a 50 % du modèle qui devrait venir sur une approche populationnelle, on l'espère, le plus rapidement possible, mais en même temps c'est un engagement de l'ensemble des régions, du ministère de pouvoir, je pense, un peu à l'instar de ce qui s'est déjà fait à l'Éducation, de pouvoir avoir un modèle qui va nous permettre, entre nous, d'avoir une approche plus égalitaire. On aura aussi l'important dossier de s'assurer, en région, d'avoir une équité intrarégionale qui va tenir compte des spécificités d'un peu tout le monde.

Mme Caron: Oui. M. le Président, c'est parce que, moi, j'aimerais beaucoup, beaucoup que vous arriviez à pouvoir nous expliquer comment on a pu passer, en 2003, d'un besoin d'équité interrégionale de 87 millions reconnu, hein, le ministre était vraiment venu nous le dire, le 87 millions, là... Et on est passés à 4 millions, puis

l'approche populationnelle est supposée nous avantager. Alors, je ne vous demande pas de me répondre tout de suite, je pense que vous allez avoir besoin de nous fournir beaucoup...

M. Foisy (Jean-François): Je peux vous répondre en partie.

Mme Caron: ...de documents. Et j'aimerais que vous puissiez nous déposer... Parce que, quand on se parle de l'approche populationnelle, on se parle évidemment de personnes qui attendent. Alors, est-ce qu'on pourrait avoir une liste de tous nos services et de toutes nos listes d'attente avec nos délais?

M. Foisy (Jean-François): Bien, écoutez, au niveau des listes, c'est sûr qu'on va se faire un plaisir de fournir au secrétariat de la commission l'ensemble des informations qui sont en notre possession.

Vous parliez d'un manque à gagner, on est passés de 87 millions, là on est à 4 millions. Mais peut-être que ça va être 12 quand ça va être évalué, on ne le sait pas, parce qu'effectivement, pour 50 % à peu près des budgets, l'effet populationnel est là, mais, pour 50 % du budget, je vous l'ai mentionné, l'effet populationnel n'est pas encore là. Pourquoi? Il y a eu deux grosses variations. Là, on parlait de plus de 80 millions à un moment donné, on est tombés à peu près de 40 millions d'un coup. Les premières estimations de travaux dans ces secteurs-là, ça incluait les budgets de la Régie de l'assurance maladie du Québec. C'est un gros montant, c'est peut-être une quarantaine de millions pour la région. Alors, quand tu enlèves une portion peut-être de 40, 50 millions, bien, évidemment, les manques à gagner disparaissent. Donc, c'est sûr que ce volet-là, la RAMQ étant toujours centralisée, bien ce n'est pas dans l'approche, hein? Les ressources... puis quand même un budget important au Québec qui est à la rémunération médicale.

Essentiellement, il faut dire que, dans les dernières années, on l'a dit, on a eu une augmentation de près de 30 % des budgets en santé dans Lanaudière. On a, au niveau du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur notamment, l'ouverture d'une nouvelle installation. C'est un ajout de l'ordre de 30 quelques millions au niveau de Pierre-Le Gardeur. C'est sûr que, je vous l'ai dit, hein, tantôt, ça a un effet pendant une année ou deux, entre autres, de non-performance parce que là, quand même, tu mets en place... tu gardes une ancienne structure, tu ouvres un nouvel hôpital. À un moment donné, tu as même deux équipes pour faire fonctionner les deux, parce que ce n'est pas vrai que, du jour au lendemain, on ferme la lumière à une place puis on ouvre la lumière à l'autre place. Puis, même quand on ouvre la lumière à l'autre place, on se rend toujours compte qu'on a des petites choses à corriger. Alors, même si les gens l'ont fait, je pense, c'est un bel exercice pour les gens du sud de Lanaudière d'avoir fait ça, une belle réalisation, il y a un effet de non-performance. Mais essentiellement, oui, il y a eu des montants importants qui ont été injectés.

Il y a, de façon notoire, des changements dans les indicateurs. La façon dont ça fonctionne, un programme, on dit: La population, par exemple, des jeunes est tant, il y a des indicateurs de besoins qui viennent pondérer. Donc, il y a une moyenne qui est à un, il y a des régions qui

sont peut-être à 115, à 120, d'autres régions à 80. Alors, évidemment, un exemple pour le secteur jeunesse, c'est un programme, il y a quelques années, qui était, entre guillemets, riche dans Lanaudière, mais le raffinement des indicateurs fait en sorte que maintenant il est très pauvre.

Donc, pour vous dire, là, répondre vraiment à votre question, oui, je pourrais vous fournir une feuille — ça va me faire plaisir — qui fait un peu l'historique d'où on en est arrivés, pourquoi, mais beaucoup le raffinement des indicateurs, et 50 % de l'approche populationnelle qui n'y est pas devrait y être, on l'espère, dans les prochains mois.

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

M. Paquin: M. le Président, merci. Messieurs, bienvenue. Bienvenue. Merci de votre présence ici, ce matin, un peu pour faire un tour d'horizon de qu'est-ce qui se passe dans votre région, belle région du Québec. Entre autres, je constate que votre bilan est très, très positif, je tiens à vous en féliciter. C'est sûr qu'il y a toujours des choses à ajuster, et je pense — en tout cas, on va continuer d'en parler — que vous avez l'intention de poser des gestes pour améliorer qu'est-ce qu'il y a à améliorer.

J'aimerais vous emporter sur deux sujets mais principalement sur le CLSC de Saint-Gabriel-de-Brandon. Il y a un médecin malheureusement qui est décédé récemment, je crois, dans ce coin-là, et c'était le principal pour ne pas dire, sauf erreur... médecin qui s'occupait de la clinique sans rendez-vous à Saint-Gabriel, au CLSC de Saint-Gabriel. Est-ce que la situation est remplacée? Est-ce qu'il y a des gestes qui ont été posés dans ce sens-là ou avez-vous l'intention... Parce que ce n'est pas facile, je pense, pour une population, de ne pas avoir de clinique sans rendez-vous, et en plus ça engorge les urgences, je pense, d'ailleurs, hein?

M. Foisy (Jean-François): Oui. Ça va, je réponds à vos questions.

M. Paquin: On vous écoute, oui.

● (10 h 50) ●

M. Foisy (Jean-François): Essentiellement, M. le Président, au niveau de Saint-Gabriel, dans Lanaudière, il y a deux endroits particulièrement où la desserte médicale pourrait être globalement et de façon très avantageuse rehaussée — puis ce serait en fonction des arrivées de nouveaux médecins — la MRC de Montcalm, plus dans le nord aussi, mais la MRC de D'Autray, donc Saint-Gabriel-de-Brandon étant dans la MRC de D'Autray. Évidemment, le décès de ce médecin-là... Ce médecin-là grosso modo traitait plus ou moins 800 clients. Alors, évidemment, c'est toujours tragique comme événement, le décès d'un intervenant qui a un rôle si important, un pivot dans sa communauté, mais le Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière a dû se retourner rapidement, et essentiellement les actions qui ont été prises, c'est en lien avec les quatre autres médecins qui travaillent au CLSC. Ces quatre médecins-là ont accepté de prendre en charge, à raison d'à peu près 160 clients par mois, la clientèle du médecin qui malheureusement est décédé, et ça, évidemment en surplus de leur charge, qui est déjà importante. Alors, pour faire ça, bien la décision qui a

été prise, c'est de temporairement cesser les activités au niveau du service sans rendez-vous pour permettre à ces quatre médecins-là de prendre en charge ces 800 personnes là en commençant principalement, évidemment, par les clientèles les plus vulnérables.

Le centre de santé va essayer de tout mettre en place pour se servir, par exemple, des infirmières. Tout ce qui pourra être fait pour aider par d'autres types de personnel va l'être, mais vous comprendrez que la prise en charge doit être faite par un médecin. Les quatre autres médecins se donnent la main. Je le sais qu'il y a même un membre du conseil d'administration qui a décidé de donner du temps, Dr Sylvestre, puis on la remercie. Alors, on espère qu'il y en aura d'autres et on va tout faire en sorte pour espérer de recruter un autre médecin, sachant très bien, avec mon collègue Dr Fauconnier, qu'on est loin d'être insensibles à la réalité des gens de Saint-Gabriel. Je vous l'ai dit tantôt, si on avait demain une arrivée importante de médecins, on souhaiterait qu'il y ait des gens qui aillent dans Montcalm, qu'il y ait des gens qui aillent dans D'Autray, qui sont nos deux bassins qui ont le plus besoin. On a des forfaits d'installation qui sont disponibles, on va faire...

Une voix: ...

M. Foisy (Jean-François): Hein? Des activités médicales particulières pour permettre aux médecins de venir. On souhaite qu'on puisse, le plus rapidement possible, avoir un nouveau médecin, mais actuellement je pense que la situation a été bien prise en main par le centre de santé qui, constatant malheureusement ce décès-là, a fait, avec les ressources qui sont là, le maximum qu'il pouvait faire. Ce qui est important, il n'est aucunement question pour le Centre de santé du nord de Lanaudière de fermer de façon permanente les services sans rendez-vous. On va toujours prioriser tout ce qui pourrait se faire en première ligne, sauf qu'à défaut d'avoir quelqu'un qui le fait on va... On le tolère évidemment temporairement parce que, là, vraiment, à l'impossible nul n'est tenu. Ces gens-là, ces quatre médecins-là vont reprendre 800 clients et ils sont en train de le faire.

M. Paquin: Parfait, merci. Et je constate en tout cas par vos paroles que vous avez beaucoup d'intérêt pour partout dans votre région et beaucoup Saint-Gabriel-de-Brandon, mais est-ce que c'est fondé que, les bureaux d'Info-Santé, vous avez l'intention de les déménager, de les ôter du CLSC de Saint-Gabriel-de-Brandon?

M. Foisy (Jean-François): Bien, écoutez, au niveau... La question, pour moi, n'est pas que ce soit fondé ou pas, oui, il y a actuellement... C'est le centre de santé et de services sociaux qui est responsable au nord mais qui est responsable de la centrale Info-Santé Info-Social pour l'ensemble de la région, hein? La région de Lanaudière a déjà procédé à une première centralisation, il n'y a qu'à Saint-Gabriel que les services étaient donnés. On l'a mentionné dans ma présentation initiale, il y a eu une croissance importante, dans les dernières années, des services d'Info-Santé, mais il y a, dans votre document plus détaillé, il y a de mentionné aussi, quand vous voyez les statistiques... Au début, il n'y avait presque pas de perte d'appels. Maintenant, on perd peut-être jusqu'à des fois 30 % des appels à Info-Santé. La raison qui est derrière

ça, c'est essentiellement un manque, une difficulté de recrutement de ressources spécialisées, de ressources infirmières pour pouvoir répondre, hein? Quand vous appelez Info-Santé, il faut qu'il y ait une infirmière qui vous réponde. S'il n'y en a pas assez, on a des pertes d'appels.

On est en train de se préparer, comme l'ensemble des régions du Québec, à l'instauration du service 8-1-1 qui va permettre à une région... Quand les services débordent de Lanaudière, peut-être on sera répondu par quelqu'un d'une autre... pas peut-être, par quelqu'un d'une autre région, et vice versa. Par contre, pour entrer dans ce service-là, bien il faut s'assurer d'arriver avec les services les mieux organisés possible parce que le but n'étant pas que la région voisine supplée aux services d'Info-Santé déficients de Lanaudière. Or, un programme important de recrutement au niveau de Saint-Gabriel a fait en sorte que le Centre de santé et de services sociaux du nord de Lanaudière a pris la décision de déménager les services d'Info-Santé dans des installations de la MRC de Montcalm, à Saint-Esprit, des installations, je dois le dire, quand même de bonne qualité qui étaient disponibles suite à la fusion des différents établissements du CSSS. Alors, essentiellement, c'est vraiment dans un but de permettre un recrutement le plus adéquat possible, le plus facilité possible.

Je sais aussi que les dirigeants du centre de santé, dans la dernière semaine, ont eu des rencontres avec les élus. Je pense que ces choses-là, ça doit se faire en collaboration avec les élus aussi, de faire en sorte que ce soit le plus transparent possible. On m'a assuré que l'ensemble des intervenants semblaient actuellement assez satisfaits de la façon dont le dossier cheminait.

Mais, oui, il y a eu une décision de procéder à un déménagement, mais vraiment, je vous le dis, c'est vraiment pour des questions d'efficacité et aussi par la suite, pour le centre de santé, d'examiner qu'est-ce qui pourra être fait pour ne pas pénaliser indûment non plus les gens de Saint-Gabriel, qui sont déjà éprouvés par malheureusement une autre situation suite à un décès.

M. Paquin: M. le Président, oui. Si je vous saisis bien, là, la fin de votre intervention, vous examinez pour voir s'il n'y a pas moyen de faire des choses pour compenser les gens de Saint-Gabriel-de-Brandon et de la région?

M. Folsy (Jean-François): En fait, voyez-vous, c'est toujours un peu difficile, hein, quand on a un centre de santé comme ça qui dessert 96 % du territoire. Nous, on dit: Sa première responsabilité, c'est une responsabilité populationnelle, donner le meilleur service possible à un maximum de personnes. Actuellement, il nous apparaît très clair que, pour donner, en Info-Santé, un maximum de services, on avait des installations de grande qualité, un environnement technologique facilitant à Saint-Esprit. La décision semble toujours intéressante d'un point de vue de santé au global.

C'est sûr que, comme agence, on n'a pas le mandat de regarder à faire en sorte que, parce que le centre de santé prend son mandat dans le fond d'organiser ses services, leur dire: Bien, fais-le pas de la façon qui est probablement la plus efficiente, fais-le comme ça. Mais les gens ont comme responsabilité de ne pas mettre Saint-Gabriel

dans le trouble non plus. On parle quand même aussi... On ne parle pas de... Ce n'est pas des gros services en termes d'effectifs. Ce que je vous disais aussi, c'est que ce qu'on regarde, c'est qu'on va s'assurer avec nos collègues de voir, notamment quand on parle des services sans rendez-vous qui ont été fermés en plus... malheureusement, deux événements qui ne sont pas liés mais qui arrivent concurremment, on va s'assurer d'essayer de privilégier les gens de Saint-Gabriel si on a la capacité de restaurer les services médicaux. Ça, c'est clair.

M. Paquin: Il reste du temps, M. le Président?

Le Président (M. Copeman): Il reste trois minutes, à peu près, là.

M. Paquin: O.K. Rapidement. Merci pour vos réponses. Un autre sujet, s'il vous plaît: les services des personnes en perte d'autonomie. Puis on sait que le vieillissement de la population est énorme, et vous êtes touchés comme un peu partout au Québec. Je ne connais pas le pourcentage chez vous, mais j'ai l'impression qu'il est beaucoup. Vous avez posé des gestes dans ce sens-là? Vous avez des projets pour améliorer le sort de nos aînés et des personnes... vieillissement au Québec, qui sont... pour les personnes âgées, autrement dit, au Québec? Vous avez des projets dans ce sens-là?

● (11 heures) ●

M. Folsy (Jean-François): Essentiellement, ce que je mentionnais un peu plus tôt aussi, on a donné les détails pour nos deux centres de santé, mais globalement on parlait, pour la région de Lanaudière, on passera, d'ici 20 ans, de 50 000 à 119 000 personnes âgées de 65 ans et plus. C'est 119 % d'augmentation, c'est pas mal plus que l'ensemble du Québec. On aura donc nos deux territoires, hein, au sud à 19 % de la population, au nord à 17 %, des territoires... Le nord est déjà très vieillissant au niveau de la population. Le sud, on l'a dit, ça va augmenter de 147 % au sud, 97 % au nord. Je pense qu'il n'y a personne qui va être épargné.

Au niveau des projets, bien le plan régional, là, sur les cinq prochaines années, qu'on a déposé aux instances ministérielles, c'est justement pour essayer de voir, d'ici ces années-là, comment on pourrait faire face, dans Lanaudière, à cet accroissement majeur au niveau des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Vous savez, les liens, ça se fait rapidement dans une petite région. Quand on manque de places d'hébergement dans le sud, comme on l'a mentionné tantôt, l'engorgement est immédiat au niveau du centre hospitalier. Alors, évidemment, on a prévu, on espère, d'ici les prochaines années... on anticipe un manque de lits — on anticipe le combler évidemment — de l'ordre de près de 150 lits dans le sud du territoire, et je pense que c'est 60 quelques lits dans le nord du territoire, mais je pense qu'à quelques lits je ne me trompe pas. Un accroissement aussi de ressources intermédiaires, des ressources un peu plus légères mais combien importantes pour éviter que les gens ne se retrouvent pas passer directement de chez eux à une ressource de CHSLD qui ne serait pas la bonne pour eux, donc beaucoup de ressources intermédiaires qui seraient manquantes, hein, on parle de probablement une centaine... un petit peu moins dans le sud, mais peut-être 200 dans le nord du territoire.

Alors, c'est sûr que, pour les prochaines années, ce qu'on espère, c'est de pouvoir, un, accélérer la création de nouveaux lits en hébergement, de ressources aussi plus légères, continuer en fonction... et toujours évidemment des budgets qui vont nous être impartis, de continuer à développer les services de maintien à domicile, les services d'accompagnement avec plusieurs groupes communautaires, et ça, ça va être un effort de tous les instants. La réussite, la capacité de nos centres de santé et de services sociaux, dans Lanaudière, de prendre en charge cet important bloc de population vieillissante et de croissance de population, elle va passer essentiellement, oui, par la création de nouvelles places.

Quand on parlait tantôt de l'utilisation de l'ancien Hôpital Le Gardeur, bien le projet de l'ancien Hôpital Le Gardeur, c'est de doter la région du sud de 128 nouvelles places au niveau de l'hébergement de soins de longue durée et aussi de 26 places de réadaptation fonctionnelle intensive, de services externes au niveau de la réadaptation physique qui devraient faire en sorte évidemment de pouvoir voir venir, avec un peu plus de sérénité, les prochaines années.

Mais c'est certain que notre réseau est très conscient et, nous, on est très conscients de cet impact populationnel qui n'est pas la réalité de toutes les régions au Québec. Il y a des régions qui vivent avec beaucoup de difficultés aussi, pour d'autres raisons, des décroissances de population. Et ce n'est pas simple non plus, parce que les services qu'ils donnent actuellement avec des budgets, ils les donnent, mais, nous, ce qu'on va vivre, c'est vraiment un accroissement et le besoin de consolider nos services — vous parlez des personnes âgées — bien ça va être aussi important et requis au niveau de la santé physique de courte durée.

M. Paquin: Merci.

Le Président (M. Copeman): On poursuit avec Mme la députée de Terrebonne, je crois.

Mme Caron: Merci, M. le Président. Alors, j'aimerais aborder avec vous la question des postes permanents que vous avez au niveau des hôpitaux, au niveau de nos infirmières. L'Ordre des infirmières nous dit qu'il y a un surplus d'infirmières diplômées, cette année, qui ne seront pas embauchées. Alors, chez nous, combien de postes permanents, combien d'infirmières dans nos établissements publics qui sont engagées par des agences? À combien évaluez-vous ce coût et combien aussi en temps supplémentaire?

M. Foisly (Jean-François): Avez-vous, chère madame, des informations... Mais, écoutez, essentiellement...

Mme Caron: Non, non, combien? Les chiffres précis, là.

M. Foisly (Jean-François): Non, mais, pour le détail, j'ai Mme la directrice des ressources humaines qui regarde au niveau des agences. Vous dites qu'il y a des infirmières qui ne seront pas embauchées parce qu'elles seront en surplus, ce sera avec grand plaisir qu'on les accueillera dans la région de Lanaudière. Parce qu'on a

recours de façon importante — j'espère que je vais avoir le chiffre pendant que je vous parle — aux services d'agences, notamment dans le sud du territoire, maintenant dans le nord du territoire. Mais, soyez assurée, ce recours-là aux agences n'est pas fait pour le plaisir de recourir à des agences, avec toutes les difficultés... même si on a des bons services de continuité, de planification, mais vraiment par une difficulté d'embauche de personnel. On essaie, avec nos centres de santé, de maximiser la création de postes à temps plein, mais c'est sûr qu'on ne leur demande pas de faire des déficits pour en créer. Par contre...

Mme Caron: Vous en avez d'ouverts, des postes permanents...

M. Foisly (Jean-François): Ah oui! On en a...

Mme Caron: ...parce que vous les embauchez, il faut qu'elles soient là.

M. Foisly (Jean-François): Ah oui! Il y en a... dans nos deux centres de santé, je vous le dis, demain matin...

Mme Caron: Combien?

M. Foisly (Jean-François): ...j'essaie, hein, moi, si je vais à la clinique avec ma petite-fille puis que je suis dans une autre région, je demande toujours à l'infirmière si Lanaudière ne l'intéresserait pas, les gens aimeraient pas ça, mais je le fais tout le temps. Et il y a des postes qui sont libres pour lesquels on fait appel à des agences. Mais, en n'importe quel temps, s'il y a des infirmières qui ont le désir de venir travailler dans Lanaudière, c'est une région extraordinaire puis on va les accueillir.

On me donne un beau tableau avec à peu près 72 chiffres...

Mme Caron: ...vous pouvez le déposer.

M. Foisly (Jean-François): Écoutez, si, à la commission... on va vous déposer les chiffres précis. Mais, je vous le dis, oui, il y en a, des postes, il y en a beaucoup, de postes disponibles, mais ils sont disponibles parce qu'on ne peut pas les combler.

Mme Caron: Vous en avez combien de disponibles?

Une voix: Des postes permanents.

Mme Caron: Des postes permanents?

M. Foisly (Jean-François): Une cinquantaine? Une quarantaine?

Une voix: Moi, je peux vous donner en termes de...

Le Président (M. Copeman): Malheureusement, soit il faut que cette personne se déplace ou que vous le répétiez, M. Foisly, parce que sinon on ne capte pas, on ne capte pas la réponse avec nos services d'enregistrement.

M. Foisly (Jean-François): Actuellement, nous, les chiffres qu'on a, c'est le nombre d'équivalents temps

complet. On peut vous dire, mettons: Il y a 1 400 infirmières dans nos deux centres de santé. Mais, les postes vacants, on va devoir demander aux directions de ressources humaines de nous dire qu'est-ce qu'ils ont comme vacants parce que la vacance de postes, ça bouge au quotidien. Donc, on va vous le faire parvenir, on va demander aux deux directions de ressources humaines de nos CSS de nous fournir l'information, et vous l'aurez effectivement, là, en date d'aujourd'hui, avant 48 heures, là. Mais, oui, il y en a, il y en a plusieurs, mais c'est vraiment parce que... des difficultés importantes de recruter, même dans le sud, là.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de Berthier.

M. Bourdeau: Merci, M. le Président. Je remercie mon collègue de s'intéresser grandement au coin de Saint-Gabriel, parce que vous savez que les deux annonces ont été assez tragiques pour chez nous. Pour ce qui est de la clinique sans rendez-vous, je pense qu'il y aura des annonces, dans les prochaines semaines, qui seront faites.

Mais, pour ce qui est d'Info-Santé, juste peut-être spécifier qu'au niveau de la satisfaction des élus — parce que j'y étais, lors de cette rencontre-là — on n'était pas satisfaits de choses, on pensait qu'on devrait... mais on a convenu avec le CSSS, pour la suite des choses, qu'on devrait être consultés avant l'annonce et non après.

Mais, pour ce qui est d'Info-Social, il y a une demande qui est faite actuellement. Est-ce que vous appuyez cette demande-là qu'Info-Social reste à Saint-Gabriel pour dispenser le service?

M. Foisy (Jean-François): Alors, M. le Président, et en toute honnêteté, oui, j'ai été mis au courant, ces derniers jours, d'une requête d'examiner la possibilité de scinder le transfert d'Info-Social et d'Info-Santé. Mais aussi, en toute transparence pour les membres de la commission, moi, j'ai demandé aux gens des programmes mais aux gens du CSSS, le directeur responsable au CSSS, M. Alain Corriveau, d'examiner la situation en fonction aussi de critères d'efficience.

Je vous dirais a priori: Pour moi, la question n'est pas d'appuyer ou de ne pas appuyer un transfert ou non ou scinder un service, mais on va s'assurer, dans les prochaines semaines, de voir est-ce qu'un service comme ça peut, avec des chances d'efficience, être scindé en deux. De temps en temps, pour plusieurs services, ce n'est pas souvent le cas... ce n'est pas toujours le cas, mais ça demande aux gens de programmes de procéder à une analyse plus détaillée. Ça ne se scinde pas si facilement que ça a priori. Je ne vous dis pas que ça ne se fera pas, mais en même temps, moi, je veux avoir l'avis des cliniciens pour que les gens puissent me dire, si ça se fait, ça se fait de façon avantageuse, puis, si ça se fait mais au détriment des services, ça, c'est un autre problème.

M. Bourdeau: Je vais laisser, M. le Président, mon collègue parce qu'il doit faire une intervention en Chambre tout à l'heure.

Le Président (M. Copeman): Alors, M. le député de Rousseau.

M. Legault: Oui. Merci, messieurs de l'agence de Lanaudière, d'être ici ce matin. Moi aussi, j'ai plusieurs questions, donc je vais y aller rapidement. D'abord, je voudrais vous parler du Centre jeunesse de Lanaudière. Bon. Cette année, vous avez demandé au Centre jeunesse Lanaudière de faire des compressions. Vous leur avez demandé de passer d'un budget de dépenses de 51,1 millions à un budget de dépenses de 49,8 millions, ce qui veut dire que, si on ajoute l'inflation, là, on parle d'une compression d'à peu près 2,5 millions qui a été demandée au centre jeunesse.

Le centre jeunesse a demandé, il y a quelques mois, à la firme Raymond Chabot Grant Thornton d'évaluer la situation financière. Et, à la page 63, la firme Raymond Chabot arrive à la conclusion que, pour atteindre l'équité avec le financement des autres centres jeunesse au Québec, il faudrait augmenter le budget du Centre jeunesse de Lanaudière de 2,8 millions de dollars. C'est à la page 63.

Bien, ma question est simple: Pourquoi avoir demandé, cette année, de comprimer 2,5 millions? Ça a amené des ratios d'intervenants où on a beaucoup moins d'intervenants que dans les autres centres jeunesse au Québec. On parle de un intervenant par 27 au lieu de un intervenant par 23, la moyenne du Québec. Ça a amené des coupures dans les services externes qui sont donnés. Par exemple, je pense, chez nous, là, Maison de la famille, à Saint-Lin, on a coupé un programme qui était très apprécié des familles. Donc, comment pouvez-vous demander au centre jeunesse de comprimer — là je ne parle même pas, là, de rejoindre l'équité — plus de 2 millions de dollars, alors que Raymond Chabot nous dit que, pour rejoindre l'équité avec les autres centres jeunesse, il aurait fallu augmenter le budget de 2,8 millions de dollars?

● (11 h 10) ●

M. Foisy (Jean-François): Alors, essentiellement, M. le Président, il faut remettre un petit peu dans la perspective des actions qui ont été entreprises avec le Centre jeunesse de Lanaudière. Le Centre jeunesse de Lanaudière a fait l'objet d'un accompagnement externe. Beaucoup de travaux avec l'externe, avec l'agence ces dernières années. Un accompagnement qui, selon nous, était requis et nécessaire, qui s'est soldé par la mise en place — on l'a dit un peu plus tôt — d'un plan d'orientation clinique pour essayer, à même les ressources actuelles, aussi d'améliorer ce qui pouvait l'être.

Au niveau de l'approche de la firme Raymond Chabot Grant Thornton, c'est en étroite, très étroite collaboration que les analyses ont été demandées à la firme Raymond Chabot Grant Thornton dans un but d'accompagnement de notre centre jeunesse pour essayer, avec leur plan d'orientation clinique, oui, de se comparer à ce qu'il se fait ailleurs au Québec — ça, c'est une chose — mais aussi de se comparer avec ce qu'il se fait ailleurs au Québec mais avec des centres jeunesse de même taille. Parce que, Raymond Chabot, il y a deux analyses de faites, une avec l'ensemble des centres jeunesse... Vous comprendrez que, moi, comme P.D.G. d'agence, je ne compare pas le Centre jeunesse de Lanaudière avec le Centre jeunesse de Montréal, au même titre qu'on ne comparera pas Pierre-Le Gardeur avec le CHUM.

Par contre, ça nous a permis, un, avec le centre jeunesse, de s'assurer que, oui, il y a un virage financier extrêmement important qui s'est fait au niveau des centres jeunesse. Il est fait. Quand on a le résultat de la firme

Raymond Chabot Grant Thornton, on a un résultat qui est après la mise en application du plan de compressions. Donc, oui, les mesures... Parce que les mesures ont été prises l'an passé, mais leur effet va se faire sentir cette année. Donc, les analyses de Raymond Chabot tiennent compte du plan de compressions. Oui, ça ramène notre centre jeunesse parmi les plus performants du Québec.

À partir du moment où, dans une approche populationnelle, on dit: Il manque globalement 4 millions, puis il en manque quatre juste dans le programme Jeunesse, en passant, il en manque quatre juste dans le programme Jeunesse, bien c'est sûr qu'on espère que, dans les prochains exercices, on pourra... Mon collègue le mentionnait, le problème: c'est le deuxième programme le plus pauvre après la déficience physique. Donc, c'est sûr qu'on va réinvestir. Mais on a demandé au centre jeunesse de se remettre à l'équilibre budgétaire, mais il y a encore un virage clinique qui est en train de se faire. Mais il y a encore beaucoup de travail, ce n'est pas toujours... Vous parliez tantôt des ratios, un pour 27. Il y a certains problèmes, comme par exemple l'assurance salaire qui est un problème important au centre jeunesse, qui font en sorte qu'à force aussi de remplacer malheureusement des gens qui sont malades ça a un effet sur le — excusez-moi l'anglicisme — «caseload» des intervenants.

Mais, pour répondre à votre question plus précisément, l'effet du 2,7 ou du un point quelque, dépendant comment on regarde l'analyse, c'est après la mise en place des compressions. Donc, oui, on a demandé à nos établissements de se remettre dans les plus performants du Québec, hein? Sur peut-être 25 centres d'activité, il y en a 14 de très performants, il y en a 12 qui le sont moins, mais en même temps, moi, je comprends que, pour un établissement, on devrait regarder le chiffre du bas, parce qu'il y a des décisions d'organisation qui font en sorte qu'on doit tolérer certaines choses.

Pour nous, l'accompagnement était requis, M. le Président, on l'a actualisé. On a d'excellentes relations maintenant avec cet établissement-là. On espère pouvoir aussi faire des investissements dans les prochaines années, qui vont nous permettre, oui, de faire beaucoup de liens mais beaucoup de liens aussi avec les CSSS en première ligne pour avoir une meilleure desserte de services en première ligne pour aider aussi les centres jeunesse.

M. Legault: Oui. M. le Président, en tout cas, ça ne me satisfait pas comme réponse, mais j'ai d'autres questions à poser.

Je voudrais vous parler maintenant des services pour les enfants au Centre de réadaptation Le Bouclier. Bon. Vous savez qu'entre autres les enfants à l'âge de trois ans qui ont des besoins, des difficultés entre autres d'apprentissage, si on ne s'en occupe pas avant qu'ils arrivent à la maternelle, ça devient comme impossible de le faire par la suite. Or, actuellement, au Centre de réadaptation Le Bouclier, en moyenne, selon les informations que j'ai, dans la liste d'attente, il y a une moyenne d'attente de 580 jours. O.K.? Il y a des centaines d'enfants qui attendent pour des services. Quels sont les moyens que vous comptez entreprendre pour qu'on retrouve des délais d'attente plus raisonnables pour les enfants qui ont besoin absolument de services? Puis, je le répète, là, si on ne donne pas les services dès l'âge de trois ans ou quatre ans, rendus à la maternelle, il est presque trop tard.

M. Fois (Jean-François): Essentiellement, on l'a mentionné un petit peu plus tôt, toujours en lien avec les sommes qui nous sont rendues disponibles en début d'exercice, le programme en déficience physique, c'est le plus pauvre en proportion, là, le plus pauvre en proportion de la région. Alors, on est tout à fait conscients du manque à gagner. C'est un des programmes plus pauvres. Notre région fait partie des régions relativement pauvres au niveau de la réadaptation.

En déficience auditive, on a procédé à des investissements. Et, peut-être, en complément d'information, pour vous donner plus de précisions, je demanderais à mon collègue M. Boissonneault un petit peu de vous brosser... C'est plus un portrait qu'on peut vous brosser, parce que l'augmentation de services, ça vient, un, avec des budgets, mais, au niveau des déficiences auditives, ça... une grande difficulté aussi de pouvoir recruter des ressources. Quand on parle d'orthophonistes, là, il y a des postes qui sont ouverts depuis je ne sais pas combien de temps au Bouclier, on ne trouve pas preneur autant dans les Laurentides que dans Lanaudière. Donc, c'est sûr que ça ne règle malheureusement pas le problème de ces enfants-là, mais, des ressources, il n'y en a pas. C'est vraiment... Tu sais, on parle souvent de pénurie de personnel professionnel. On parle de médecins, on parle d'infirmières. Mais, en réadaptation, là, ergothérapie, même physio, ergo, orthophonistes, c'est vraiment un manque très important. Peut-être M. Boissonneault.

M. Boissonneault (Pierre): Très rapidement, en complément. Au-delà des problèmes effectivement de recrutement ou de budget à venir, effectivement les listes d'attente dont vous parlez sont... l'ampleur, c'est tout à fait cela, malheureusement. Deux choses à dire là-dessus par contre: si on recule voilà trois ans, c'était pire dans la mesure où nous n'avions même pas dans la région les services d'évaluation pour ces enfants-là, O.K., donc les services d'évaluation spécialisés qui font en sorte que, tant qu'on n'a pas un diagnostic, on ne sait pas comment agir auprès de l'enfant. On parle de difficultés différentes. Donc, dans la région, et ça, il y a trois ans, si ma mémoire est bonne, on a mis ce qu'on appelle la CREDEL, qui sont les cliniques de diagnostic de l'enfant, donc au moins pour savoir comment orienter les services. C'est une chose. Ça, c'est un acquis régional. Au fil du temps, les listes d'attente se sont allongées légèrement, mais, quand on était à Montréal, on parlait de liste d'attente de deux ans. Maintenant, dans le pire des cas, on est à 10 mois, et ce n'est généralement pas le cas. Ce n'est pas idéal, mais au moins ça, ça a été fait.

Deuxièmement, pour ce qui est des services au Bouclier, avant les services spécialisés, donc des rendez-vous réguliers avec le spécialiste, ils ont mis quand même sur pied des groupes pour les parents en attendant, si vous voulez, ce qui est un pis-aller qui est... Effectivement, ce n'est pas une pratique à répandre, mais, à tout le moins, pour les parents, ils ne sont pas laissés complètement seuls pendant ce temps-là, mais c'est un problème aigu qu'on connaît.

M. Legault: O.K. Oui.

Le Président (M. Copeman): Il reste 30 secondes, M. le député.

M. Legault: Oui. Bien, j'aimerais ça qu'on dépose les listes d'attente au Bouclier.

Peut-être une dernière question rapide. Vous parliez tantôt du CLSC de Saint-Esprit. On me dit qu'actuellement il y a 70 personnes en perte d'autonomie qui attendent pour des services, puis, au CLSC, on me dit qu'il faudrait augmenter le budget de 300 000 \$ pour être capables de donner ces services-là. Est-ce que vous reconnaissez qu'il y a 70 personnes qui attendent pour des services, des personnes en perte d'autonomie, au CLSC Saint-Esprit?

M. Folsy (Jean-François): Bien, écoutez, un, on n'a pas comme ça, au jour le... Oui, il y a des gens qui attendent, dans l'ensemble de Lanaudière, au niveau des services de maintien à domicile. On l'a dit tantôt, ça fait partie, ça fait partie des services qu'on consolide année après année. On l'a mentionné un peu plus tôt, c'est 44 % d'augmentation des services en maintien à domicile. Mais, vous avez raison, il y a encore un rattrapage important qui doit être fait au niveau des services de maintien à domicile. Il y en a dans Montcalm, mais il y en a dans l'ensemble du territoire. Il y a eu une croissance importante de la population dans le sud aussi qui fait en sorte que c'est vrai là, c'est vrai aussi ailleurs, mais ça fait partie toujours de nos objectifs de consolider. Mais ça, on le fait année après année, mais la croissance de la population nous rattrape toujours un peu. C'est ça, la difficulté d'être en croissance. Nos CSSS sont les plus créatifs possible, mais, vous avez raison, on continue à avoir de la difficulté, mais on fait vraiment le maximum pour essayer d'aider nos collègues des CSSS.

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

M. Reid: Merci, M. le Président. Avant de passer à une question sur les services de pédopsychiatrie, une petite question rapide sur le fait... Vous parliez, tout à l'heure, d'Info-Santé, et le ministre de la Santé et le ministre des Services gouvernementaux ont annoncé, il y a peu de temps, une initiative nouvelle qui permettrait de donner des services, pour un certain nombre de questions, en ligne, par ordinateur. Vous avez une population qui est en croissance, mais une bonne partie de cette croissance-là est composée de personnes qui sont relativement à l'aise, qui sont souvent avec un niveau d'instruction qui leur permet de surfer facilement sur Internet et qui ont souvent des revenus pour se payer ça. Est-ce que vous pensez que ça peut être utile et est-ce que vous avez l'intention de promouvoir un petit peu ces services en ligne? Et c'est une courte question, je vous demanderais une courte réponse, et c'est par curiosité que je la pose.

● (11 h 20) ●

M. Folsy (Jean-François): Bon. Bien, évidemment, oui, la réponse à votre question, c'est oui. Oui, c'est intéressant. Oui, la région, oui, l'agence va cautionner ça, va favoriser, va publiciser ça, en fonction aussi de la disponibilité des infrastructures technologiques dans l'ensemble de nos petits villages. Parce que c'est beau, vouloir avoir accès, mais il y a des coins de la Matawinie — votre collègue pourrait nous en parler — qui demeurent encore à avoir certaines améliorations de branchement. Mais, oui, c'est intéressant. Et tout ce qu'on pourra donner comme services en ligne accessibles facilement, on va le prôner.

M. Reid: Bien, merci, ça répond à ma question. Revenons-en à la page 19 de votre mémoire, et je lis, là, que vous avez créé deux équipes multidisciplinaires en santé mentale jeunesse pour favoriser la prise en charge des jeunes par la première ligne. Et alors les services de psychopédagogie... de psychiatrie, pardon, interviennent, à ce moment-là, en soutien. Je lis également, et je vous en félicite, que vous avez réussi, en faisant ça, à réduire la file d'attente de 334 à 132 jeunes et que vous avez en même temps... Parce que, quand on réduit les files d'attente, en général on augmente la fréquentation de ceux qui ne voulaient pas attendre ou enfin qui ne voulaient pas se déclarer. Et vous avez réussi, donc, à faire des évaluations pour 332 jeunes en 2005-2006 par comparaison avec 176 en 2004-2005.

C'est un des avantages qu'on a d'être ici et de vous recevoir, c'est de pouvoir poser des questions. Tout à l'heure, vous n'aviez plus le temps de donner des explications, et je voudrais peut-être en avoir un petit peu. Je vais vous poser cinq questions qui regroupent un peu mes questionnements, et vous pourrez y répondre.

Premièrement, quand on parle d'équipes multidisciplinaires, quelle est la composition de ces équipes? Deuxièmement, quand on dit qu'on favorise la prise en charge par la première ligne, dans les faits, concrètement, qu'est-ce que ça veut dire, comment ça se passe? Les services de psychopsychiatrie... de pédopsychiatrie, pardon, interviennent en soutien. Alors, nous montrer un peu l'articulation, là, dans les faits, comment ça se produit, comment vous avez réussi à effectivement avoir un pareil succès en si peu de temps. Où sont situées les deux équipes en question? Si vous en avez deux, j'imagine, c'est parce qu'elles sont à deux endroits différents, ça sert des populations différentes. Et, s'il nous reste du temps, peut-être parler un peu du profil des jeunes qui sont visés par ces soins-là effectivement, dans le cas de votre région.

M. Folsy (Jean-François): Alors, M. le Président, si vous permettez, je vais en amorce... mais je vais demander à mes deux collègues, M. Boissonneault et M. Fauconnier, peut-être de vous donner un maximum d'informations.

Peut-être, c'est important de mentionner... j'ai mentionné tantôt la créativité des équipes sur le terrain, des équipes médicales, des équipes cliniques, des directions d'établissement. Ça fait beau comme ça dans le discours, mais il y a des exemples qui nous permettent de dire que ce n'est pas que faire beau dans un discours, dans une discussion. Il y a un exemple, là, en pédopsychiatrie avec un manque cruel de pédopsychiatres, ce n'est pas juste dans Lanaudière, c'est partout, mais un manque important. On en a à peu près... on en a quoi? deux? un, deux? Il n'y en a pas, quasiment, de pédopsychiatre. Donc, on avait le besoin... Il y avait des services qui se donnaient dans les deux endroits, les gens faisaient au mieux.

Bien, on a un exemple où les établissements... il y a un mandat régional qui a été donné au Centre hospitalier régional de Lanaudière de transformer la pratique au niveau de la pédopsychiatrie et de faire en sorte de maximiser un peu ce qu'on a en région, maximiser l'ensemble des professionnels dans les dossiers pour donner justement un meilleur service, plus rapide, mais aussi de faire en sorte que le recours à un pédopsychiatre se fasse le plus tard possible et, dans notre processus, mes collègues vous le diront certainement, de faire en sorte, dans les prochaines

années aussi, de favoriser la prise en charge des gens en omnipratique sur le terrain pour faciliter ces services-là. Alors, peut-être au niveau de M. Boissonneault, donner peut-être un peu plus d'information sur le cheminement, le type d'équipe.

M. Boissonneault (Pierre): Oui. Bien, si on va à l'essentiel dans ce cas-là, écoutez, nécessité fait loi. Effectivement, nous avons, dans Lanaudière, 4,2 pédopsychiatres. Et, il y a maintenant un peu plus de deux ans, il y a deux qui ont quitté à brève échéance, si vous voulez, c'est-à-dire avec un court avis. Donc, dans une de vos questions, vous dites: Comment avez-vous réussi à faire en sorte que les pédopsychiatres accordent un soutien assez rapidement? On sait que ce n'est pas culturel nécessairement dans cette spécialité-là. Bien, écoutez, les 2,4 qui restent, s'ils ne veulent pas être complètement submergés... Dans le fond, si on ne se réorganisait pas, ceux qui restaient et tous les autres intervenants en santé mentale étaient conscients qu'on était à risque de perdre cette spécialité-là dans la région, ce qui aurait été catastrophique, surtout pour la clientèle qui réside loin des autres régions où ils auraient pu obtenir des services alternatifs. Bon.

Ceci étant dit, quelle est la nature et la composition des équipes première ligne? Le noyau, il peut y avoir des variables, mais le noyau tourne alentour d'infirmières, de psychologues et d'omnipraticiens. En première ligne, comment ça se passe concrètement? Là, si vous le détail de la mécanique, on pourrait le donner en complément. Mais, au moment où on a pensé le projet, parce que j'y étais — les dernières lignes, il faudra voir — mais on parlait de guichet unique, c'est-à-dire que la première demande de consultation... Et là, bien sûr, il a fallu — et ça, le Dr Fauconnier pourra compléter — renseigner les médecins de première ligne de ne pas adresser, en autant que faire se peut, la clientèle jeunes directement aux pédopsychiatres, mais de passer aux équipes de première ligne, hein, pour faire un tamisage évidemment, sauf les cas évidents, là, d'atteinte grave, on se comprend. Donc, c'est l'équipe de première ligne qui prend en charge ou réfère aux pédopsychiatres, très rarement l'inverse, dans la mesure où notre mécanisme de tamisage fonctionne.

Vous demandiez où aussi, compte tenu de notre région: évidemment on parle de nord-sud, donc dans chacun des CSSS. Et ce qui est intéressant aussi... Et ça, je pense que c'est digne de mention, parce qu'il y a eu un transfert de personnel auparavant qui était en deuxième ligne vers les équipes de première ligne de façon à assurer un transfert d'expertise aussi, parce que ça, c'était important si on voulait que la fonction de tamisage fonctionne bien. Il y a aussi eu un peu d'investissements de la part de l'agence mais très peu. Il faut dire que, quand les équipes se réorganisent sous le principe de la hiérarchisation et qu'ils y croient tous, là, que ce n'est pas forcé, généralement ça suscite moins de demandes budgétaires que dans d'autres contextes.

Sur la partie médicale, autant psychiatres répondants que soutien des omnis, je laisserais peut-être le Dr Fauconnier, en complément.

M. Fauconnier (Marcel): Oui, d'accord. En fait, on a déjà touché pas mal aux réponses que j'avais à vous donner, je vais essayer d'abrégé. Alors, je dirais

tout simplement qu'il y a eu un changement de culture qui s'est opéré à ce moment-là au niveau de la pratique médicale. Des médecins de première ligne réfèrent directement à leurs confrères spécialistes que sont les pédopsychiatres, et il a fallu changer cette façon de faire et référer plutôt au guichet unique dont on a parlé tantôt. Ce qui fait que ça a augmenté évidemment la prise en charge en première ligne, puisque cette équipe multidisciplinaire est considérée en première ligne. Alors, ça répond à une des questions qui étaient posées aussi.

Maintenant, la pédopsychiatrie, comment elle vient en soutien? Elle vient en soutien directement à l'équipe multidisciplinaire, c'est sûr, ils travaillent souvent même dans les mêmes locaux, et tout ça, c'est très étroit comme contact. Puis c'est une équipe première ligne, on pourrait dire spécialisée aussi, hein? Mais, via la formation médicale continue, il y a aussi une amélioration de la prise en charge par les médecins de première ligne. Alors, les pédopsychiatres, plutôt que de répondre directement aux consultations, ils font toutes ces activités-là pour améliorer la prise en charge en première ligne.

M. Reid: Il y avait un petit point, M. le Président, pour ceux qui ne sont pas familiers avec le système de santé au niveau de la psychiatrie. Quel est en quelques mots le profil des jeunes, en gros? C'était ma dernière question tout à l'heure.

M. Fauconnier (Marcel): Je ne connais pas de profil particulier, tout ce qui s'appelle pédopsychiatrie passe par le guichet et par...

M. Reid: Il n'y a pas nécessairement, disons, des...

M. Fauconnier (Marcel): Des tendances.

M. Reid: ...gens qui viennent de l'itinérance ou des choses comme ça, par exemple, ou...

M. Fauconnier (Marcel): Je ne connais pas les profils de la région en pédopsychiatrie spécifiquement, mais on pourrait les avoir sur demande.

M. Reid: O.K. Juste pour voir s'il y avait un problème spécifique. Évidemment, vous en auriez entendu parler. Est-ce qu'il reste du temps, M. le Président.

Le Président (M. Copeman): Il reste du temps, M. le député, oui.

M. Reid: J'aurais une question sur un autre sujet sur les médecines de famille et les groupes de médecines de famille également. On a eu des conversations, comme vous vous imaginez bien, avec à peu près toutes les agences qui sont passées ici là-dessus. Moi, dans mon comté, là, j'ai compris qu'il fallait... enfin il y avait des attentes: quand on annonçait un groupe de famille, il y avait des attentes, que ça donnerait plus de places pour les médecins de famille. On s'est aperçus qu'en général ça ne donne pas beaucoup plus de places à court terme, en tout cas pour les médecins de famille. Mais, quand j'ai posé la question à certaines agences, on m'a dit que, dans certains cas, oui, on pouvait effectivement augmenter le nombre de places et, d'autre part, on a dit qu'on avait aussi d'autres

formules. Par exemple, j'ai entendu à quelques reprises la formule de la clinique-réseau. Est-ce que c'est des choses que vous regardez ou que vous utilisez, vous aussi, dans votre agence?

● (11 h 30) ●

M. Folsy (Jean-François): Alors, essentiellement, M. le Président, on mentionnait qu'il y a plusieurs groupes de médecines de famille qui sont implantés dans la région, il y en a encore cinq... six implantés, cinq en devenir. On se rend compte... On y croit très fortement. D'ailleurs, mon collègue, on en parle presque quotidiennement, on y croit beaucoup, à l'implantation des groupes de médecine de famille. On pense que la façon de prendre en charge... notamment quand on parle de clientèles de plus en plus âgées, bien d'avoir accès à un médecin de famille quand tu en as besoin d'un, ça facilite de beaucoup après ça la circulation dans le dédale, dans le fond, de tous nos services pré et posthospitaliers.

Alors donc, on y croit fortement. On se rend compte, à l'exercice, que les groupes de médecine de famille, c'est un véhicule intéressant. On ne fait pas de miracles, hein, on ne crée pas de médecins puis on y va avec les arrivées. Mais, quand on organise, quand on leur permet d'organiser leurs pratiques pour que ce soit avantageux pour tout le monde, ça permet souvent de faire un peu plus avec un peu moins. On continue à être une région qui manque, quoi, de 45 médecins grosso modo. Donc, avec un manque de 45 médecins, bien, on doit évidemment essayer d'être créatifs. Ces groupes de médecine de famille là, ça nous permet de faire souvent un peu plus avec un peu moins. Ce n'est pas encore parfait.

Vous parlez de cliniques-réseaux qui, elles, devraient avoir un impact important sur la prise en charge. Et effectivement, avec le Dr Fauconnier, on regarde de façon très active est-ce qu'on pourrait, dans Lanaudière et à quelques endroits aussi, implanter des modèles de cliniques-réseaux. On espère aussi, dans les prochaines années, qu'on pourra, quand on parle de GMF, faire en sorte aussi de faciliter pas juste des infirmières, avec un GMF, mais des équipes multidisciplinaires. Je pense que la mise en place d'équipes multidisciplinaires directement avec les médecins, les pharmaciens, ça devrait aider de façon substantielle. On a donc les premiers jalons. On va essayer de développer au maximum. On a des initiatives aussi. On a une pharmacie dans la MRC de D'Autray qui aide à faire des services. Le pharmacien lui-même aide à faire des services au niveau des maladies chroniques. Alors, on va... Oui, on va regarder l'ensemble de ces façons d'organiser là, parce qu'on pense que ça passe par la médecine de famille et on en est tout à fait convaincus. Mais peut-être que le Dr Fauconnier pourrait compléter, si ça vous agrée.

Une voix: Oui, en 30 secondes.

M. Fauconnier (Marcel): Est-ce que vous me permettez?

Le Président (M. Copeman): Allez-y, je vous en prie.

M. Fauconnier (Marcel): Peut-être plus précisément pour la première partie de la question. Le GMF, est-ce que ça augmente l'accessibilité? Vous avez tout à

fait raison de dire que ça dépend un petit peu. Il y a des GMF... C'est parce qu'on sait très bien qu'on va former un groupe de médecine de famille avec des médecins qui sont déjà avec un «caseload» qui est complet, O.K.? Mais il reste qu'on intègre une infirmière dans l'équipe et, dépendant comment cette infirmière-là prend en charge une partie de la clientèle du médecin, oui, très rapidement, on peut déjà augmenter l'accessibilité, puis le GMF, c'est fait pour ça, je pense. Il faut que ce soit fait pour ça. C'est pour augmenter cette accessibilité-là en partie, mais surtout aussi augmenter la prise en charge, disons. La clinique-réseau, c'est pour augmenter plus l'accessibilité. C'est plus un petit peu comme des cliniques sans rendez-vous avec des horaires élargis, mais avec quand même 50 % d'activité de prise en charge. On souhaite ça, on exige ça, même. On en développera dans Lanaudière, c'est certain. On n'est pas encore rendus à l'étape de le faire dans les mois qui viennent, mais on parle maintenant de faire déjà notre plan, qui doit être accepté au niveau du comité paritaire, là, notre plan de... je ne sais pas comment il s'appelle, là, pour dire: Voici comment nous voulons le développer chez nous.

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

Le Président (M. Copeman): Il reste une minute à peu près, M. le député.

M. Reid: Juste un petit commentaire. Si je comprends bien, comme vous avez dit tantôt pour les cliniques-réseaux, votre approche serait une approche un peu de ce que vous avez fait avec la pédopsychiatrie. Quand vous avez dit... détrompez-moi si je me trompe, là, mais vous avez dit: On voudrait créer des équipes multidisciplinaires. Il s'agit encore là de créer, au niveau de la première ligne, des équipes où il y a une augmentation de la compétence et de l'expertise. Est-ce que c'est un petit peu l'approche que vous avez?

M. Fauconnier (Marcel): En fait, je dirais que, l'approche multidisciplinaire, c'est plus dans les GMF qu'on va la développer. Elle se fait déjà avec l'infirmière, et M. Folsy a mentionné tantôt notre espoir qu'un jour on augmente cette composante professionnelle là avec les travailleurs sociaux, avec les nutritionnistes, avec d'autres types de professionnels, puis avec plus d'infirmières aussi. Dans la clinique-réseau, c'est plus axé sur l'élargissement des horaires d'accessibilité et la clinique sans rendez-vous avec une infirmière de liaison qui redistribue les patients. Évidemment, il faut assurer quand même une prise en charge pour le 50 % qui n'est pas pris en charge, là, oui.

Le Président (M. Copeman): Alors, pour un dernier bloc de 15 minutes, à ma gauche, M. le député de Berthier en premier lieu.

M. Bourdeau: Merci, M. le Président. Je voudrais vous parler... Dans votre document, à la page 7, vous dites que la distribution des installations des établissements permet d'assurer une accessibilité territoriale adéquate pour les services de première ligne quand vous parlez du nord.

La question et les chiffres que je tente, à savoir... Premièrement, lorsque je regarde les taux d'occupation de civières à l'urgence de l'Hôpital de Joliette, CHRDL,

c'est 180 % de taux d'occupation des civières. Est-ce que ça ne vient pas du fait justement qu'il y a un manque de médecins dans le nord de Lanaudière? Et, en fin de compte, les chiffres qu'on recherche, que je recherche, c'est par rapport à Statistique Canada qui nous dit qu'il y a 92 000 citoyens qui grosso modo, depuis 12 ans, c'est ça, manquent de médecins de famille, c'est-à-dire que ça ne compte même pas les enfants à l'intérieur de ces 92 000 là. Où vous êtes rendus par rapport à ça, au niveau du nombre de citoyens et citoyennes qui n'ont pas de médecin de famille? Et en même temps, en fin de compte, d'avoir aussi par territoire de CSSS le nombre de médecins, où ils sont répartis et la plage horaire de service qui est donné dans chaque territoire.

M. Foisys (Jean-François): Alors, écoutez, peut-être pour plus de détails, je vais demander à mon collègue le Dr Fauconnier de vous donner... au niveau un peu de la répartition. Quand on parle effectivement du nombre de personnes important pour lequel les gens n'ont pas accès à un médecin de famille, c'est sûr qu'on y travaille. Je vous l'ai dit tantôt, on dit qu'on croit comme fer aux groupes de médecine de famille, bien c'est sûr qu'on ne lâchera pas.

En même temps, ce qu'on souhaite dans les prochains... Moi, je vous dirais, ce que je souhaite dans les prochains cinq ans, c'est qu'on puisse s'attaquer, et c'est ce qu'on fait, qu'on s'attaque avec nos CSSS aux peut-être 3 %, 2 %... au plus 3 %. On a à peu près 3 % de clientèles très vulnérables pour lesquelles on va évidemment mettre... C'est des gens qui... On le voyait dernièrement, il y a un projet pilote dans la région des Laurentides, dans la région de Sainte-Agathe, pour identifier l'ensemble des besoins de ces clientèles-là. Parce que ces clientèles, on parle de 3 % de personnes vulnérables et qui ont des pathologies souvent complexes qui ont accès à une multitude de services, qui ont besoin de services de plein d'endroits dans nos CSSS. On a un intérêt — et c'est ce qu'on est en train de documenter — à bien connaître ces clientèles-là pour être capables de les orienter le mieux possible, faciliter les orientations dans les divers services et surtout essayer de faire en sorte, autant que faire se peut, de ne pas indûment les amener à fréquenter nos services plus spécialisés qui aussi sont en besoin de développement.

Peut-être je laisserais au Dr Fauconnier... Je ne suis pas certain qu'on est capables de vous donner toutes les plages horaires des médecins, là, ça, c'est le ressort des CSSS.

M. Bourdeau: Pas tout de suite, mais ça pourrait être déposé ultérieurement.

M. Foisys (Jean-François): Oui, mais on pourrait vous parler un petit peu de la répartition au niveau des effectifs.

M. Fauconnier (Marcel): En fait, on peut parler... Moi, j'aurais voulu d'abord vous répondre sur les patients sans médecin de famille. Est-ce que ça vous dérange que j'inverse? Puis vous me rappellerez les autres questions parce que je n'ai pas de mémoire pour tout ça.

Pour les patients sans médecin de famille, vous avez raison, il y en a un nombre assez important. Je ne

sais pas, ça dépend des sources qu'on prend, mais il y en a qui parlent de 30 % des populations, d'autres qui parlent de chiffres absolus, etc., mais ça tourne dans ce que vous disiez, là, je pense bien qu'on est d'accord là-dessus. Maintenant, il faut bien prendre conscience que tout patient qui n'a pas de médecin de famille ne cherche pas nécessairement un médecin de famille, et ceux qui en cherchent n'en cherchent pas nécessairement pour des pathologies qui nécessitent une prise en charge assez extensive, je dirais. Alors, je vais distinguer des clientèles vulnérables parmi ceux qui n'ont pas de médecin de famille. Et, dans les clientèles vulnérables, j'entends par là des gens dont la condition physique va se détériorer s'ils ne sont pas pris en charge, on s'entend là-dessus. Je n'ai pas de chiffres sur ce que ça représente, mais c'est sûrement plusieurs milliers, on s'entend là-dessus.

Qu'est-ce qu'on peut faire? Il faut prendre en compte le fait qu'on manque d'effectifs, 40 à 50 équivalents temps complet dans la région de Lanaudière, on est en pénurie de ça, et tous les médecins qui travaillent, à ce que je sache, ils sont tous assez occupés pour ne plus prendre en charge de nouveaux patients, je dirais, officiellement. Parce qu'on comprendra que, dans les sans rendez-vous, quand se présente un patient qui nécessite un suivi, je pense bien que les médecins encore assez souvent trouvent de la place, font de la place pour suivre ces patients-là au détriment de leurs propres patients qui doivent subir un allongement des temps d'attente pour voir leurs propres médecins de famille.

Cela dit, deux mesures sont mises en place pour essayer de prendre en charge au moins la partie clientèles vulnérables chez les patients sans médecin de famille, d'abord chez ceux qui nous appellent, parce qu'on reçoit plein d'appels, je pense que vous en recevez aussi. Et, avec le DRMG, le département régional de médecine générale, on a mis en place une procédure qui nous permet d'évaluer, avec une grille d'évaluation, les personnes qui appellent. Et l'évaluation est analysée par un médecin du département de médecine régionale pour évaluer si c'est une clientèle vulnérable ou pas. Et, si ça l'est, cette personne-là est référée à un médecin de famille moyennant des AMP qu'on a données à ces médecins de famille là pour des prises en charge de clientèles vulnérables.

● (11 h 40) ●

L'autre mesure, qui est aussi indirectement pour la prise en charge des clientèles vulnérables, mais, celle-là, c'est pour la clientèle vulnérable qui est déjà soit dans l'hôpital ou à l'urgence et qui doit quitter l'hôpital et qui n'a pas de médecin de famille: dans l'accueil clinique dont on parlait tantôt, qui a été mis en place depuis un an dans le sud de Lanaudière et qui est en train de s'implanter aussi dans le nord, en échange d'un accroissement de l'accès au plateau technique et aux spécialistes pour certaines pathologies, des médecins de famille en cabinet privé, en échange, on leur demande — il y a même un contrat qui est signé pour ça, là — de prendre en charge ces patients-là qui vont quitter l'hôpital et qui n'en ont pas, de médecin de famille. Donc, c'est une autre mesure qui est mise en place pour cette...

M. Bourdeau: Mon autre question, vous pouvez la prendre en délibéré et acheminer les documents à la commission, est par rapport à la répartition des médecins sur tout le territoire lanauois avec...

M. Fauconnier (Marcel): Les différents...

M. Bourdeau: ...les territoires couverts indépendamment du type d'établissement, là, et les plages horaires, si c'est possible.

L'autre question que j'ai, en terminant, c'est par rapport aux primes. Combien vous avez demandé de médecins? Combien vous avez reçu? Pour ce qui est du manque, vous l'avez spécifié. Et, au niveau des GMF, il y en a trois autres, GMF, qui sont en attente d'accréditation. Depuis combien de temps sont-ils en attente d'accréditation de la part du ministère?

M. Foisy (Jean-François): Dr Fauconnier. Au niveau des primes...

M. Fauconnier (Marcel): Pour ce qui est des recrutements pour les médecins omnipraticiens, on parle ici...

M. Bourdeau: Au total.

M. Fauconnier (Marcel): Dans l'ensemble. Parce que les deux méthodologies sont tellement différentes que ça peut être un peu plus long si je vous distingue les deux. Au niveau des omnipraticiens, on ne demande pas des omnipraticiens, on sait qu'il y en a tant qui arrivent dans le Québec et puis, par une méthodologie qui est mise en place par le comité paritaire FMOQ et ministère, on répartit ces médecins-là selon toutes sortes de calculs qui sont faits sur les besoins par rapport à la moyenne du Québec. Je résume très rapidement la méthodologie. Et, cette année, sur cette méthodologie-là, qui est d'ailleurs reconnue pas mal par toutes les régions, soit dit en passant, on nous en a accordé 14, nouveaux facturants, et on nous a accordé aussi six transferts interrégionaux. Des gens qui ont déjà fait au moins un an dans une autre région peuvent revenir chez nous, mais pour un maximum de six. Donc, ça nous en donne effectivement 15 de plus cette année. En ajout net, parce qu'on va avoir des départs, etc., on estime que ça va être deux ou trois. C'est le plus précis que je peux être à ce niveau-là.

M. Bourdeau: Est-ce que vous pouvez aussi faire déposer à la commission aussi...

M. Fauconnier (Marcel): Déposer?

M. Bourdeau: ...en ce qui concerne les médecins spécialistes, les demandes qui ont été faites ou les besoins, même chose pour les omnis. Puis, pour répondre à ma question des GMF, depuis combien de temps les trois GMF de Lanaudière sont en attente d'accréditation?

M. Fauconnier (Marcel): Ça peut être très court, si vous voulez que je vous réponde pour les GMF. Les GMF, les trois qui sont en attente actuellement ont été complétés vers le mois de juin... mai ou juin, je crois. Mais il y a eu des corrections demandées par le comité paritaire au ministère dans le courant du mois de septembre. Et, suite à ça — je ne sais pas à quelle date précise, mais c'est après cet événement-là — des corrections mineures ont été apportées, et ça a été supposément amené au bureau du ministre à partir de ce moment-là.

Le Président (M. Copeman): Il y a une demande d'intervention de la part du député de Masson. Est-ce qu'il y a consentement pour que le député puisse prendre part à nos délibérations? Consentement. M. le député, il reste moins que 10 minutes.

M. Thériault: Merci beaucoup. Alors, mesdames messieurs, bienvenue. Avant de toucher les deux questions principales, là, j'ai une question juste d'information: si vous pouviez déposer éventuellement le nombre de reports de chirurgie dans la région et puis les raisons, si possible.

Maintenant, vous avez indiqué que vous essayez de prendre un virage première ligne, vous avez parlé des groupes de médecine familiale. Et puis un groupe de médecine familiale, ça ne veut pas nécessairement dire qu'il y a des experts en médecine familiale là-dedans, là. C'est une spécialité, la médecine familiale. C'est toujours une spécialité.

Je voudrais savoir comment vous pouvez nous expliquer la situation du CLSC Lamater qui dernièrement nous disait qu'il allait couper les heures de service. Comment vous expliquez ça, sans rendez-vous, sur la clinique sans rendez-vous? J'aimerais ça vous entendre là-dessus. Et quelles sont les interventions que vous avez faites à ce niveau-là?

M. Foisy (Jean-François): Essentiellement, pour parler de la question du CLSC Lamater, c'est sûr que la responsabilité d'organisation des services sur le territoire du sud de Lanaudière incombe au Centre de santé et de services sociaux du Sud-de-Lanaudière qui, bon, regroupe, on l'a dit, là, les trois établissements dans le sud du territoire. Il faut partir aussi peut-être des deux, trois dernières années pour expliquer qu'on a eu beaucoup de difficultés dans Lanaudière, mais aussi dans d'autres régions, on s'est retrouvés avec des difficultés à combler les cédules dans les urgences. Donc, les cédules d'urgence du territoire comportaient, entre guillemets, des trous. Donc, on a dû... Le Québec a beaucoup privilégié, dans un premier temps, d'essayer de combler les plages manquantes au niveau des salles d'urgence, ce qui a été fait. Ça a évidemment eu un impact où on a des activités médicales particulières qui ont été données aux médecins pour aller faire de la salle d'urgence. Ça a eu donc un impact au niveau de la médecine en CLSC, hein, au niveau du CLSC. Donc, il y a des médecins, pour toute sortes... Bien, remarquez, il y a toutes sortes de raisons.

Une voix: ...

M. Foisy (Jean-François): Non, c'est ça. N'ayant plus d'activités médicales particulières reconnues en CLSC pour pratiquer, alors les médecins se sont retournés pour aller pratiquer ailleurs ou différemment pour combler leur pratique médicale. Alors, c'est vraiment la raison. On l'a dit tantôt: Quand on parle d'un manque de l'ordre de 45 médecins, on l'a dit, hein, on nous en accorde, mais là la population croît. Finalement, on se retrouve avec deux, trois médecins de plus dans la région. Ça ne fait pas une croissance phénoménale des services. Mais en même temps, comme je vous dis, on sait que, dans les prochaines années, parce que c'est beau de dire qu'on croît à la première ligne, on devrait, avec les... D'ici 15 ans, il

ya 3 000 médecins net qui devraient nous arriver pour les différentes régions. On devrait être capables de donner des activités médicales particulières en première ligne, hein, à nos médecins, on l'espère, dans les prochaines années. Évidemment, ce n'est pas nous qui avons le contrôle sur à qui on doit donner des AMP. On le gère avec le département régional de médecine générale, mais il y a eu un manque à gagner important pour déjà les salles d'urgence. Ça s'est fait un peu au détriment, oui, de ce qui pouvait se faire dans certains CLSC. Dans la région, il y en avait au CLSC Lamater.

M. Thériault: Mais, à moins que je ne me trompe, des clientèles vulnérables, il y en a en CLSC. Il y aurait eu moyen d'allouer des AMP en CLSC, puis d'essayer aussi à quelque part d'instituer un groupe de médecine familiale, et de faire en sorte d'essayer de créer un effet de rétention. C'est quand même assez catastrophique pour Lanaudière, là, cette situation-là.

M. Fauconnier (Marcel): En fait, je vous dirais, c'est un peu l'effet pervers des AMP. Quand on se reporte il y a trois, quatre ans, là, quand on a commencé à les appliquer, les AMP étaient prioritaires pour l'urgence, l'hospitalisation, les CHSLD, l'obstétrique. Dans ces quatre sphères d'activité là, il fallait qu'on ait rempli en fait les capacités de répondre aux besoins de la population avant de parler d'autres catégories d'AMP, dont les clientèles vulnérables, la prise en charge de clientèles vulnérables, entre autres. Quand les AMP... les médecins ont été obligés, je ne sais plus en quelle année, on est passés de 10 ans à 20 ans de pratique pour les AMP et de...

Mme Charest (Rimouski): Avec la loi n° 142 en 1998.

M. Fauconnier (Marcel): C'est quelque part vers 2002, 2003, là, dans ces coins-là, 2003, 2004. En tout cas, à ce moment-là, les médecins qui étaient en CLSC avaient automatiquement auparavant des AMP parce qu'ils pratiquaient en CLSC. Avec le changement de loi, ils n'en avaient plus, et ils sont allés les chercher là où elles étaient, c'est-à-dire dans les établissements hospitaliers. Et, depuis ce temps-là, on n'a jamais vraiment rattrapé le potentiel qu'on avait dans le CLSC Lamater, entre autres, pour... On avait quelque chose comme 12 à 15 médecins dans ce temps-là. On est tombés quelque part comme à six.

Mme Caron: ...

M. Fauconnier (Marcel): 18?

Mme Caron: 18 à huit.

M. Fauconnier (Marcel): Et on est tombés à huit à cause principalement de cet effet-là. Avec le recrutement qu'on peut faire, à partir de maintenant, étant donné qu'on a comblé les AMP, un, deux, trois, quatre, là, de façon optimale, pas de façon vraiment maximale, là, mais on dit que la pénurie doit être un peu partagée entre la deuxième ligne et la première ligne, bien on se dit: Maintenant, on a le droit d'en donner aussi à la

première ligne, et c'est la première année qu'on... ou la deuxième année qu'on donne des AMP pour les activités de prise en charge de clientèles vulnérables.

● (11 h 50) ●

M. Thériault: Merci, M. le Président. Vous avez indiqué le défi que la région devrait relever à propos de la clientèle en perte d'autonomie, les aînés en perte d'autonomie. Vous avez déposé un plan de mise en oeuvre. Je l'ai parcouru de fond en comble; il y a des choses intéressantes là-dedans. Comment vous prévoyez le financer? Et vous identifiez à combien de millions de dollars l'actualisation de ce plan-là?

M. Foisy (Jean-François): Essentiellement, oui — je n'ai pas le détail exact du nombre de millions — il y a plusieurs millions qui sont requis au niveau du fonctionnement. Quand on parle de nouveaux lits en longue durée, c'est quand même à peu près 63 000 \$ du lit. Donc, on a, oui, un plan qui prévoit, sur les cinq prochaines années... qui prévoirait un besoin de plusieurs millions d'investissement en fonctionnement, récurrents, plusieurs millions évidemment au niveau des immobilisations, là. On ne peut pas toujours penser faire du fonctionnement sans faire du béton, là, il faut se le dire aussi.

Pour ce qui est de la capacité de la région de le financer, bien ce sera pour nous le plan... On nous a demandé d'élaborer un plan. On l'a fait avec les gens du terrain, on l'a fait avec notre personnel professionnel à l'agence, nos CSSS, nos organismes communautaires, l'ensemble des gens du territoire. On aura donc... on sera aussi tributaires des investissements gouvernementaux dans notre région pour pouvoir mettre en place ces manques-là, hein, ne serait-ce que quand on parle d'augmenter le soutien à domicile. On parle du chèque emploi-services, on parlait de près de 200 lits au niveau de l'hébergement. Alors, c'est sûr que c'est un horizon de plusieurs années, mais, les finances gouvernementales n'étant pas planifiées sur un horizon de x années, évidemment on y va morceau par morceau. Année après année, on fait valoir nos besoins.

Le Président (M. Copeman): M. le député, on a déjà dépassé de quelques minutes le...

Une voix: ...

Le Président (M. Copeman): Oui, en effet.

M. Thériault: Dommage.

Le Président (M. Copeman): Alors, malheureusement, on doit mettre fin à l'échange.

M. Foisy, Dr Fauconnier, Dr Marcoux, M. Boissonneault, ainsi qu'à toute votre équipe, M. Foisy, de l'agence des services de santé et services sociaux de Lanaudière, merci beaucoup de votre participation à cette commission parlementaire, cet exercice de contrôle parlementaire très important et de reddition de comptes. À une prochaine fois.

J'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 11 h 53)