

Étude des rapports annuels de
gestion 2005-2006 à 2009-2010
et auditions des dirigeants
des agences de la santé et des
services sociaux de Montréal,
de Laval et de Lanaudière
et

Étude des rapports annuels de
gestion 2006-2007 à 2009-2010
et auditions des dirigeants
des agences de la santé et
des services sociaux des
Laurentides et de
la Montérégie

OBSERVATIONS ET CONCLUSION

NOVEMBRE 2011

COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX





Place aux citoyens

Étude des rapports annuels de
gestion 2005-2006 à 2009-2010
et auditions des dirigeants
des agences de la santé et des
services sociaux de Montréal,
de Laval et de Lanaudière
et

Étude des rapports annuels de
gestion 2006-2007 à 2009-2010
et auditions des dirigeants
des agences de la santé et
des services sociaux des
Laurentides et de
la Montérégie

OBSERVATIONS ET CONCLUSION

NOVEMBRE 2011

COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX



assnat.qc.ca

Publié par la Direction des travaux parlementaires
de l'Assemblée nationale du Québec
Édifice Pamphile-Le May
1035, des Parlementaires, 3^e étage
Québec (Québec) G1A 1A3

Pour tout renseignement complémentaire sur les travaux de la Commission de la santé et des services sociaux, veuillez vous adresser à la secrétaire de la Commission, M^{me} Anik Laplante, à l'adresse indiquée ci-dessus ou encore par :

Téléphone : 418 643-2722

Télécopie : 418 643-0248

Courrier électronique : csss@assnat.qc.ca

Vous trouverez ce document dans la section « Travaux parlementaires » du site Internet de l'Assemblée nationale : www.assnat.qc.ca.

ISBN: 978-2-550-63472-0 (Imprimé)

ISBN: 978-2-550-63474-4 (PDF)

DÉPÔT LÉGAL - BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, NOVEMBRE 2011

LES MEMBRES ET LES COLLABORATEURS DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le président

M. Sklavounos (Laurier-Dorion)

Le vice-président

M. Dufour (René-Lévesque)

Les membres

M^{me} Charbonneau (Mille-Îles)

M. Chevarie (Îles-de-la-Madeleine)

M. Deltell (Chauveau)

M^{me} Gaudreault (Hull)

M. Lehouillier (Lévis)

M. Pelletier (Saint-Hyacinthe)

M^{me} Poirier (Hochelaga-Maisonneuve)

M^{me} Rotiroti (Jeanne-Mance–Viger)

M^{me} St-Amand (Trois-Rivières)

M. Traversy (Terrebonne)

Autres députés ayant participé

M. Auclair (Vimont)

M^{me} Doyer (Matapédia)

M^{me} Hivon (Joliette)

M. Kotto (Bourget)

M^{me} Maltais (Taschereau), porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé

M. Turcotte (Saint-Jean)

Secrétaire de la Commission

M^{me} Anik Laplante

Agents de recherche

M. Bertrand Nadeau

M^{me} Julie Paradis

M^{me} Joëlle Steben-Chabot

Agente de secrétariat

M^{me} Claire Vigneault

Révision linguistique

M^{me} Danielle Simard

En collaboration avec le service de la référence de la Bibliothèque de l'Assemblée nationale

INTRODUCTION	1
1. LA GESTION DES AGENCES	1
1.1 Les conséquences de la réforme de la santé.....	1
1.2 Les actions posées pendant la pandémie de grippe A (H1N1).....	2
1.3 L’effectif des agences	3
2. LES RESSOURCES FINANCIÈRES, HUMAINES ET IMMOBILIÈRES	3
2.1 L’équité régionale	4
2.2 Les organismes communautaires	4
2.3 La gestion de la main-d’œuvre	5
2.3.1 <i>Les médecins</i>	5
2.3.2 <i>Le personnel de la santé</i>	6
2.3.3 <i>Le recours à la main-d’œuvre indépendante</i>	7
2.4 Les projets d’immobilisation	7
3. LES SERVICES	8
3.1 Le dépistage du cancer du sein	8
3.2 Les services aux personnes âgées en perte d’autonomie liée au vieillissement.....	8
3.3 Les services en déficience physique	9
3.4 Les services pour les personnes atteintes de troubles envahissants du développement.....	9
3.5 Les services aux jeunes en difficulté	10
3.6 Les services en dépendance	10
3.7 Les services en santé mentale	11
3.8 La situation dans les salles d’urgence	11
CONCLUSION	12

INTRODUCTION

En août 2011, la Commission de la santé et des services sociaux a entendu, dans l'ordre, les dirigeants des agences de la santé et des services sociaux de Montréal, de Laval, des Laurentides, de Lanaudière et de la Montérégie. Les présidents-directeurs généraux sont venus témoigner de leur administration et de l'évolution des services dans leur région depuis les dernières auditions, tenues en 2006.

L'article 385.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) énonce que le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine, dans le cadre d'une entente de gestion et d'imputabilité qu'il conclut avec une agence, les objectifs que l'agence doit atteindre. Par ailleurs, l'article 385.7 indique que les agences doivent transmettre annuellement au ministre un rapport annuel de gestion qui comprend notamment une présentation des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par l'entente de gestion et d'imputabilité. Quant à l'article 392, il précise que le ministre dépose le rapport de toute agence à l'Assemblée nationale et que cette dernière défère le rapport à la Commission de la santé et des services sociaux afin qu'elle en fasse l'étude et entende, à cette fin, chaque agence.

Ce rapport se veut un rappel des principaux sujets abordés lors des auditions de la 2^e session de la 39^e législature tenues en août 2011. Les auditions peuvent être regroupées en trois grands thèmes : la gestion générale des agences, les ressources financières, humaines et immobilières, ainsi que les services offerts à la population par le réseau de la santé et des services sociaux. Pour chacun de ces thèmes, les principaux échanges entre la Commission et les représentants des agences sont résumés. Enfin, à la suite de cet exercice, les conclusions et les recommandations des députés sont présentées.

1. LA GESTION DES AGENCES

Les membres de la Commission se sont intéressés à la gestion faite par les agences au cours des cinq dernières années. Ils se sont surtout attardés aux conséquences de la réforme de la santé entreprise en 2003, aux actions posées par les agences pendant la pandémie de grippe A (H1N1) et à la croissance de l'effectif au sein des agences.

1.1 Les conséquences de la réforme de la santé

Le gouvernement du Québec a adopté, en 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences, auparavant

les régies régionales, la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région, basée sur des réseaux locaux de services. Au cœur de chacun de ces réseaux locaux de services, on trouve un nouvel établissement appelé centre de santé et de services sociaux (CSSS), qui doit offrir les services d'un centre local de services communautaires (CLSC), d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans plusieurs régions, d'un centre hospitalier (CH).

Les membres se sont intéressés aux conséquences de cette réforme sur la gestion quotidienne des agences de même que sur l'offre de service. De façon générale, les dirigeants des agences ont manifesté leur satisfaction relativement à ce changement. Le passage d'une approche patient, basée sur la clientèle des établissements, à une approche populationnelle a été bénéfique et a influencé les résultats des établissements. Claude Desjardins, le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, a expliqué que cette approche permet d'avoir une meilleure vision des besoins et des solutions qui touchent l'ensemble des établissements dorénavant regroupés.

1.2 Les actions posées pendant la pandémie de grippe A (H1N1)

En 2009, le Québec a été touché par la pandémie de grippe A (H1N1). Les membres ont questionné les représentants des agences sur les actions qui ont été posées pour limiter les conséquences de la pandémie sur la population québécoise. Ils ont aussi souhaité connaître les grandes réussites de même que les défis que cette pandémie a amenés.

Les représentants des agences entendues ont été unanimes sur un fait : le grand défi imposé par la pandémie a été l'organisation du travail, et aussi les communications, pour certaines personnes. Enfin, plusieurs mentionnent que l'expérience a permis de renforcer les liens entre les différents acteurs du milieu. Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Jean-François Foisy, a d'ailleurs expliqué que, à cette occasion, l'agence a intensifié la coordination avec l'ensemble des partenaires et a établi une forte synergie.

1.3 L'effectif des agences

Les députés ont interrogé les représentants sur les variations de l'effectif depuis les dernières auditions tenues en 2006. Après vérifications, ils ont constaté que seule l'agence de Laval a vu son effectif diminuer de 2005-2006 à 2009-2010, obtenant une variation de - 4,4 %. Les quatre autres agences ont plutôt vu leur effectif augmenter, avec des variations allant de 1 % (Montérégie) jusqu'à 20,7 % (Montréal). Plusieurs raisons ont été invoquées, touchant notamment aux questions de regroupement ou de rapatriement des services au sein de l'agence.

Pour répondre aux interrogations des membres de la Commission sur les causes de la hausse de l'effectif de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, son président-directeur général, David Levine, a expliqué que cet état des choses découle du regroupement d'activités au sein de l'agence plutôt que dans les établissements. Il a donné l'exemple de la gestion des admissions pour l'ensemble des établissements du territoire de l'île de Montréal. Pour ce faire, une équipe d'une trentaine de personnes a été mise en place. De son côté, Marc Fortin, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, a informé les députés que le rapatriement d'activités qui étaient confiées à l'externe, donc au moyen de contrats, a fait augmenter le nombre de cadres de l'agence.

2. LES RESSOURCES FINANCIÈRES, HUMAINES ET IMMOBILIÈRES

Les députés se sont ensuite penchés sur les ressources financières, humaines et immobilières dont les agences disposent pour répondre convenablement aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux. Ils ont examiné, notamment, la répartition des fonds entre les régions du Québec et les montants octroyés aux organismes communautaires. Du côté des ressources humaines, ils se sont intéressés surtout au problème de pénurie de personnel que connaissent des régions pour certaines professions dans le domaine de la santé et des services sociaux. Quant aux ressources immobilières, les députés ont pris connaissance des projets d'envergure terminés ou en voie de réalisation.

2.1 L'équité régionale

Les témoins ont abordé les ressources financières sous divers angles. L'équité régionale a été un point marquant des échanges. Les membres de la Commission se préoccupent de la répartition des ressources. C'est pourquoi ils ont posé des questions aux représentants des agences à ce sujet.

Les réponses ont permis de constater que les agences entendues se divisent en deux catégories. La première catégorie, en l'occurrence l'agence de Montréal, obtient un pourcentage du budget de la santé plus élevé que la proportion de la population totale qui habite cette région. David Levine justifie cette réalité par la présence d'établissements qui couvrent un segment de la population plus large que le seul territoire de l'île de Montréal. La seconde catégorie ayant été l'objet de discussion englobe les régions qui enregistrent un déficit entre le financement qu'elles reçoivent et celui qu'elles estiment devoir recevoir en fonction de la répartition de la population sur le territoire québécois.

Par ailleurs, dans le tome II de son rapport 2009-2010¹, le Vérificateur général du Québec souligne l'écart global de richesse en se basant sur des données du MSSS. L'écart global de richesse est la différence entre ce montant et celui qui aurait été remis si le MSSS appliquait l'approche populationnelle aux programmes-services et une approche basée sur les besoins aux programmes-soutien. En 2008-2009, on considérait que les écarts étaient les suivants : Montréal (+ 238,18 millions de dollars), Lanaudière (19,6 millions), Laval (- 26,78 millions), Montérégie (- 111,85 millions), Laurentides (- 42,51 millions). Les agences concernées ont pu mettre à jour ces données. Il importe de préciser que, dans certains cas, ce n'est qu'une partie des programmes qui accuse un écart de fonctionnement.

2.2 Les organismes communautaires

Un grand nombre d'organismes communautaires contribuent de façon directe et indirecte à l'offre de services en santé et en services sociaux au Québec. Les membres ont d'abord souligné l'importance de leur action pour l'ensemble de la population. Les discussions avec les dirigeants des agences ont ensuite porté plus précisément sur le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC). Enfin, la reddition de comptes des organismes et le rôle de supervision des

¹ Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2009-2010, t. II, chap. 3, p. 3-54.

agences quant aux services offerts par les organismes communautaires ont également été abordés durant ces discussions.

Les députés se demandent comment les agences procèdent pour sélectionner les organismes communautaires qui ont droit à une subvention et pour la détermination du montant de celle-ci. En outre, ils s'intéressent au suivi donné aux recommandations du chapitre 3 du tome I du rapport annuel 2008-2009 du Vérificateur général du Québec portant sur le PSOC. À cette occasion, le Vérificateur a souligné, notamment, la reconduction d'année en année des sommes sans réévaluation systématique et périodique des organismes et le peu d'information dont disposent les agences et le ministère sur les organismes subventionnés.

Les agences considèrent que les exigences de reddition de comptes qu'elles incluent dans les ententes de gestion conclues entre elles et les organismes sont suffisantes pour garantir une bonne allocation des fonds. Quant à la sélection, il semble qu'elle s'effectue avec un fort souci de continuité, car les entités subventionnées par le PSOC ne perdent leur subvention qu'en cas de doutes sérieux quant à la qualité de leur gestion ou de leur utilité.

2.3 La gestion de la main-d'œuvre

La gestion de la main-d'œuvre est un sujet très médiatisé. Aussi, il a été l'objet de discussions de différentes natures au cours des auditions des agences. Trois sujets ont davantage pris le pas. D'abord, les députés ont questionné les représentants des agences sur le recrutement et la rétention des médecins omnipraticiens et spécialistes dans les établissements de santé. Ils se sont aussi attardés sur la problématique du personnel de la santé, surtout celle qui touche le personnel infirmier. Enfin, le recours à la main-d'œuvre d'agences privées a aussi été abordé.

2.3.1 Les médecins

Il importe de préciser que les médecins ne sont pas considérés comme du personnel des établissements de santé. C'est le MSSS qui, au moyen des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), octroie un nombre déterminé de postes de médecins omnipraticiens et spécialistes, laissant à l'agence et aux établissements le rôle de les recruter. Les membres de la Commission

ont demandé aux représentants des agences si les PREM alloués répondaient aux besoins locaux et si les postes disponibles étaient tous pourvus.

Certains présidents-directeurs généraux ont abordé d'emblée le sujet des PREM et le manque de médecins, que ce soit des omnipraticiens ou des spécialistes. Les députés sont interpellés par les besoins des régions et les hausses annuelles du nombre de postes. En ce qui touche au recrutement, la situation varie selon la région et selon les spécialisations des médecins. Du côté de l'agence de Montréal, on a expliqué que la région a une assez bonne capacité de recrutement de finissants en médecine, bien qu'elle soit aussi victime de la pénurie de spécialistes dans certaines disciplines comme l'anesthésiologie. Ce sont spécialement les hôpitaux communautaires qui sont pénalisés.

De son côté, Yvan Gendron, le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a souligné qu'il manque 238 équivalents à temps plein en ce qui a trait aux médecins omnipraticiens. Il a précisé qu'il y a en Montérégie un médecin omnipraticien pour 1 209 personnes alors que la moyenne québécoise est de un pour 1 082. Il a ajouté qu'il reste 61 postes à pourvoir au PREM en médecine spécialisée, ce qui place la région en dessous des normes. Les députés ont aussi eu l'occasion de discuter, à proprement parler, des PREM en psychiatrie avec les différentes agences. Ces propos sont rapportés dans la section 3.7 du présent rapport.

2.3.2 Le personnel de la santé

Les membres se soucient de la capacité des agences à recruter le personnel nécessaire à l'offre de services à la population. Ils sont conscients que la situation est plus complexe dans certains corps d'emplois, particulièrement en soins infirmiers. Les représentants des agences ont eu l'occasion d'aborder ce sujet à de nombreuses reprises, tout en insistant sur l'importance d'avoir un personnel complet pour offrir tous les services à la population. En effet, le manque de personnel infirmier peut influencer sur les résultats des agences, notamment en ce qui a trait aux services dans les CHSLD.

Les membres ont également sondé les agences sur leurs intentions en ce qui touche aux infirmières praticiennes spécialisées, communément appelées « super-infirmières ». En fait, ils

ont cherché à connaître les réactions générales à la suite de leur implantation dans les milieux de soins de même que les possibilités d'augmenter leur nombre dans les années à venir. De façon générale, les commentaires sont positifs, même si certains expliquent qu'une distinction des responsabilités a dû être faite entre les différents types d'infirmières.

2.3.3 Le recours à la main-d'œuvre indépendante

Plusieurs situations peuvent justifier le recours à une main-d'œuvre indépendante. Néanmoins, la raison principale, selon les dirigeants des agences, serait la pénurie de main-d'œuvre et, en conséquence, la difficulté à recruter du personnel. Les membres sont préoccupés par cette tendance et souhaitent connaître les mesures qui seront mises en place par les agences pour réduire les sommes dépensées en main-d'œuvre indépendante.

Le président-directeur général de l'agence des Laurentides explique qu'un des éléments de solution réside dans l'assouplissement de l'organisation du travail. Selon lui, les employés vont travailler pour les agences privées, car ils ont une plus grande latitude dans le choix de leur horaire et de leur lieu de travail. À l'agence de Lanaudière, le recours à la main-d'œuvre indépendante diminue principalement en raison du recrutement de personnel infirmier qui permet de répondre aux besoins du milieu.

2.4 Les projets d'immobilisation

Les parlementaires ont pu s'informer sur les différents projets de construction ou de rénovation d'infrastructures. Chaque agence a des projets en cours, que ce soit de rénovation de salles d'urgence, de construction de CHSLD ou d'hôpitaux ou encore d'autres travaux permettant d'améliorer la prestation de services.

Le président-directeur général de l'agence de Montréal a fait l'état des lieux en ce qui a trait aux grands projets en cours dans la région montréalaise. D'ailleurs, il a mentionné, d'entrée de jeu, que les investissements réalisés ou en cours totalisent près de 7 milliards de dollars. On y retrouve, entre autres, la construction du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le centre

universitaire de santé McGill (CUSM), l'agrandissement de l'Hôpital Sainte-Justine de même que la rénovation de plusieurs salles d'urgence.

Les membres s'interrogent sur la construction récente d'un CHSLD en mode partenariat public-privé en Montérégie. L'agence, pour ce faire, a signé une entente avec le groupe Savoie. Les députés ont eu l'occasion de discuter de ce projet avec les représentants de l'agence de la Montérégie et ont manifesté le désir d'obtenir de l'information complémentaire.

3. LES SERVICES

Les différents services offerts dans le réseau de la santé et des services sociaux sont regroupés en neuf programmes-services. L'ensemble de ces programmes-services a été abordé lors des auditions des cinq agences. Par contre, certains sujets ont particulièrement retenu l'attention. Nous en proposons huit.

3.1 Le dépistage du cancer du sein

Mis en place en 1998, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQCDS) offre une mammographie tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans. La cible du ministère de la Santé et des Services sociaux est que 70 % des femmes québécoises de 50 à 69 ans y soient inscrites.

Les membres s'inquiètent du fait que l'indicateur concernant le taux de participation au PQCDS n'est pas à suivre obligatoirement en 2009-2010, contrairement aux années précédentes. Les parlementaires ont discuté des résultats des agences en ce qui a trait au nombre de dépistages effectués dans le cadre du PQCDS, car les données sont, dans certains cas, absentes des rapports annuels. Une représentante de l'agence de Laval a souligné que des patientes se soumettent à une mammographie sans être inscrites au programme. Ainsi, les données dont les agences disposent ne permettent pas de faire un portrait global et complet de la situation. Néanmoins, les agences à l'étude disent s'améliorer à cet égard.

3.2 Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement

Les agences reconnaissent que le vieillissement démographique a une influence sur les besoins et sur l'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux. En plus de causer une

augmentation de la fréquentation des salles d'urgence, il faut prendre en compte que plus les gens vieillissent, plus ils sont sujets aux maladies chroniques, ces dernières obligeant des soins plus grands. Il donc été question à de nombreuses reprises des personnes âgées, plus particulièrement de celles en perte d'autonomie.

Les membres se soucient des conditions d'hébergement des personnes âgées. À cet effet, ils se sont enquis du processus de certification des résidences privées, qui n'est achevé dans aucune des agences à l'étude. Les discussions ont également porté sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), soit les conditions d'hébergement dans ces centres, la gestion et le nombre de places requises. On constate que les agences orientent leurs services de façon à procurer aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement un milieu de vie adéquat où ils seront autonomes le plus longtemps possible.

3.3 Les services en déficience physique

Les représentants des agences ont présenté aux membres de la Commission les différents investissements faits dans les services en déficience physique. Certaines agences, n'ayant pas atteint leurs cibles pour les indicateurs en déficience physique, ont fait part des améliorations apportées en vue de les réaliser.

Les députés se sont intéressés aux services offerts aux différents groupes d'âge, de même qu'à la répartition territoriale des centres de réadaptation. Enfin, la question des services de répit a été soulevée, dans un souci de soutien aux proches aidants.

3.4 Les services pour les personnes atteintes de troubles envahissants du développement

Le cinquième programme-service gouvernemental touche la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement (TED). Les membres ont eu l'occasion de consulter les agences à ce sujet sous plusieurs angles. Ils ont notamment souhaité connaître la position des représentants quant aux conclusions du Protecteur du citoyen en ce qui a trait aux services pour les personnes aux prises avec un TED.

Les députés se sont intéressés aux différents services offerts aux jeunes, par exemple, le programme de dépistage précoce mis en place par l'agence de Montréal. Ils ont aussi soulevé la problématique du manque d'orthophonistes et de ses conséquences sur les jeunes en attente d'évaluation, comme en Montérégie où elle peut être de plus de deux ans.

3.5 Les services aux jeunes en difficulté

L'offre de services aux jeunes en difficulté a été abordée à plusieurs reprises au cours des auditions. D'abord, on a discuté de la qualité des services offerts aux jeunes et à leur famille, notamment au moyen des centres jeunesse. La question des ressources disponibles pour les centres jeunesse a été également soulevée par les membres.

Il importe de préciser qu'une grande variété de services s'offre aux jeunes dans divers contextes, les jeunes aux prises avec une déficience ou un TED, par exemple. Les représentants des agences ont expliqué les différents services développés pour les aider, et signifié les besoins à combler.

3.6 Les services en dépendance

Le réseau de la santé et des services sociaux offre divers services pour répondre aux besoins des personnes aux prises avec une dépendance, que ce soit l'alcoolisme, la toxicomanie, le jeu pathologique ou la cyberdépendance.

Toutefois, les députés se demandent pourquoi l'information sur ces services est si difficile à obtenir et pourquoi ne fait-elle pas partie systématiquement du contenu des rapports annuels. Ils s'expliquent mal qu'un seul indicateur traite de la question dans l'entente de gestion et d'imputabilité, soit celui concernant le jeu pathologique. Il en résulte que l'information fournie par les agences sur les dépendances varie de l'une à l'autre et est souvent incomplète, ou tout simplement inexistante dans certains cas.

3.7 Les services en santé mentale

Plusieurs services sont offerts aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Six indicateurs sont inclus dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2009-2010. Ils couvrent le soutien en intensité variable, le soutien intensif, les résultats en salle d'urgence, les patients desservis en 1^{re} ligne et l'attente pour des services de 2^e et de 3^e lignes. Les discussions ont porté sur ces sujets, mais aussi sur la situation générale des services en santé mentale, notamment sur les problèmes du département de psychiatrie de l'Hôpital de Saint-Jérôme (Laurentides). Notons que les résultats de la plupart des agences pour l'année 2009-2010 étaient mitigés et, dans plusieurs cas, en voie de détérioration.

Les députés se sont intéressés aux efforts mis en œuvre dans les agences pour améliorer leurs résultats. Le virage vers la 1^{re} ligne semble être une des solutions. En effet, plusieurs agences ont présenté les diverses actions entreprises pour bonifier les services de première ligne, allégeant par le fait même les lourdes tâches des psychiatres et des autres services spécialisés. Les membres se sont aussi enquis du recrutement de personnel en santé mentale et des psychiatres. Certaines agences admettent avoir de la difficulté à recruter, comme celle des Laurentides, tandis que d'autres ont une équipe complète, comme à Laval et dans Lanaudière.

3.8 La situation dans les salles d'urgence

L'attente dans les salles d'urgence au Québec fait régulièrement les manchettes. Non seulement elle est longue et n'atteint pas les cibles établies par le Ministère, mais la durée se prolonge. Toutes les agences ont été questionnées à ce sujet. Les membres souhaitaient principalement connaître l'état de la situation et savoir si la cible d'attente de 12 heures sur civière est réaliste et atteignable d'ici 2015. De plus, les parlementaires ont demandé aux représentants de chacune des agences de leur donner des pistes de solution pour améliorer la performance des urgences dans les établissements situés sur leur territoire.

Les membres de la Commission savent que le vieillissement démographique a d'importantes conséquences sur l'achalandage des salles d'urgence québécoises. Le nombre de patients de 75 ans et plus a considérablement augmenté au cours des cinq dernières années dans toutes les agences

entendues. Cette hausse exerce une pression sur les services, particulièrement sur l'occupation des lits de courte durée. En outre, elle a des conséquences sur la durée du séjour sur civière à l'urgence.

Considérant les travaux en cours dans les salles d'urgence, l'ouverture future de lits de courte durée, de ressources intermédiaires ou le recrutement de nouveaux employés, les représentants des agences ont confirmé que les résultats s'amélioreraient dans les prochaines années. Certains se sont même engagés à atteindre les cibles ministérielles d'attente moyenne sur civière de 12 heures et de 0 % d'attente de plus de 48 heures d'ici 2015. Ceux qui n'ont pu s'engager ont néanmoins expliqué les différents moyens qui seront mis en place pour corriger la situation.

CONCLUSION

Les membres de la Commission tiennent à mentionner leur satisfaction sur la tenue de cet exercice de reddition de comptes. Ils ont eu l'occasion de connaître davantage les réalités du réseau de la santé et des services sociaux. Les députés considèrent que ces auditions leur ont permis d'obtenir réponse à leurs questions, tout en leur donnant une bonne idée des défis auxquels chaque agence est confrontée. Ils remarquent néanmoins que certaines données font défaut dans la reddition de comptes, notamment en lien avec les services en dépendances.

En terminant, les députés tiennent à souligner la collaboration des agences et, surtout, désirent remercier chaque personne qui contribue, jour après jour, à offrir à la population des services de santé répondant à leurs besoins.

DIRECTION DES TRAVAUX PARLEMENTAIRES

Édifice Pamphile-Le May
1035, rue des Parlementaires
3^e étage, bureau 3.15
Québec (Québec) G1A 1A3

Téléphone : 418 643-2722
Télécopieur : 418 643-0248
sec.commissions@assnat.qc.ca

