



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de la santé et des services sociaux**

Le mardi 23 août 2011 — Vol. 42 N° 19

Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1)

**Président de l'Assemblée nationale:
M. Jacques Chagnon**

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 de l'agriculture, des pêcheries, de l'énergie et des ressources naturelles	50,00 \$
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Commission de la culture et de l'éducation	100,00 \$
Commission de l'économie et du travail	100,00 \$
Commission des finances publiques	75,00 \$
Commission des institutions	100,00 \$
Commission des relations avec les citoyens	25,00 \$
Commission de la santé et des services sociaux	75,00 \$
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 dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de la santé et des services sociaux

Le mardi 23 août 2011 — Vol. 42 N° 19

Table des matières

Auditions	1
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS-Montréal)	1
Documents déposés	42

Intervenants

M. Gerry Sklavounos, président
Mme Maryse Gaudreault, présidente suppléante

M. Germain Chevarie
Mme Agnès Maltais
Mme Nicole Léger
Mme Filomena Rotiroti
Mme Danielle Doyer
Mme Francine Charbonneau
M. Émilien Pelletier
M. Maka Kotto

* M. David Levine, ASSS-Montréal
* M. Richard Lessard, idem
* Mme Louise Massicotte, idem
* Mme Louise Ayotte, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mardi 23 août 2011 — Vol. 42 N° 19

**Audition des dirigeants des agences de la santé et des services sociaux
dans le cadre de l'examen de leurs rapports annuels de gestion
conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1)**

(Quatorze heures cinq minutes)

Le Président (M. Sklavounos): Alors, à l'ordre, s'il vous plaît! Je déclare la séance de la Commission de la santé et des services sociaux ouverte.

Comme vous savez, la commission est réunie aujourd'hui afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans le cadre de l'étude de ses rapports annuels de gestion 2005-2006 à 2009-2010 en application de l'article 392 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

C'est l'Assemblée nationale qui défère, pour étude à la commission, chaque rapport annuel des agences, et la commission doit entendre celles-ci à tous les trois ans. L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a été entendue par notre commission la dernière fois le 18 octobre 2006.

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

La Secrétaire: Oui, M. le Président. Mme Maltais (Taschereau) remplace M. Traversy (Terrebonne) et Mme Doyer (Matapédia) remplace M. Turcotte (Saint-Jean).

Auditions

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci, Mme la secrétaire. Je vous rappelle que la commission et le comité directeur ont convenu que la durée de cette audition allait être de quatre heures, comprenant une présentation de l'agence de 30 minutes, ce qui nous laisse une période d'échange de 3 h 30 min séparées également entre le groupe formant le gouvernement et l'opposition, soit 1 h 45 min chacun.

J'aimerais souhaiter la bienvenue... Nous avons avec nous aujourd'hui M. David Levine, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; Mme Louise Massicotte, directrice générale adjointe; M. Richard Lessard, directeur de santé publique de Montréal, qui est à l'extrême droite de moi; et Mme Louise Ayotte, directrice des affaires cliniques, médicales et universitaires, Dr. Louise Ayotte, qui est avec nous.

Alors, il y a également — elles sont assises dans la salle, en arrière — Mme Anne-Marie Tardif, qui est directrice des communications, qui est présente, bienvenue; et Mme Emmanuelle Carrier, qui est chef du Service des communications, qui est également présente. On vous souhaite la bienvenue.

Alors, au nom de tous les membres de la commission, on vous souhaite la bienvenue. Et, sans plus tarder, je vais céder la parole à M. David Levine. Vous avez la parole.

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

M. Levine (David): Merci beaucoup, M. le Président. Membres de la commission, ça fait un grand plaisir pour moi d'être ici. Comme c'était cité par le président, c'est en 2006 notre dernière présence à la commission. Et ça va nous donner l'opportunité de parler de qu'est-ce qui a passé depuis cinq ans, qu'est-ce qu'on a réussi de faire, à l'agence de Montréal, avec le support de mes collègues, l'ensemble de l'équipe de l'agence, et surtout l'équipe des personnes qui offrent des services de santé et services sociaux sur l'île de Montréal.

89 000 personnes travaillent pour faire cette offre de services à la population montréalaise. La population de Montréal, c'est 1,9 million de personnes. On augmente de 11 000 personnes par année; en cinq ans, 55 000 personnes, la ville de Rimouski. Alors, Montréal a agrandi de ce nombre de personnes.

Quand on regarde la population de Montréal — et je le mentionne au début, et, pendant vos questions, M. Lessard peut aller plus en détail sur les caractéristiques de la population — c'est le fait que 31 % de la population de Montréal, c'est des immigrants qui ne sont pas nés au Québec, qu'on a eu, dans les derniers cinq ans, 140 000 nouveaux arrivés au Québec. L'influence de cette communauté est importante pour Montréal et surtout influence le service, l'offre de services et le type de services qu'on doit donner à la population.

On a, à Montréal, aussi un phénomène qui est actuellement en cours — et, dans votre grand document, quand vous aurez la chance de le regarder, et dans votre document des acétates, là — c'est un phénomène où le nombre de personnes 85 ans et plus, à Montréal, est nettement supérieur que le reste du Québec. On a 37 000 personnes 85 ans et plus. Et, parce que l'espérance de vie a augmenté, c'est cette population qui a un impact important sur les coûts et des ressources utilisées dans notre système. Et je le souligne parce que cette pression est un des facteurs qui influence notre offre et influence aussi les résultats.

● (14 h 10) ●

Il y a, à Montréal, une chose qu'on mentionne surtout avec une certaine tristesse, qui est la question de la pauvreté à Montréal, une préoccupation beaucoup de l'agence. Et le lien entre la pauvreté et la santé, je pense, c'était clairement démontré. Notre situation à Montréal est plus significative, si on parle de 30 % de la population montréalaise qui vit sous le seuil de

faibles revenus, comparé à 17 % pour le reste du Québec. Alors, quand on regarde ça, on sait qu'il y a une influence de l'état de santé de la population.

Les cinq dernières années, qu'est-ce qui a passé? Bien, c'était une période principalement de consolidation de transformation, et ça a été fait dans une vision commune. Quand on parle de consolidation, vous vous rappelez, on avait la formation des centres de santé, les réseaux qui intègrent plusieurs établissements qui faisaient une offre distincte à l'intérieur d'un seul et unique établissement. Le modèle montréalais, qui a obtenu un consensus de tous les D.G. de nos établissements, était l'importance de développer une première ligne avec une équipe multidisciplinaire forte, et tous les D.G. ont accepté cette orientation.

Il faut travailler pour développer des programmes de prévention et gestion aux maladies chroniques. C'était clair et c'était une orientation prise par l'ensemble de nos D.G. Il y a beaucoup de plans régionaux ministériels qui sont adaptés à la réalité montréalaise. La responsabilité populationnelle hiérarchique, ça veut dire d'avoir le bon service au bon moment au bon endroit pour la population, des grandes transformations: première ligne, réadaptation, santé mentale, personnes âgées, information... informatisation, excusez-moi.

Dans les réalisations, globalement, les volumes ont augmenté. Il y a une hausse dans le nombre d'interventions. Il y a une amélioration de l'accès — et je vous en parle bientôt — mais, en même temps, il y a une hausse de la demande. Quand on parle de l'accès — et c'est l'élément où je vais rester le plus longtemps parmi qu'est-ce qui a passé dans les cinq dernières années — quand on parle de l'accès, c'est de l'accès en première ligne. La population veut avoir un médecin de famille, la population veut avoir un accès dans un délai court puis elle ne veut pas aller à l'urgence. Mais actuellement elle va à l'urgence parce qu'on n'a pas créé encore un accès à une première ligne vraiment assez, assez costaud. Et c'est une transformation importante de faire ce changement. Il est en cours.

On a actuellement 48 nouvelles entités sur l'île de Montréal GMF—cliniques-réseaux. Parmi ces 48, il y en a 12 qui sont les deux appellations cliniques-réseaux—GMF, et on a trois cliniques-réseaux intégrées, qui sont des équipes multidisciplinaires supportées par l'agence où les professionnels qui travaillent avec des médecins sont vraiment de nombre plus important.

Il y a un accès à des programmes gestion maladies chroniques. Comme j'ai dit, c'est un consensus montréalais. Dans chacun de nos 12 centres de santé, il y a des équipes diabète pour s'en occuper. On a le développement des équipes dans chacun de nos centres de santé, qui est fait ou en cours, pour les cinq maladies chroniques. Et, les cinq prochaines années, on espère de compléter complètement cette activité, qui va permettre à tous les médecins d'envoyer leurs patients — on parle des omnipraticiens — à une équipe dite de deuxième ligne, solide, corps médical disponible, professionnels pour supporter et gérer cette maladie chronique. Mais il faut retourner la personne à la première ligne pour être capable d'être suivie. C'est ça, la clé.

Il y a aussi un nouvel accès à domicile. Et ça, pour nos personnes âgées, l'orientation qui a été prise les cinq dernières années, c'est de garder les personnes en perte d'autonomie le plus autonomes, de garder les personnes en perte d'autonomie à domicile le plus longtemps. On a introduit les soins intensifs à domicile. Il y a 600 personnes maintenant qui reçoivent 35 heures ou plus de soins à domicile. C'est des investissements qui sont importants, mais ça a permis à toute une catégorie de personnes qui veulent rester à domicile de rester à domicile.

Il y a du support à des proches aidants. Parce que, si on n'arrive pas à développer des programmes pour supporter des gens qui aident nos personnes âgées à domicile, on va être obligés de les prendre dans le réseau, et ça... quand je dis... dans le réseau d'hébergement. Et ça, comme vous le savez tous, c'est mieux d'être chez nous.

L'accès à l'urgence. Comme j'ai dit tout à l'heure, quand vous n'avez pas une alternative, on va à l'urgence. Actuellement, à Montréal, 850 000 visites à l'urgence par année. Si on regarde mondialement des systèmes qui ont une première ligne bien développée, c'est la moitié du nombre de visites pour la même population parce que la population va ailleurs.

Actuellement, on a plusieurs de nos cliniques-réseaux qui commencent à prendre de la clientèle qu'on appelle P4, P5 — il y a cinq catégories de clients à l'urgence — et les urgences envoient des clients, quand ils arrivent, dans les cliniques pour avoir un service plus rapide, pour attendre moins longtemps. Il faut introduire ça dans la culture pour que la population, une fois qu'on a suffisamment de ces établissements... sont capables de recevoir les services ailleurs que d'aller à l'urgence.

Beaucoup à développer: un plan pour la gestion des urgences, un programme d'hébergement pour être capable de sortir des personnes de l'hôpital, gestion interne à l'urgence, autre que les rénovations qu'on fait, en cours. Il y a des périodes où il y a une amélioration significative, il y a des périodes où c'est plus achalandé. Et, quand on parle de nos défis, on va vous montrer qu'on a 13 000 ambulances de plus chaque année qu'il y a cinq ans. Alors, le volume de nombre d'ambulances qui visitent nos urgences sur l'île de Montréal a changé, on a 22 urgences sur l'île de Montréal, qui incluent la pédiatrie, la psychiatrie et les urgences de soins aigus sur l'île de Montréal.

L'accès à la chirurgie, une des réussites. Je pense, l'équipe est assez fière de nos établissements. Une augmentation... le nombre de cataractes pour qu'il n'y ait pas de liste d'attente en cataractes, une augmentation du volume PHPE, où toutes nos garanties sont respectées. Est-ce qu'il y a des personnes qui ont des délais plus longs que six mois? Oui, c'est leur choix. On fait une offre à la personne pour avoir une intervention par un autre médecin, puis ils choisissent de rester avec leur médecin, et, parce que c'est leur médecin, ça prend plus longtemps de faire l'intervention. Mais, nous, on fait une offre à tout le monde, c'est la responsabilité d'assurer notre garantie d'accès.

Une de nos grandes préoccupations était en déficience intellectuelle, le trouble envahissant du développement, le TED. Il y avait beaucoup, beaucoup de familles qui avaient un enfant avec une difficulté puis il n'y avait pas de service. Ça prenait un service précoce. C'était nécessaire d'avoir quelque chose offert par notre réseau de première ligne qui... avant que l'enfant entrait officiellement dans le système avec un diagnostic, traité par une de nos cliniques-réseaux intégrées, traité par un de nos CRI... centres de réadaptation intellectuelle, CRDI. On a maintenant une capacité de traiter et de supporter à

domicile des familles qui ont un enfant avec difficultés, c'est notre programme de stimulation précoce. Et on a augmenté de 900 le nombre de personnes desservies chaque année. On a à peu près 8 000 clients à Montréal, dans ce secteur.

Il y a aussi l'accès de jeunes en difficulté, grand programme, qui est le programme CAFE, Crise-ado-famille-enfance, dans nos 12 centres de santé. Chaque centre de santé a un programme maintenant, et 1 200 familles sont suivies dans ce programme.

Alors, cinq dernières années: beaucoup de volume dans plusieurs secteurs. Je vous fais un survol bref. Les détails sont dans vos fiches pour vous permettre de regarder les chiffres plus micros dans chacune des catégories, et on va les sortir lors du moment de répondre à vos questions.

La qualité. Maintenant, si je regarde la qualité, qu'est-ce qu'on a fait de la qualité? Concernant la qualité, il y avait évidemment les visites ministérielles depuis 2004, structurées, systématiques: un rapport qui sort de chaque visite, une application du rapport suivie par l'agence, mise en place par l'établissement — c'est très structuré, ce qu'on n'avait pas avant — le suivi des infections nosocomiales dans chacun de nos établissements et surtout, dans certains établissements vétustes où la difficulté était encore plus grande, et on a réussi à maîtriser cette problématique.

● (14 h 20) ●

Et la certification. On a 279 résidents en opération à Montréal, 235 sont certifiés, et le groupe qui ne sont pas certifiés, c'est lié à des règlements municipaux, c'est des règlements... différents articles de la loi qui a des exigences que les municipalités, surtout pour le feu, doivent regarder. Alors, ils sont tous en train d'être certifiés. Juste de faire cet exercice, visiter tout le monde, le niveau d'interaction, de dynamique avec des entrepreneurs de ces environnements, des propriétaires de ces environnements était quelque chose, et je félicite vraiment l'équipe de Montréal.

Dans les cinq dernières années, la prévention et la promotion... Et c'était un de nos engagements au début, parce qu'avec la fusion notre équipe de CLSC était très préoccupée que la prévention et la promotion, on va les écarter. Et on a pris un engagement ferme que la prévention et la promotion vont rester au centre de nos préoccupations. On a fait cet engagement avec nos établissements. Santé publique de Montréal a supporté le développement des directeurs de santé publique dans chacun de nos 12 centres de santé pour assurer la mise en application de programmes, des services intégrés en périnatalité et petite enfance, probablement un des grands programmes que le Québec a introduits et qu'on fait sur l'île de Montréal.

Les études de notre Santé publique sur la maturité scolaire a démontré que 35 % de tous les enfants qui entrent à l'école manquent au moins une des formations ou habilités requises pour réussir, 35 %. Juste là, il y a un travail important à faire. Et c'était tellement ciblé, l'étude, que ça nous a permis de définir des quartiers et même des rues où se trouvent les clientèles qui ont de la difficulté. Et c'est le type d'intervention qu'on fait avec notre Santé publique. Salubrité et moisissure, à Montréal, avec le vieillissement de nos bâtiments, est sérieux, et le nombre d'enfants qui arrivent en pédiatrie avec des troubles et des problèmes respiratoires liés à ça est documenté, et c'est très lié à ces facteurs. C'est pourquoi on a des relations avec la ville de Montréal, très étroites, pour essayer de régler ces problèmes. Chaleur accablante était juste un exemple de qu'est-ce qui a passé tout récemment et a passé, l'année passée, d'une façon plus sérieuse que cette année.

Immobilisations, en termes de choses qu'on a faites, c'est des investissements autour de — jusqu'à date faits et planifiés d'être faits — presque 7 milliards de dollars. C'est des montants importants. Évidemment, il y a le CHUM, CUSM, Sainte-Justine, le Jewish, mais il y a une multitude d'autres projets de rénovation des salles d'urgence, d'amélioration des salles d'op dans nos établissements, à travers toute l'île de Montréal.

L'informatisation. Une des grandes choses qu'on est fier à Montréal, c'est qu'il a été décidé d'avoir une seule et unique plateforme de DCI, dossiers cliniques informatisés, à travers toute l'île de Montréal. Tout le monde va être sur la même plateforme. Et ce programme devrait être complété, on espère, dans nos établissements, d'ici 24 à 30 mois pour permettre à tous nos établissements d'être exactement sur le même format: tu regardes l'écran, peu importe où vous travaillez, et c'est exactement le même écran, avec exactement la même façon de chercher des informations dans le dossier clinique de la personne. Et on est en train actuellement d'entrer dans les bureaux des médecins, nos 48 embryocliniques, qui sont plus larges qu'un embryon maintenant, où on introduit l'informatique très bientôt.

Beaucoup d'information à la population, des brochures régulièrement. Vous pouvez aller sur le Web et regarder qu'est-ce que c'est. Il y a un nouveau *Portail Santé Montréal*, vous pouvez y avoir accès même actuellement; des grandes campagnes de prévention ou de promotion données par la Santé publique à Montréal.

Les situations d'urgence. Je ne vais pas en détail de chacune, mais on a eu le... rapatrié des personnes du Liban, il y avait l'événement du collège Dawson. H1N1, à deux moments, ou au printemps ou à l'automne, où on était obligés de vraiment organiser tout Montréal. On a monté des cliniques de grippe, on a vacciné 1 million de personnes sur l'île de Montréal pendant cette période-là. Il était très structuré. On est tous heureux et contents que ce virus n'ait pas été plus virulent et dangereux pour la population, mais l'équipe était prête. Et il y a, tout récemment, Haïti, l'accueil des rapatriés. C'est fini.

Qu'est-ce qu'on a fait depuis cinq ans avec, évidemment, la gestion financière? On dit que, quand on met quelque chose à la fin, ça devient l'important — je ne sais pas si c'est à la fin ou en premier. Pour moi, avec la responsabilité financière sur l'île de Montréal, notre budget a changé de 4,5 à 6,1 milliards de dollars. La majorité des changements en cinq ans, c'est l'indexation chaque année, il y avait les coûts salariaux et il y avait une portion du développement. Et on a réussi d'être à l'intérieur de notre cible déficitaire, c'est-à-dire en équilibre, selon nos exigences, toutes ces années, sauf l'année passée. L'année passée, j'avais deux établissements, j'avais Sacré-Coeur et j'avais l'établissement de Lakeshore qui étaient chacun en difficulté. Dans un cas, on a maintenant une supervision qui a été mise dans l'établissement de Sacré-Coeur et, dans l'autre cas, de Lakeshore, il y a surveillance très, très présente dans l'établissement.

Alors, c'était ça, notre situation financière. Et actuellement je vais en parler, de nos grands défis, ça va être le défi d'optimisation. Je pense qu'il me reste 10 minutes?

Le Président (M. Sklavounos): Vous avez un petit peu... Vous avez 11 minutes.

M. Levine (David): 11 minutes. Merci. Alors, les grands défis à Montréal. Et ça, c'est ce qui est en cours actuellement. Et qu'est-ce qui va arriver dans les cinq prochaines années? Le premier grand défi, c'est l'urgence, c'est vraiment de trouver un moyen de régler, dans la mesure possible en permanence, ce problème-là. Et, pour régler le problème, il y a beaucoup de fronts qui doivent être travaillés en même temps.

0-24 heures, c'est l'objectif, ça veut dire: on entre, on ne reste jamais plus que 24 heures à l'intérieur d'une urgence et on est transféré dans un autre environnement, transféré à domicile, transféré pour une revisite dans une clinique. Il faut organiser ça. Pour faire ça, un, pour le moment, on répond à une hausse de demandes; le vieillissement de la population, 37 000, 85 ans et plus; 30 000 ambulances de plus par année de qu'est-ce que c'était. Et c'est quand même significatif, c'est comme l'hôpital complet de Sacré-Coeur — il en reçoit à peu près 13 000 par année de plus — qui était rajouté au système montréalais.

Quand on regarde cette complexité, il faut non seulement l'absorber pour que la situation n'empire pas, mais il faut améliorer et changer. Et notre objectif est de diminuer par une offre différente l'utilisation de nos urgences comme une de nos stratégies, alors: le soutien à domicile et l'hébergement pour sortir de la clientèle, puis on a des projets là-dessus; une meilleure prise en charge médicale des personnes hébergées pour que les gens — 14 000 personnes hébergées à Montréal, 27 000 personnes, dans le réseau privé, hébergées — ne viennent pas à l'urgence, parce qu'on a des équipes médicales et des équipes en soins à domicile chez eux. Ça, ça serait un changement de la clientèle la plus vulnérable.

Après ça, on a d'assurer une meilleure prise en charge médicale pour les personnes avec une maladie chronique. Si on est capables de faire le suivi: beaucoup moins de visites à domicile. Il faut faire une meilleure prise en charge des personnes qui utilisent d'une façon fréquente... Il y a des personnes qui vont 20 à 25 fois à l'urgence par année. Toutes les deux semaines, ils se trouvent à l'urgence. Il faut trouver moyen d'avoir une prise en charge de cette clientèle qui l'utilise fréquemment. On a un programme actuellement pour que des personnes qui visitent plus que cinq fois par année soient toutes dépistées, avec un programme de suivi des besoins de cette clientèle.

Alors, il y a beaucoup mesures, mais une des grandes mesures, c'est de changer, à l'intérieur de l'hôpital, comment le corps médical, et de l'urgence et des spécialistes, utilise l'urgence et comment il donne une première priorité à l'urgence pour l'organisation. Comme j'ai dit, la première ligne médicale est la clé du succès d'un système de santé. On doit encourager une meilleure collaboration entre omnis et spécialistes. Ça, c'est particulièrement important. Et, le réseau de Montréal, vous l'aurez dans nos chiffres, pour chaque 100 spécialistes à Montréal, on a 59 omnipraticiens. En Montérégie, pour chaque 100 spécialistes, ils ont 130 omnipraticiens. Alors, ça vous dit très clairement que le nombre de spécialistes à Montréal est très, très, très fort, en donnant les CHU, en donnant le milieu académique, mais l'offre de services est une offre basée hospitalocentrique, au lieu d'une offre qui était basée première ligne en médecine de famille. Et ça, il faut faire cette transformation.

● (14 h 30) ●

Il y a un consensus de le faire. Il faut assurer accès aux services diagnostiques de nos omnipraticiens, implanter, comme je dis, le dossier clinique dans le bureau des médecins pour qu'eux ont accès aux médicaments que l'individu prend dans la pharmacie. Et les quatre logiciels qui viennent d'être approuvés sont quatre qui peuvent se brancher avec le DSQ-médicaments, qui viennent d'être placés pour avoir accès. C'est les erreurs de médicaments qui sont probablement une des plus grandes causes de difficulté pour des personnes et un coût très important dans notre système.

Pour les services aux personnes âgées, il est la grande transformation avec une vision qui dit: Comment on peut assurer de faire une offre mieux appropriée aux besoins de la clientèle? On a créé le réseau intermédiaire pour personnes âgées, qui existe déjà en santé mentale, qui existe déjà dans d'autres secteurs de déficience intellectuelle mais qui n'existait pas pour personnes âgées. Alors, on crée ce réseau-là pour une clientèle plus légère qui avant était dans nos centres d'accueil. Il y a 25 ans, on faisait des centres d'accueil. Là, la clientèle est dans une RI.

Et on a nos lits d'hébergement qu'il faut rehausser, parce qu'à Montréal on avait 6 000 lits, 2,5 heures-soins disponibles pour la population. Aujourd'hui, on a besoin de 10 000 lits, trois heures-soins et plus pour la population. C'est un changement majeur de l'alourdissement de la clientèle. Et, dans ces cinq ans-là, déjà, parmi... on est probablement à 8 000 têtes, le nombre de lits rehaussé. Pour être capables d'offrir trois heures et plus, il nous reste encore un certain nombre de lits à faire. Alors, c'est une transformation importante dans le réseau d'hébergement et c'est une préoccupation de tout le monde. Soins à domicile à augmenter, comme je l'ai dit tout à l'heure, pour aider et supporter ce projet.

Si je regarde les services de santé mentale, c'est une transformation majeure parce que c'est un mouvement de service à l'intérieur de l'hôpital vers un service de première ligne. C'est de... dans les 12 centres de santé, une équipe de santé mentale capable de répondre aux besoins des omnipraticiens qui desservent la population et dépistent un problème de dépression, dépistent un problème de santé mentale sans envoyer la personne à l'urgence, des équipes dans chacun de nos 12 centres de santé, qui ont des omnipraticiens qui ont une formation en psychiatrie et qui ont un psychiatre répondant qui vient d'être négocié avec la FMOQ pour être capable d'être disponible pour répondre aux besoins — changement de médicaments ou autre chose — de ces patients au lieu d'être obligé de retourner à l'hôpital.

On transfère presque 58 millions de dollars du réseau hospitalier vers la première ligne. Ce n'est pas un transfert facile. Quand tu enlèves de l'argent d'un réseau pour mettre dans un autre réseau, vous avez toute la résistance qui vient de ces milieux-là. Alors, c'est un élément important, et on investit de l'argent régional pour le supporter. Argent régional veut dire: l'argent qu'on est capables de prendre dans notre budget et investi dans un secteur qui est nouveau.

Dans le secteur de la prévention, on a vraiment accentué l'effort enfants, jeunes. Comme j'ai dit, les données et les statistiques, la situation de la maturité scolaire, si on ne le fait pas, on va être en grande difficulté. Le nombre d'enfants — primaire, secondaire — des familles immigrantes... Six enfants sur 10 sont d'une famille qui est dite immigrante, pas née

au Québec, actuellement. Et c'est un milieu qui a besoin d'une aide et d'un support, surtout pour l'entrée à l'école. On a vraiment à changer une philosophie d'un corps médical et entrer la médecine préventive dans la pratique de notre corps médical.

L'itinérance: grande préoccupation. Un suivi, des rajouts de lits, des rajouts de volume. Nouvelle clientèle, nouveau type de clientèle en itinérance. Et ça, c'est le phénomène: itinérant en perte d'autonomie, itinérant santé mentale. On commence à avoir plusieurs combinaisons. Préoccupation grande. Il y a des programmes qu'on peut vous expliquer en détail, qu'est-ce qui a été rajouté, des dernières années.

Disponibilité de la main-d'oeuvre. La main-d'oeuvre, pour Montréal, est un problème. Il y a un mouvement vers l'extérieur de Montréal. Il y a du développement dans la périphérie. On a de plus en plus de préoccupation de la main-d'oeuvre: un, réduire la main-d'oeuvre indépendante, un engagement de réseau, déjà des démarches extrêmement importantes dans nos centres de santé et en hébergement pour réduire la main-d'oeuvre indépendante. Il faut trouver le moyen de recruter, de motiver et une fois... de motiver et de garder, de retenir par un climat qui est vraiment intéressant pour notre main-d'oeuvre.

Et dernièrement — je vais un peu conclure là-dessus — c'est la question de l'optimisation. Si on veut atteindre nos objectifs et réussir à faire, il faut qu'on fasse tout ça à l'intérieur des ressources qu'on a disponibles. On ne peut pas s'attendre aujourd'hui d'avoir des nouvelles ressources. Mais il y a un potentiel extraordinaire dans l'optimisation de notre système. On a des façons de faire qui sont différentes, il y a de nouvelles technologies qui peut nous aider.

Je vous donne simplement un exemple, qui était la réorganisation, en soins à domicile, de la façon de faire, de l'organisation, des routes et l'utilisation de la technologie — je ne vais pas en détail pour l'instant — qui a augmenté de deux visites par jour, de cinq à sept visites par jour, en moyenne, dans notre Centre de santé Pointe-de-l'île, qui a débuté en première cet exercice. Alors, il y a un potentiel de répondre aux besoins par une optimisation de l'offre de services.

Contexte montréalais complexe, population âgée, population pauvre. On sait quoi faire. Il faut le faire, l'équipe est prête. Et je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, merci beaucoup, M. Levine. Nous savons à quel point il est difficile de mettre en 30 minutes toute l'information que vous avez dû résumer pour les membres. Et, bien, c'est très apprécié des membres de pouvoir préserver le temps d'échange, qui est considéré très, très important et très cher aux membres.

Je vais tout de suite céder la parole du côté ministériel. Et l'indication que j'ai, c'est que ce sera M. le député des Îles-de-la-Madeleine qui pendra la parole en premier, et qui est également l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, vous avez la parole.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. D'abord, laissez-moi vous dire que je suis extrêmement heureux de vous retrouver comme collègue mais également comme président de cette commission. Permettez-moi également de saluer mes collègues députés ministériels qui sont avec nous aujourd'hui, saluer également les députés de l'opposition. Je salue, bien entendu, le personnel de l'Assemblée nationale et particulièrement le personnel rattaché à cette commission, évidemment mes collègues, mes anciens collègues du réseau de la santé, que je retrouve avec plaisir aujourd'hui: M. Levine, qui est le P.D.G., le président-directeur général de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal; Mme Louise Massicotte, dont j'ai eu le plaisir et l'agréable bonté de travailler avec son fils Donald, dont vous me disiez qu'il est actuellement directeur général d'un CSSS, alors vous lui transmettez mes salutations; le Dr Louise Ayotte, soyez saluée également; Dr Richard Lessard également; et le personnel qui vous accompagne. J'aimerais aussi dire bonjour à tous les auditeurs du Canal de l'Assemblée nationale...

Une voix: ...

● (14 h 40) ●

M. Chevarie: 700 000, qu'on me dit. Enfin, bonne commission à tous, à tous les participants et surtout aux différents représentants des agences de santé et de services sociaux.

M. le Président, vous allez me permettre de faire un petit retour en arrière par rapport à ma première question pour les représentants de l'Agence de santé de Montréal. J'aimerais revenir en arrière de quelques années, puis ça va un peu dans la suite de ce que M. Levine nous présentait, c'est-à-dire j'aimerais aborder la question de la grande réforme du réseau de la santé et des services sociaux, qui a débuté dans les années 2003, et ce fut une réorganisation majeure pour le réseau. On sait, on va se rappeler, M. le Président, qu'il y a eu des fusions d'établissements: CLSC, hôpitaux, CHSLD, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, la création des CSSS bien sûr et la création des réseaux de services intégrés.

En 2006, M. Levine, quand vous vous êtes présenté ici, à cette commission, à cette audition, vous étiez à consolider le réseau de santé et de services sociaux de l'île de Montréal. Et j'aimerais, partant de ce point-là, avoir votre appréciation de cette grande réforme du système de santé et, en même temps, d'avoir votre opinion sur qu'est-ce que ça a changé. Quels sont les grands éléments majeurs de cette réforme-là sur le plan positif pour une agence de santé comme celle de Montréal et toute l'organisation des services sur votre territoire?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. M. Levine.

M. Levine (David): Merci beaucoup, M. Chevarie. La question est quand même fort intéressante, parce que c'est effectivement une réforme majeure, une réforme qui a créé 12 centres de santé. Et je vais vous donner des résultats de la réforme en vous parlant de quelques-unes de nos particularités de Montréal. Sur 95 centres de santé à travers le Québec, 78 ont un CH intégré dans leur centre de santé. Et c'est uniquement des très, très, très, tout petits centres de santé dans des régions très éloignées qui n'ont pas un CH. À Montréal, sur 12 centres de santé, cinq ont un CH, sept n'en ont pas.

Alors, je réponds à votre question en disant: Le centre de santé qui a un CH — je parle de Verdun — était notre premier centre de santé qui a mis sur pied la gestion maladies chroniques en diabète, parce qu'ils ont pris des médecins de l'hôpital avec leur équipe de CLSC, et les ont mis ensemble. Puis il était le premier à développer. Alors, la réforme a permis une continuité de services, ça a permis une intégration de services, ça a permis une meilleure dynamique entre les professionnels.

Pour les centres de santé qui n'ont pas un CH, eux ont besoin de négocier avec le D.G. de l'hôpital, de voir à arrimer leur alignement pour une offre de services. Alors, c'est un niveau de complexité de plus pour Montréal; on vit avec. On sait pourquoi c'était le cas, c'est les grands CHU. Puis les grands CHU voulaient garder leur mission principale de recherche, d'enseignement et de soins tertiaires, mais ça pose une dynamique particulière montréalaise. Mais les résultats de la réforme pour Montréal restent quand même fort intéressants. Notre capacité d'introduire le programme CAFE en jeunesse — parce qu'on avait 12 centres de santé bien organisés — et avoir le support des centres jeunesse, le support de l'ensemble de l'activité des CLSC, à l'époque: beaucoup plus facile dans un environnement intégré. Notre capacité maintenant de sortir quelqu'un de l'hôpital et de le placer en hébergement, avec une évaluation appropriée: plus facile que c'était.

Alors, l'intégration de services, je pense, était une des grandes, grandes réussites de cette réforme. Les cinq premières années étaient un travail là-dessus. Les cinq prochaines, et c'est un consensus de tous nos D.G.: il faut travailler sur l'intégration clinique, et c'est l'intégration clinique, qui est la meilleure prise en charge de la personne dans un continuum, qui doit être le focus maintenant. On débute ça depuis les deux dernières années, mais il faut vraiment l'implanter. Les premières années étaient la consolidation administrative et des optimisations, financièrement, qui étaient obtenues parce qu'on a réussi à combler la demande, pendant cette période-là, avec la croissance de la demande sur l'île de Montréal. Alors, voilà un peu mes commentaires sur la réforme jusqu'à date pour Montréal.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles.

M. Chevarie: Merci. Comme question complémentaire par rapport à ce volet-là, vous l'avez exprimé tantôt dans votre présentation, certains CLSC, puis, je dirais, probablement la plupart des CLSC avaient des craintes particulièrement sur, je dirais, des pertes sur l'approche préventive. Puis, bon, ça, c'était un élément qui soulevait les préoccupations du réseau CLSC. Il y a également, dans un vaste chantier comme ça, toute une culture organisationnelle, je dirais, à modifier, puis une nouvelle culture à prendre place. Est-ce que vous avez l'impression que ces craintes-là ont été atténuées actuellement, et que la période de consolidation est faite, et que vraiment les CSSS prennent, je dirais, une vitesse de croisière pour réellement assumer leur mission dévolue par la loi?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. M. Levine.

M. Levine (David): Je pense que la meilleure personne pour répondre est Mme Tremblay, présidente du conseil d'administration de Lucille-Teasdale. Elle était une des personnes les plus farouches pour garder... Elle était présidente de CLSC à l'époque. Vous savez, l'Est de Montréal, c'était un milieu assez... communautaire très dynamique. Je suis avec elle, parce que je rencontre les 12 présidents régulièrement, et elle est très fière et très contente de l'intégration qu'ils ont actuellement. Elle ne sent aucunement que le rôle, les valeurs ni la mission des CLSC n'est compromis. Elle semble d'ailleurs avoir plus de ressources, une masse critique plus large pour être capable d'avoir ces préoccupations. Et sa mission, pour elle — parce qu'il n'y a pas un CH... — c'est d'introduire ces valeurs dans les CHSLD. Il y a des coins qui ont intégré 11 CHSLD dans leurs nouveaux centres de santé, et leur budget a augmenté d'une façon très importante, qui a permis une équipe de gestionnaires, une masse clinique plus solide, mais qui ont gardé tous les mêmes valeurs. Et, pour moi, je pense que c'est une des garanties.

On a introduit un système dans tous nos établissements, d'être des établissements promotion de la santé. Et l'agence a parrainé ce projet-là, qui était un projet de l'Organisation mondiale de la santé. La majorité des établissements de Montréal sont maintenant partie de ça. Il y a d'autres établissements canadiens qui suivent, parce qu'on parraine cette activité promotion de la santé dans nos établissements de santé pour avoir cette attitude et cette vision. Et c'était une promesse, comme je vous ai dit, de l'agence.

Je pense que je vais passer quelques minutes à Richard parce que mon collègue ici était une des personnes les plus farouches, et on a eu les plus grandes discussions, lui et moi, sur cette question: Est-ce qu'on va être capables de continuer à assurer la prévention et la promotion sur l'île de Montréal?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Levine. Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): Merci. Alors, oui, rapidement. J'avais cette crainte-là évidemment parce que les demandes du côté du curatif sont tellement grandes et sont tellement pressantes à chaque jour que quelquefois on a tendance à vouloir dire: Bien, la prévention, ça peut toujours attendre. Mais, quand on attend, on finit par payer pour, aussi.

Je peux vous dire qu'on a veillé... et l'agence a continué à veiller et à développer le secteur de la prévention à Montréal de telle sorte qu'au cours des années ou, en tout cas, des cinq, six dernières années, il y a eu des augmentations de budget en prévention dans les CSSS. Le plus gros défi a quand même été de revoir avec chacun des CSSS leurs interventions en prévention pour essayer de les rendre un peu plus standardisées d'un territoire à l'autre et en arriver à avoir aussi un peu plus d'efficacité. J'avoue qu'au début le mot «prévention» voulait dire beaucoup de choses différentes pour bien des personnes, et il a fallu s'entendre avec un petit peu les 12 CSSS pour travailler à de nouveaux alignements, qui ont été acceptés et autour desquels maintenant on travaille.

Alors, je peux vous dire que c'est sûr que je souhaiterais, comme directeur de la prévention et de la santé publique à l'agence, que les budgets de prévention soient encore plus importants, mais on n'a pas perdu, et il y a eu certaines augmentations dans des secteurs particuliers, névralgiques pour la prévention dans la région de Montréal.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles.

● (14 h 50) ●

M. Chevarie: Un petit commentaire avant d'aborder une deuxième question. Pour beaucoup, au tout début, ça semblait mission impossible, et, particulièrement pour la grande région métropolitaine, c'était tout un défi, comme le Dr Lessard le mentionne. Je constate que le bilan que vous en faites est très positif et je pense que c'est important de le souligner. Et vous dire bravo également, parce qu'on sait que, dans le réseau de la santé et des services sociaux, souvent c'est les petites choses plus ou moins réussies qui font les manchettes, mais, dans ce cas ici, je pense que c'est une vaste opération qui a été bien menée par l'ensemble des agences de santé et par le réseau. Et je pense que les profits vont directement au service à la clientèle, et c'est important de le souligner.

Ma deuxième question, je ne sais pas si on aura vraiment tout le temps de l'aborder, mais ça concerne le portrait sommaire que vous faites de l'île de Montréal. Et un des éléments qui ont porté mon attention sur le sujet, c'est la forte prévalence des maladies chroniques et également les écarts importants, je dirais, sur le plan sociosanitaire à l'intérieur de la grande région de Montréal. J'aimerais ça que vous me donniez un petit peu d'information, de détails sur ces éléments-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. M. Levine.

M. Levine (David): Bien, pour répondre à cette question, je vais passer vraiment à l'expert, qui connaît ça au bout de ses doigts. Alors, à Richard de répondre.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): Merci, M. Levine. Je vois que les attentes sont élevées. Mais c'est sûr que les maladies chroniques, c'est ce qui rend le monde malade aujourd'hui. La définition des maladies chroniques, juste pour qu'on s'entende, c'est essentiellement des maladies dont on mourait rapidement auparavant, et maintenant on vit tout le reste de notre vie avec ces maladies-là. Et ça entraîne évidemment des services médicaux, pharmacologiques et physiothérapie...

M. Chevarie: ...est-ce que vous pourriez nous en donner quelques-unes, de ces maladies, pour le bénéfice de nos auditeurs?

M. Lessard (Richard): Très bien. Alors, par exemple, la classique, auparavant c'étaient les maladies du cœur pour lesquelles on mourait relativement rapidement, mais, avec les traitements et les modifications des habitudes de vie des patients et des patientes eux-mêmes, on s'est aperçu qu'on vivait beaucoup plus longtemps et les interventions nous gardaient en bonne santé. Mais rapidement on s'est aperçu qu'il s'est développé des complications, comme par exemple l'insuffisance cardiaque, qui demandent aussi d'autres services par la suite et d'autres interventions. Mais maintenant on peut vivre avec une maladie cardiaque. Si on fait un infarctus à l'âge de 55 ans, on peut vivre jusqu'à 65, 70 ans sans trop de difficulté.

Et il y en a d'autres, comme le sida par exemple, qui, dans les années quatre-vingt-cinq, quatre-vingt-dix, c'était une question de mois, vraiment, là, le sida, mais maintenant, avec la trithérapie, vraiment la survie est vraiment extraordinaire, mais ça demande des services. Bon, la même chose pour certains cancers pour lesquels la mortalité était élevée, maintenant la survie, là, est extrêmement intéressante, et importante, et augmente tout le temps pour un ensemble de cancers pour lesquels aussi, dans certains cas, la prévention est possible. On peut parler aussi — un autre — de l'arthrite ou des maladies... l'arthrose, dégénérescence, bon, des articulations. On vit longtemps, mais ça demande de la physiothérapie, ça demande des orthèses, ça demande des médicaments.

Donc, toutes ces maladies-là avec lesquelles on vit pendant longtemps, c'est devenu la caractéristique de ce qui est occupé le service de... le système de santé à peu près à 75 %. Alors, pour l'ensemble des systèmes de santé sur la planète, on est passés d'une période où, il y a, mettons, 50 ans, c'étaient les maladies infectieuses qui étaient ce dont les gens mouraient et étaient malades. Et les maladies infectieuses, ça nécessitait peu d'intervention. Avec les médicaments, avec les antibiotiques, on pouvait traiter rapidement, et le problème était réglé. Et ça demandait donc une organisation qui répondait rapidement mais pour laquelle la continuité des soins était moins importante puisque le problème était réglé rapidement.

Mais, avec les maladies chroniques, c'est tout une autre organisation, une autre façon de raisonner ou d'organiser le réseau de la santé qui est mise de l'avant parce que, là, la continuité des soins et la coordination des soins est devenue importante, d'où l'idée des cliniques-réseaux intégrées, d'où l'idée du travail multidisciplinaire, d'où l'idée des registres de patients par maladie, pour être capable d'assurer cette continuité-là.

Alors, c'est cette nouvelle vision de l'organisation des soins qui s'implante depuis, je dirais, bon, petit à petit, un 15 ans, 20 ans au Québec, mais qui a besoin d'être accélérée, et qui a été accélérée en particulier à Montréal, au cours des quatre, cinq dernières années, à l'occasion de la fusion des organisations.

Donc, on voit que c'est devenu le fardeau du réseau de la santé, le fardeau du ministère de la Santé et de ceux qui y travaillent, de trouver des façons soit de prévenir les maladies chroniques ou de faire en sorte qu'elles arrivent le plus tard possible et, quand les maladies arrivent, de les entreprendre ou de les diagnostiquer et d'apporter les soins d'une façon continue le plus rapidement possible pour empêcher les complications, parce que c'est les complications finalement qui coûtent cher parce que ça nous amène à l'hôpital et que ça détruit aussi notre santé et notre qualité de vie.

Donc, c'est toute une nouvelle façon, qui s'est passée dans les 40, 50 dernières années, d'organiser les services de santé, et ça prend du temps. Il y a de la résistance. Et les nouvelles modalités de travail en groupe, c'est difficile à implanter, la multidisciplinarité, le travail des infirmières, des médecins, des pharmaciens, en fait, de tous ceux qui travaillent. Et maintenant il faut qu'ils travaillent ensemble à partir de systèmes informatisés. C'est long à implanter, mais c'est ce que ça prend maintenant pour avoir un système de santé efficace.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le député des Îles, il reste deux minutes pour la question et la réponse, si vous avez une courte question.

M. Chevarie: Oui, merci, M. le Président. J'ai abordé, dans cette question-là, les écarts à l'intérieur de l'île de Montréal. J'aimerais ça peut-être en quelques secondes si vous pouvez nous expliquer un peu cette affirmation-là, là, ou ce constat que vous faites.

M. Lessard (Richard): Essentiellement, je pense qu'on observe à Montréal, depuis longtemps, selon le quartier où on habite, des taux de maladies qui varient en fonction des facteurs socioéconomiques. C'est bien connu, là, je ne vous apprend rien, vaut mieux être riche et en santé que pauvre et malade. Mais, à Montréal, on observe des différences importantes et des surplus de morbidité et de mortalité, donc d'utilisation des soins, en fonction des caractéristiques des populations et en particulier des quartiers où ils habitent, parce que les quartiers tendent à concentrer la pauvreté et les effets de la pauvreté.

Alors, c'est une des caractéristiques principales de Montréal, et je vous dirais que, comme directeur de la santé publique, c'est ce qui me préoccupe le plus, parce que, si on veut diminuer à moyen et long terme l'excès de mortalité et de morbidité associé aux conditions socioéconomiques... C'est pour ça qu'on travaille en particulier sur le développement des tout-petits, qu'on s'assure que, quand ils sont prêts à rentrer à l'école et que les programmes qui visent les 0-5 ans sont le plus développés possible pour donner le maximum d'efficacité.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va. Merci beaucoup, M. le député des Îles, M. Lessard. Alors, je vais tout de suite céder la parole de l'autre côté, à l'opposition officielle, et à Mme la députée de Taschereau, qui est la porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Permettez-moi de vous saluer ainsi que saluer tous les collègues des deux côtés de cette commission parlementaire. Bonjour. Bonjour, M. Levine. Bonjour, les gens de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Très heureux — et je pense que je parle au nom de mes collègues — très heureux et heureuses de vous revoir après cinq ans. C'est beaucoup trop long. Je pense qu'on a besoin de faire ce genre d'exercice régulièrement.

Je vais vous dire, c'est beaucoup de boulot, un, d'abord pour l'agence. Vous nous avez fourni en grande quantité énormément d'éléments d'information qui, je pense, vont être utiles à tous les collègues qui travaillent comme députés sur l'île de Montréal, pour mieux comprendre la situation. Merci. Votre agence a fait un travail extrêmement complet. Vous avez fait... Vous nous avez vraiment permis de comprendre la situation montréalaise. Merci pour votre présentation. Je sais aussi que l'Assemblée nationale et le service de recherche ont dû, donc, travailler très fort aussi à partir de cette documentation que vous nous avez fournie. Merci à eux aussi.

Une première question, d'entrée de jeu. Je sais que vous avez soulevé nombre de réussites de l'agence, je tiens à les... Je vais en énumérer quelques-unes, parce que, nous aussi, on est contents quand la situation sociosanitaire s'améliore. La façon dont vous avez travaillé sur le diabète, la cataracte, la prévention du suicide, c'est une belle réussite. Le *Portail Santé Montréal*, dont on se parlait, qu'on disait qu'il est vraiment un bel outil, bien fait, vous avez... de ce côté-là, c'est un modèle.

Mais évidemment, nous, on veut parler aussi, il faut le dire, des situations où il y a plus de problèmes et où on essaie de voir, comprendre comment vous voyez les échéanciers, comment vous voyez les défis de l'avenir, comment vous pouvez répondre à ces défis.

Première chose, je vais parler de l'agence elle-même, si vous permettez. Au fil du temps, beaucoup de personnes ont questionné la présence des agences sur les territoires. Nous, on a pris une position disant qu'on pense que les agences doivent exister. Il y a vraiment des particularités régionales qu'il faut prendre en compte et... Mais sauf qu'il y a eu un mouvement dans les organisations, dans les structures sociosanitaires, il y a eu d'abord... Évidemment, il y a les CHU et les CHA, et beaucoup d'hôpitaux montréalais sont associés soit à un centre hospitalier universitaire soit à un centre hospitalier affilié, et, depuis, il y a eu la formation des CSSS aussi. Donc, l'administration de la coordination des établissements aurait dû se simplifier, aurait dû être plus facile à faire. Pourtant, les effectifs de l'agence, dans les cinq dernières années, ont augmenté de 22 %. Sur ces cinq années-là, on est passé de 268 ETC à 338 équivalents temps complet. Qu'est-ce qui a nécessité une telle augmentation d'effectifs?

● (15 heures) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. Levine.

M. Levine (David): Je vais débiter la réponse. Parce que, le nombre d'effectifs, il faut comprendre, des fois ils sont à temps complet, permanents dans l'organisation, et c'est les effectifs qui sont engagés pour des projets qui peuvent avoir une durée de trois ans, titre à demande du ministère d'implanter tel programme lutte contre le cancer ou d'implanter tel autre programme. On avait des CHE. Les CHE étaient un travail supplémentaire pour développer le budget de l'an 1. On a fait l'analyse clinique de ces CHE pour être capable de fournir ça au ministère pour être capable d'accepter des grands projets. Alors, il y avait plusieurs activités.

Une des plus grandes croissances, c'était l'informatique. L'informatique était un consensus de réseau de Montréal de prendre le budget régional et de transférer une certaine somme pour le développement de technocentre. Alors, on a un technocentre à Montréal qui commence à être de plus en plus significatif. Je pense qu'on a à peu près 80 personnes qui travaillent, au moins, dans le technocentre actuellement. Alors, on a un développement d'une reconcentration informatique à l'île de Montréal, et notre technocentre remplace de l'activité qui était faite individuellement dans les établissements. C'est pourquoi on a pris de l'argent de réseau de ces établissements, avec leur acceptation, et qu'on l'a mis dans le technocentre, pour faire une offre qui est plus efficace.

Alors, il y a un rôle qu'on joue qui est, oui, un peu de surveillance, gestion, coordination, mais on a certains rôles qui sont actuellement une offre de services. On a une équipe d'une trentaine de personnes qui gèrent les admissions, les admissions, à Montréal, dans nos 14 000 lits. Et 14 000 lits, c'est assez complexe parce que le monde se déplace, à Montréal, beaucoup. Alors, c'était une équipe... Mais eux font une offre, ils font actuellement le placement des personnes. Alors, Montréal est un peu particulière dans ce sens-là, dans son développement.

Actuellement, on a une réduction importante de la main-d'oeuvre. Il y a un poste cadre sur deux à la retraite qui est coupé. On vient d'enlever six postes cadres dans la structure. Et, dans la main-d'oeuvre, il y a une réduction parce que, moi, j'ai une exigence de réduire mon budget de 20 millions à 18 millions avec la loi n° 100, c'est-à-dire de redresser 10 %, jusqu'à 2014, des frais administratifs. Et toute l'agence était considérée autre que santé publique qui fait une offre de services comme frais administratifs. Alors, je dois aller de 20 millions à 18 millions comme budget, qui est une implication d'au moins 25 postes. Et ça, c'est en cours actuellement. On ne remplace pas des postes qui quittent. Alors, on distingue. Quand, maintenant, il y a un projet spécial, on dit: Ah! S'il y a un projet spécial, est-ce qu'il y a une portion de l'investissement qui va à nous pour administrer le projet? Une fois qu'il est implanté, on va le remettre. Mais on va être très précis dans cette utilisation des fonds.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Donc, vous me dites que finalement, c'est majoritairement le technocentre? C'est 70...

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): ...il y a la certification nouvelle loi, la certification... Combien de personnes?

Mme Massicotte (Louise): Sept personnes.

M. Levine (David): Sept personnes nouvelles, certification. Parce que ça n'existait pas avant, puis là on a de l'argent pour faire la certification. Alors là, il y a des activités comme ça que, quand une loi est implantée ou il y a de nouveaux projets, on a de la main-d'oeuvre supplémentaire qui sont accordés.

Mme Maltais: Donc, cette main-d'oeuvre là, vous allez parfois la... Vous offrez des services régionaux à partir de ressources que vous allez chercher dans les établissements avec l'accord des établissements.

M. Levine (David): Exact.

Mme Maltais: Mais vous ne m'avez pas dit combien de personnes au techocentre. Parce que c'est la principale raison que vous avez évoquée au départ. Peut-être...

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Autour de 80 personnes. Je suis sûr que c'était une augmentation... Je peux vous donner... on va vous fournir des chiffres plus exacts là-dessus.

Mme Maltais: O.K. Mais ils seraient inclus dans les... ils seraient inclus dans les ETC de l'agence.

Mme Massicotte (Louise): Oui.

Mme Maltais: O.K.

Mme Massicotte (Louise): Il y en a une partie qui est incluse dans les ETC.

Mme Maltais: Une partie...

Des voix: ...

Mme Maltais: On pourrait avoir ça plus tard, ces informations-là? On l'aura pour les parlementaires.

M. Levine (David): Oui, plus détaillées sur exactement les postes, sûrement.

Mme Massicotte (Louise): Mais peut-être, si vous permettez...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): ...on a une personne de plus au niveau des mesures d'urgence aussi. On vous a dit tantôt, on a eu plusieurs séismes et interventions, donc on a augmenté d'une personne les services aux mesures d'urgence. C'est sûr que, quand David dit «on s'entend avec les établissements dans la transformation en perte d'autonomie et dans la transformation en santé mentale», durant la durée de la transformation, on a des gens qui pilotent le projet de transformation. Quand, par exemple, on a développé le cadre de gestion des ressources intermédiaires, on a consacré une équipe à la transformation. Ce sont des postes qui se sont ajoutés. On parle, là, de trois, quatre postes. La même chose en santé mentale, on avait trois, quatre postes en santé mentale aussi. Mais ce sont des postes qui ne seront pas permanents à long terme.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Massicotte. Alors, je sais que j'ai une demande de la part de Mme la députée de Pointe-aux-Trembles de prendre la parole. Comme elle n'est pas membre de la commission, ça prendrait le consentement des membres. Alors, est-ce que je peux prendre pour acquis que j'ai le consentement du côté ministériel et du côté de l'opposition officielle? Alors, sans plus tarder, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Merci, merci. C'est juste pour compléter, dans le fond, ce que ma collègue a fait. D'abord, je vais vous dire bonjour, moi aussi. Je peux entériner, dans le fond, le préambule de ma collègue de... sur tous les dossiers et me permettre aussi de vous dire qu'on a... avec le bureau de député aussi, mon bureau aussi, on travaille étroitement avec les membres de votre équipe. Je pense en particulier à Mme Massicotte, Mme Tardif, pour les dossiers de santé mentale et les ressources intermédiaires, là, et santé publique, avec M. le Dr Lessard. On en reparlera tout à l'heure, j'y reviendrai tout à l'heure.

Mais je veux juste compléter ce que dit la collègue, ma collègue. Parce qu'on a beaucoup de préoccupations du fait... par rapport vraiment au personnel que vous avez. Donc, là, vous nous donnez quelques explications, je suis contente de les entendre. Mais ce que j'entends beaucoup sur le territoire, c'est que, dans les demandes de services, par rapport à nos CSSS, le mien, moi, dans mon coin, de la Pointe-de-l'Île, c'est qu'on nous dit: Pour évaluer les besoins des personnes dans les heures-soins dans les services à domicile, les réponses sont: manque de personnel, manque de budget. Alors, il y a des attentes parfois plus d'un mois pour que les gens qui sortent de l'hôpital ou les gens qui veulent rester dans leur logement... Et ils n'ont pas les personnes. Alors, ils nous disent: Bien, nous, on est soit coupés ou soit qu'on n'a pas de personnel.

Alors, je fais le lien. Alors, quand on voit le plus de nombre d'ETC, donc la question est évidente... disait bon, bien, ça engage davantage. Puis il y a eu beaucoup de remue-ménage dans l'agence, déplacement de mandats, et tout ça. Alors, je mets ça en lien pour que vous puissiez me donner une réponse. Et comment se fait-il que notre monde n'a pas le service? Puis, une fois que peut-être ils l'ont eu, ils sont aussi en attente d'avoir la professionnelle pour y aller. Alors, il y a un grand, là... Il y a un problème au niveau de nos CSSS pour avoir de l'aide en soins à domicile.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Pointe-aux-Trembles. M. Levine.

M. Levine (David): Merci de la question. Juste pour mettre quand même en perspective, le budget de l'agence: 25 millions, le 5 millions, c'est en loyer, et des loyers qu'on paie pour nos établissements, ce n'est pas de la main-d'oeuvre; 20 millions, c'est de la main-d'oeuvre, et, sur le 20 millions, on coupe 2 millions pour aller à 18 millions. On est déjà dans un exercice de redressement important. Le réseau est rendu à 6,1 milliards. On suit et on implante des programmes dans l'ensemble d'un réseau de 6,1 milliards. Et j'ai confiance du niveau d'efficacité à l'intérieur de l'agence. On ne gaspille rien puis on essaie de donner au réseau le maximum, mais ce qu'on donne au réseau vient de 6,1 milliards, ne vient pas du 18 millions qu'on a pour gérer notre environnement.

Votre question est extrêmement pertinente. Pour le soin à domicile, pour répondre à l'ensemble de la demande, nos établissements ont de la difficulté de répondre. On a des listes détaillées par centre de santé. Vous pouvez avoir accès à exactement le nombre de personnes en attente et pour quel type de services. Quasiment partout, tu vois zéro attente soins infirmiers; beaucoup d'attente pour les services auxiliaires; beaucoup d'attente pour support. On était obligés de donner une priorisation à l'intervention à domicile, et je mets à côté soins à domicile intensifs, qui est un programme à part dans lequel on a investi puis on a 600 personnes là-dessus. 35 heures-soins, c'est presque 30 000 \$ par intervention qu'on fait à domicile pour ce type d'intervention. Mais les autres interventions, c'est une difficulté.

Une autre difficulté à Montréal, c'est le nombre d'interventions. Montréal, quand il y a un nombre d'interventions... La cible québécoise est 24 interventions. Montréal, on fait 36, en moyenne, interventions par client. Alors, vous pouvez poser des questions: Pourquoi à Montréal on fait 36 interventions, puis le reste du Québec fait 24? Parce que, si on faisait 24, on serait capables de réduire cette liste d'attente. Et la préoccupation de nos centres de santé, c'est de deux ordres: l'alourdissement de la clientèle et, deux, l'organisation du travail. Puis, comme je viens de vous dire qu'on a réussi d'augmenter de cinq à sept visites à la Pointe-de-l'Île, dans notre capacité, ça veut dire: ils mettent tout ça pour réduire les listes d'attente. On ne récupère aucun argent et même dans les exigences ministérielles dont tu es supposé d'avoir 3 millions regroupés à l'optimisation, le 3 millions était juste mis en soins à domicile. Alors, dans ce secteur-là, tout ce qui est amélioré est réinvesti. On fait le mieux qu'on peut. Vous avez tout à fait raison que cette liste existe. On priorise et on a essayé de mettre dans un ordre de nécessité dans notre capacité de répondre.

● (15 h 10) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Levine. Je vais retourner la parole à Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Oui, merci, M. le Président. C'était juste pour mettre en évidence, évidemment, avec les gens de Montréal, là, la difficulté qu'on a... qu'ont les gens actuellement à comprendre le fait qu'il y ait eu... Et c'est normal que les gens aient de la misère à le comprendre, là, moi aussi, j'ai de la misère à le comprendre, qu'on ait eu une fusion des CSSS puis qu'à la fin il y ait une telle augmentation, 22 % des effectifs de l'agence sur cinq ans alors qu'on a fusionné le CSSS. Ça devrait normalement être dans les CSSS qu'il y a plus la gestion territoriale. Donc, c'est juste... Mais c'est correct. Je vais mettre ça de côté. Je veux parler des urgences. Parce qu'on va avoir le temps, vous allez nous renvoyer les chiffres, puis on va sûrement pouvoir redébattre avec vous.

La cible... Vous avez parlé, et je comprends, là, la difficulté que vous avez, de l'augmentation de population, du vieillissement. Mais ça, ça fait longtemps qu'on le sait que la population va vieillir au Québec. Mais vous vous donnez des cibles annuellement. J'ai lu vos cahiers, là, j'ai vu les cibles que vous... d'abord, que le ministre vous donne, qui est 12 heures, l'engagement que vous prenez année après année, qui en général est de 16 heures, mais l'atteinte de l'objectif est toujours au-deçà de... Et, malheureusement, peut être à cause... vous connaissez des raisons mais, malheureusement, vous ratez la cible année après année, depuis quelques années, surtout celle des 48 heures à l'urgence, où, là, c'est vraiment un gros problème.

Alors, quel est votre échéancier maintenant pour atteindre l'objectif de 12 heures, puisque, depuis trois ans à peu près, vous nous faites un objectif de 16 heures d'attente à l'urgence, mais vous atteignez le 19 à 20 heures. Donc, le 12 heures, est-ce que ce rêve et cette intention que nous avons, qu'on trouverait plus normale, 12 heures à l'urgence, est-ce qu'il y a un échéancier à Montréal pour l'atteindre?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Taschereau. M. Levine.

M. Levine (David): Premièrement, je vous dis que la cible de 12 heures n'est pas un rêve, que le ministre aimerait voir ça en bas de 12 heures. C'est une réalité, mais pas juste une réalité, c'est nécessaire. Il est nécessaire, dans notre système, d'atteindre ce type de fonctionnement de nos salles d'urgence à travers le Québec. Notre système n'était pas bâti pour faire ça. La façon que le système a été fait, le fait que des omnipraticiens n'ont pas embarqué dans des CLSC en 1970 et n'ont pas permis le développement de cette première ligne forte avec des équipes multidisciplinaires et une autre utilisation du système... À eux, des cliniques de 9 à 5, quatre ou cinq jours-semaine, pas de service de soir, pas de service de fin de semaine, avec un répondeur qui dit à tout le monde d'aller à l'urgence. Et les habitudes se sont développées, et on va à l'urgence, on consomme des services à l'urgence. Avec le vieillissement de la population, ça bloque des lits de l'hôpital; c'est normal. Et c'est difficile parce qu'une personne âgée va rester plus longtemps à l'hôpital qu'une personne plus jeune.

Mme Maltais: Mais je veux juste vous dire, M. le président de l'agence: Oui, mais quel est votre échéancier? Ma question, c'est... On connaît cette situation-là, on la débat souvent, et vous nous avez bien présenté la situation, mais avez-vous un échéancier? Quels sont les... Qu'est-ce que vous allez mettre en place? Parce que, depuis cinq ans, cette cible, elle est dans l'air, et on n'avance pas, on recule. Là, présentement, depuis cinq ans, on recule. Alors, quel est l'espoir pour les gens, là?

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): J'ai de la difficulté de vous donner une période de temps ou une date. Je dis: C'est l'objectif qu'on cherche à atteindre. On a des moyens, on a un plan pour le faire et on travaille chacun de nos établissements plus... Il y a plusieurs établissements à Montréal 0-48 heures, si vous regardez la liste. C'est concentré dans un certain nombre d'établissements maintenant où le 48 heures reste un problème, et, pour une bonne majorité, on approche le 24.

On se concentre, avec le ministre, sur des établissements plus problématiques. Maisonneuve-Rosemont, il y a un travail. Chaque fois que ça monte, il y a un effort spontané, immédiat d'une équipe qui intervient pour le réduire. Alors, on travaille là dans l'immédiat d'une intervention. Ce n'est pas ça qui règle le problème, mais c'est ça qui va essayer de minimiser l'impact.

Pour régler le problème, et cela, on travaille aussi dans le développement de notre première ligne forte pour changer l'offre de service à la population; gestion de maladies chroniques est clé pour avoir moins de visites; regarder des utilisateurs fréquents qui sont... Et, si on réussit à faire chacun de ces morceaux-là, là ça va commencer à changer d'une... Mais je ne suis pas capable de vous donner: dans 12 mois ou dans 24 mois, j'atteins l'objectif. J'ai essayé une fois dans ma carrière de donner ça...

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Levine. Il reste 1 min 30 s, alors...

Mme Maltais: Est-ce que la cible de 2015 est une cible réaliste pour dire que la gestion des urgences ou que les cibles de... C'est quoi, c'est la cible de...

Une voix: ...

Mme Maltais: Les cibles du plan stratégique sont quand même de 2015, là. Alors, est-ce qu'on... Donc, vous nous annoncez que les cibles du plan stratégique de 2015, vous ne pensez pas pouvoir les atteindre.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Moi, je serais prêt à prendre l'engagement que 2015 est réaliste, je pense. C'est quatre ans. Si on est capables d'implanter et continuer à implanter notre première ligne, si on est capables d'organiser un nombre suffisant d'omnipraticiens qui commencent à travailler en équipe et prennent plus de clients qu'ils prennent actuellement, si je suis capable — et on travaille là-dessus — d'avoir un accès plus rapide pour les omnis à des tests diagnostiques pour ne pas envoyer leurs patients à l'urgence, alors — et ça, c'est des éléments en cours — moi, je pense, quatre ans est très légitime si ces choses entrent pour changer la façon d'utiliser notre système. Mais il faut le voir dans ces termes-là.

En même temps, sortir des personnes en perte d'autonomie plus vite, en même temps réorganiser l'intérieur de l'hôpital, mettre un programme d'approche gériatrique, assurer que, quand quelqu'un arrive à l'hôpital, il est capable de sortir marchant de l'hôpital.

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion...

M. Levine (David): Tu prends une personne de 88 ans ou 85 ans, tu la mets dans un lit, puis elle reste dans le lit. Il ne faut pas la mettre dans un lit, il faut la mettre une chaise puis il faut assurer qu'elle bouge chaque jour. Alors, si, ça, on peut introduire... Et on est en train de faire de programmes de formation dans tous nos établissements pour l'approche gériatrique. Si on est capables de mettre chacune de ces mesures en place, moi, je suis prêt à dire que 2015 est réaliste.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, M. Levine. Sur ce, je vais aller de l'autre côté et je vais céder la parole à Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Alors, merci beaucoup, M. le Président. Je veux à mon tour saluer l'ensemble des partenaires de la Commission de la santé et des services sociaux. Les enjeux sont nombreux. D'ailleurs, la présentation de l'équipe de l'agence de Montréal en est un beau témoignage. Alors, les défis sont énormes, M. Levine. C'est ce qu'on peut déjà conclure de votre présentation. Pour une population de près de 2 millions de citoyens, vous devez vraiment donner tout le spectre des services à toutes les clientèles différentes, et tout ça. Vous avez mentionné tout à l'heure d'un ratio difficile entre le nombre de spécialistes et d'omnipraticiens et que les défis sont très nombreux à cet égard parce que, comme partout ailleurs au Québec, vous voulez assurer un accès plus rapide à vos citoyens qui ont besoin des services de santé et de services sociaux.

Moi, je suis une députée de la région de l'Outaouais. Alors, vous n'êtes pas savoir que, nous, en Outaouais, on a une grave pénurie de main-d'œuvre, et tout ça par rapport à la proximité avec l'Ontario. Et vous connaissez très bien les enjeux d'Ottawa, puisque vous avez été un acteur très important au cours des dernières années dans le réseau de la santé tout près de l'Outaouais.

Ma question, elle est assez directe. Parce que vous savez que, nous, en Outaouais, on préfère obtenir des services à Ottawa parce qu'il y a une proximité, mais ce n'est pas si simple. Souvent, les médecins cherchent à avoir accès à des spécialistes dans la région de Montréal, et puis on envoie nos patients de l'Outaouais dans la région de Montréal. Alors, vous n'avez pas juste les gens de Montréal à desservir, vous avez aussi les hôpitaux supraspécialisés, CSUM, CHUM, Sainte-Justine, qui doivent desservir l'ensemble du Québec.

Moi, je veux savoir comment vous faites pour prioriser ou hiérarchiser ou... comment vous réussissez à desservir l'ensemble du Québec en même temps que la population de Montréal.

● (15 h 20) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. M. Levine.

M. Levine (David): Je vous remercie de cette question parce que ça va me permettre de parler de quelque chose dont je n'ai pas parlé jusqu'à date, et je pense que ça peut surprendre tous les membres de la commission. On a 4 500 lits sur l'île de Montréal en soins de courte durée. Un patient sur trois hospitalisés à Montréal ne demeure pas sur l'île de Montréal. Ça veut dire: Montréal est desservie par 3 000 lits soins aigus, et 1 500 lits de soins aigus desservent la population à l'extérieur de Montréal. Un, et, nous, peu importe d'où vient le client, on ne le regarde pas. Juste pour vous assurer, le budget que j'ai est un budget plus élevé que ma population pour permettre de recevoir.

Quel est le problème? Quand on a une personne qui vient de l'extérieur de Montréal, âgée, perte d'autonomie, qui a besoin de retourner dans leur région, la région dit: On n'a pas de place pour le prendre, garde-le à Montréal. Quand on garde ça à Montréal, ça jamme l'urgence. Alors, nous, on est dans une dynamique, parce que, si je vous dis qu'un sur trois de nos lits de courte durée, c'est par quelqu'un de l'extérieur de Montréal, c'est une de nos préoccupations énormes. Et il faut le développement en périphérie montréalaise pour qu'ils puissent le prendre en hébergement, en réadaptation aussi vite qu'ils sont prêts à quitter l'hôpital. Il ne va pas en réadaptation sur l'île de Montréal. Il faut aller en réadaptation ailleurs pour que, moi, je puisse me servir des lits de Montréal avec la réadaptation de Montréal. Alors, ça, c'est une préoccupation...

Puis, quand on parle de la clientèle — quand j'ai dit le nombre d'omnipraticiens qu'on a à Montréal comparé aux spécialistes — 20 % de tous les actes médicaux faits par des omnipraticiens sont faits pour une clientèle qui ne demeure pas sur l'île. Chaque jour, 400 000 personnes entrent sur l'île de Montréal. Beaucoup de ces personnes cherchent un omni proche d'où ils travaillent, ou ils demeuraient à Montréal, ils avaient leur omni, ils demeurent sur la Rive-Sud maintenant. 20 000 personnes quittent Montréal chaque année pour demeurer en périphérie. Alors, ce mouvement-là a un impact majeur sur notre organisation de soins et notre capacité de répondre. Et là vous avez touché un des points de notre urgence: notre capacité de sortir la clientèle de nos 4 500 lits de soins aigus quand ils ont besoin d'un hébergement.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Levine. Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Je crois, M. le Président, que ma collègue voudrait intervenir.

Mme Rotiroti: C'est dans la même lignée...

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Alors, je vais céder la parole à Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Mme Rotiroti: Merci. Je voulais juste être sûr, M. Levine, que j'ai bien compris. Ça veut dire que quelqu'un qui entre à l'urgence, qui a besoin de se faire placer dans un CHSLD, qui vient d'une région, cette personne-là peut être replacée dans un CHSLD sur l'île de Montréal au lieu de retourner dans leur propre région. Est-ce que c'est ça que vous dites?

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Exact. Oui, on a une obligation. On ferme nos lits, ce qu'on appelle USLD, des unités de longue durée dans nos hôpitaux de courte durée, 682 lits. On les transforme, ces lits-là, dans un autre lit qui est dans nos centres d'hébergement qui peuvent faire une évaluation de cette clientèle et une orientation avec une certaine réadaptation requise, parce que de rester dans l'hôpital n'est pas réellement un environnement approprié.

Mais, si quelqu'un demeure dans une région voisine de Montréal et qu'il est dans un lit au CHUM, on a l'obligation de le sortir, on va le mettre dans un centre de longue durée proche pour faire l'évaluation. On dit: Cette personne a besoin de l'hébergement. Mais là on appelle la région, puis on dit: Prends votre client, on n'a pas de place. On ne peut pas le prendre. Alors, nous, on n'a pas le choix, il va rester où il est.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): On a aussi une entente avec les régions voisines pour que, si c'est le cas et que la personne a besoin d'être hébergée, on va temporairement l'héberger sur l'île de Montréal pendant les 30 premiers jours, mais on demande à la région, après, de reprendre son client. Alors, ça va assez bien. Généralement, on arrive à équilibrer, à l'intérieur de 30 jours, le retour de la personne pour ce qui est de l'hébergement seulement, là, sauf qu'on a une difficulté qui est plus particulière dans le réseau de... avec Laval. Mais, je veux dire, on comprend la situation. La capacité de retour n'étant pas là, il se trouve... ça fait en sorte que ces patients-là restent plus longtemps que 30 jours sur l'île de Montréal. Donc, ça limite l'accès dans ce contexte-là.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine, en complément de réponse.

M. Levine (David): Avec plaisir. On aura un accès plus facile à nos lits de soins aigus et plus facile pour l'urgence sur Montréal. Parce que la majorité des clients de l'urgence de Montréal sont de Montréal. Il y a une clientèle de Laval qui vient quand c'est nécessaire, mais c'est des hôpitaux qui envoient la clientèle ou les électifs qui ont des clientèles qui viennent dans nos hôpitaux de Montréal. Ce n'est pas tout d'urgence, une sur trois.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Levine. Alors, je vais retourner la parole à Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Il reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Sklavounos): Vous avez environ 12 minutes, Mme la députée.

Mme Gaudreault: Ah! On a le temps de jaser. Je veux continuer sur le même sujet parce que ça nous interpelle tous. Alors, vous, vous avez mentionné, au cours de votre réponse précédente, que vous recevez des fonds additionnels pour pouvoir desservir la clientèle de l'extérieur de Montréal.

M. Levine (David): Ce n'est pas des fonds additionnels. Je dis: La population de Montréal est d'à peu près 24,5 de la population du Québec, si on compte le 1,9 millions. Mais, parce qu'il y a 400 000 qui viennent, parce qu'on a des CHU, historiquement, le budget de Montréal était à peu près 34 % du budget global du Québec, pas incluant le paiement des médecins, juste l'offre de services, et c'est dans ce budget-là qu'on a.

Maintenant, avec une analyse ministérielle qui fait une équité interrégionale, ils cherchent à balancer l'offre pour que les régions eux-mêmes commencer à répondre d'une façon adéquate de l'offre de services, et les régions voisines sont en phase de développement de cette offre de services qui n'est pas complétée encore. Et, jusqu'au moment où il est complété, on va se trouver dans une position de pression sur l'île de Montréal.

Le Président (M. Sklavounos): Je vois Mme la députée de Hull puis je vois Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Mme Gaudreault: Mme la députée de Jeanne-Mance veut intervenir.

Mme Rotiroti: ...

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, allez-y.

Mme Rotiroti: C'est dans la même lignée, encore. C'est que je comprends que, si on a plus de médecins en région, les gens viendront moins sur l'île de Montréal. Moi, je donne toujours le même exemple parce que ça me chicote un peu.

C'est que, s'il y a quelqu'un qui habite à Terrebonne, ça fait 20 ans qu'il a un médecin de famille sur l'île de Montréal. Et là on comprend qu'on veut de la proximité puis qu'on dit: S'il y a un médecin de famille qui est prêt à prendre des dossiers à Terrebonne, puis c'est à deux minutes de chez la personne, la personne va automatiquement aller voir cette personne-là. Puis, moi, j'ai plus de l'avis de dire: Bien, une fois qu'on a un médecin de famille, ça fait 20 ans qu'il nous traite, il connaît notre histoire, ça va être difficile de changer, ça fait qu'on va continuer à aller sur l'île de Montréal.

J'aimerais ça vous entendre là-dessus, si... Qu'est-ce que vous pensez de ça? Est-ce que vous pensez que l'effet région, si on met plus de médecins en région, ça va dégorger notre système sur l'île de Montréal?

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Je vais passer à mon experte, Dre Ayotte. C'est elle qui s'en occupe, de toutes les primes, de tous les docteurs, les placements et vivre dans la dynamique de placements qui est complexe, pour essayer de vous répondre à cette question que je lui pose tous les jours.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, je cède la parole à la Dre Louise Ayotte. Vous avez la parole.

Mme Ayotte (Louise): Merci. Alors, comme vous savez, il y a différents niveaux de soins. On a fait référence aux soins de premier niveau qui sont donnés par les omnipraticiens, le médecin de famille qui prend en charge une clientèle; un deuxième niveau, dans lequel on a, bon, encore parfois des omnipraticiens puis des spécialistes plus de première ligne, ce qu'on appelle la médecine interne, la chirurgie générale, qu'on retrouve en cabinet, qu'on retrouve également dans les hôpitaux; puis, finalement, on a un troisième niveau, la neurochirurgie en est un exemple, puis ces choses-là, bon.

Dans le niveau trois, qui représente à peu près 14 % des activités qui se font dans nos CHU, on n'a pas avantage à décentraliser, on a avantage à centraliser pour avoir des groupes d'experts qui vont travailler en équipe, pour avoir des instruments les plus perfectionnés possible mais qui coûteraient beaucoup trop cher s'ils étaient un peu partout et très peu utilisés. Alors, ça, c'est la partie que je crois, personnellement, qu'on ne souhaitera pas décentraliser. Même, au contraire, on pourrait peut-être faire encore mieux sur la centralisation. Puis ça représente à peu près 14 % des activités des CHU.

Ensuite, on parle de décentraliser, actuellement. Vous faites sûrement référence à tous les travaux qui sont faits sur le 514-450, oui, qui nous inquiètent en bonne partie parce qu'on prévoit de traverser de l'argent, on prévoit de traverser des ressources humaines. Mais la population, elle, quelle va être sa décision? Et comment arrimer tout ça?

On a déjà commencé à traverser, entre guillemets, les médecins spécialistes dans le cadre du plan d'effectifs médicaux de cinq ans qui est prévu, hein? Vous savez sûrement que Montréal va recevoir beaucoup moins de nouveaux médecins que la ceinture — en a déjà beaucoup, mais on en parlera au besoin, si vous le souhaitez — avec un âge particulièrement avancé, hein, les médecins montréalais.

Donc, le but est de traverser ces médecins spécialistes et donc que les clientèles aillent consommer sur place. Mais, outre les médecins, ça va prendre de l'argent, ça va prendre les lits, ça va prendre la volonté de la population dans sa consommation. Donc, à votre question: Y a-t-il une inquiétude?, il y a une attention bien particulière à suivre tout le processus pour qu'on garde la qualité et qu'on garde la meilleure accessibilité possible à la clientèle, d'où qu'elle vienne.

● (15 h 30) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dre Ayotte. Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Oui, encore sur le même sujet, parce que, moi, ça m'interpelle puisqu'on parle beaucoup de la région de Montréal dans notre réseau de la santé en Outaouais: Comment vous hiérarchisez l'arrivée de la clientèle de l'extérieur? Je veux dire, un médecin qui réfère à un autre médecin à Montréal, qui est, disons, très près d'un médecin qui oeuvre à Montréal, est-ce que tous ses clients vont entrer comme ça ou s'il y a une organisation de la clientèle de l'extérieur de la région de Montréal qui est suivie, traitée dans les hôpitaux spécialisés?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Hull. Est-ce que ça sera encore la Dre Ayotte?

Mme Ayotte (Louise): Écoutez, sans aller dans tous les détails, on a de plus en plus ce qu'on appelle des continuums de soins, par exemple dans l'infarctus. Quand est-ce que c'est le temps de ponter un malade, puis est-ce que ce malade-là doit être ponté avant le voisin?

Alors, ça, ça existe. Il y a des chartes selon le résultat de l'examen, selon, bon, un paquet de critères. Et votre médecin de l'Outaouais qui fait appel à l'institut de cardio pour faire entrer un malade, bien ce malade-là va être situé sur la liste d'attente par la gravité et non pas par le lieu de résidence du malade, et va passer plus vite si son cas est prioritaire. Il peut même passer plus rapidement que quelqu'un qui est sur la liste d'attente depuis six mois si son cas est jugé plus urgent. Il s'agit d'avoir le plus possible des échelles de prévision de ça et d'être capables de traiter ça.

Pour le cancer, on a des normes, hein, on sait tous qu'un cas devrait être opéré en dedans de x mois. Bien, votre clientèle de l'Outaouais vient s'insérer, en termes de niveau de gravité, dans la même liste que les patients de Montréal.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dre Ayotte. Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Alors, on a besoin de spécialistes pour pouvoir répondre à toutes ces demandes qui proviennent de toutes les régions, ce qui m'amène à vous parler des PREM, des plans régionaux d'effectifs médicaux. Chez nous, notre généreux ministre de la Santé nous les a augmentés cette année, mais ils ne sont déjà pas complets, ceux d'avant, alors

il nous manque des spécialistes dans presque toutes les spécialités. C'est ce qui contribue au fait qu'on doit référer des clients chez vous.

Maintenant, chez vous, les PREM... Vous avez mentionné vos hôpitaux, vos équipements supraspécialisés qui attirent les jeunes médecins qui sortent des universités, puis c'est pour ça qu'ils délaissent un peu la pratique de médecine générale. Ils aiment ça se spécialiser, puis là, bien, ils restent dans les grands centres comme Montréal.

Est-ce que, vous, vous réussissez à compléter les PREM? On voit cette année qu'en 2011 vous avez eu 33 nouveaux postes. Et puis est-ce que vous avez réussi à combler ceux avant cette année, puis cette année? Qu'est-ce que vous faites aussi pour attirer les médecins pour...

Mme Ayotte (Louise): Là, on parle en...

Mme Gaudreault: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): Excusez-moi. Il y a deux systèmes de gestion des PREM: il y a les PREM en médecine générale, les PREM en médecine spécialisée. Je laisse de côté les PREM en médecine générale, je comprends qu'on parle des PREM de médecine spécialisée. Habituellement, on a une assez bonne capacité de recruter des nouveaux finissants, quoique, dans nos hôpitaux que je qualifierai de communautaires, il peut être aussi difficile de recruter des médecins que dans certaines régions. Il y a, par exemple, une pénurie et il y avait jusqu'à tout récemment des postes vacants en anesthésiologie à Montréal. Les anesthésistes dans les hôpitaux communautaires peuvent avoir des conditions de travail qui seraient moins intéressantes que dans les hôpitaux universitaires.

On comprendra que, dans les hôpitaux universitaires, il faut avoir une formation complémentaire, acquise généralement en dehors du Québec, de généralement deux ans. Alors ça, ça peut créer, dans certains domaines, certaines difficultés également. Donc, Montréal est généralement choyée sur le plan du recrutement, mais pas à 100 % et pas dans toutes les spécialités, et nos hôpitaux communautaires ont des difficultés particulières.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dre Ayotte. Mme la députée de Hull. Deux minutes, Mme la députée.

Mme Gaudreault: Il reste juste deux minutes. Vous avez parlé de votre clientèle immigrante qui est très importante dans la région de Montréal. Par rapport à la population des médecins, est-ce qu'il y a plusieurs médecins nouveaux arrivants, étrangers, qui sont en formation en ce moment, avec les nouvelles mesures que le ministre a mises de l'avant?

Le Président (M. Sklavounos): Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): Alors, pas nécessairement en lien avec les nouvelles mesures, mais, de façon générale, oui, la population des médecins à Montréal reflète la population dans son ensemble.

Mme Gaudreault: Merci beaucoup.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste encore 1 min 30 s.

Mme Gaudreault: On peut-u le ramener...

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles, voulez-vous prendre le temps ou voulez-vous que je le reporte?

M. Chevarie: Je pense qu'on va suggérer de le reporter sur l'autre bloc.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Parfait. Alors, je vais aller de l'autre côté. Est-ce que ce sera Mme la députée de Matapédia, qui est également la porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux, qui aura la parole?

Mme Doyer: Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Allez-y.

Mme Doyer: Félicitations. En tant que nouveau marié, nous vous accueillons.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci.

Mme Doyer: Bravo. Ça me permet de vous féliciter et de saluer aussi les personnes bien sûr de l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, qui est une grosse agence, hein, avec beaucoup de défis. On a eu aussi plein d'information et on a les grands défis que vous nous avez présentés, M. Levine, avec les personnes qui vous accompagnent. Et là-dedans il y a des défis de services sociaux bien sûr, et en santé mentale particulièrement, pour l'itinérance. Bien sûr que je vais toucher aussi aux dépendances, au pluriel. Et je vais commencer — bien, aussi aux troubles envahissants du développement, l'autisme, la déficience intellectuelle — et je vais commencer par les dépendances, le jeu pathologique particulièrement.

On voit que le nombre de joueurs desservis est en augmentation, mais la cible ministérielle 2010 n'est pas atteinte, et on manque d'information. Même aux crédits, quand j'ai voulu avoir des informations, je ne suis pas capable de les avoir. Et Loto-Québec, quand on leur demande des informations à cet égard, on n'est jamais capables d'avoir des informations parce que ça fait partie de leurs secrets, entre parenthèses, d'entreprise. Alors, pour les services de santé et services sociaux qui agissent auprès de ces clientèles-là, je trouve que c'est difficile. Et, au niveau des dépendances, bien sûr qu'il y a, bon, il y a les... Bon, ce que je veux savoir... C'est que c'est difficile la dépendance, parce qu'on a aussi la cyberdépendance. Et comment vous allez faire?

Parce qu'on a un indicateur; dans les fiches de reddition de comptes 2009-2010, on voit que le ministère s'était fixé une cible, vous vous étiez fixé une cible et vous avez dépassé quand même le nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique. Alors, comment pouvez-vous faire en sorte d'agir efficacement si vous n'avez pas un portrait complet des actions et des résultats liés à ce programme service?

Alors, quelles sont, par rapport au jeu pathologique, aux cyberdépendances et aussi bien sûr en toxicomanie, en alcoolisme... Je sais qu'il y a eu beaucoup d'efforts de faits. Il y a quand même, quand je regarde les documents que vous nous avez remis, beaucoup de services à Montréal. Alors, je veux voir c'est quoi, vos cibles. Comment vous allez répondre à ces défis?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Matapédia. M. Levine.

M. Levine (David): Pour la première partie, Mme la députée, de votre question, je vais demander à M. Richard, le Dr Richard Lessard, de répondre surtout sur les jeux pathologiques, cyberjeux, et à Mme Massicotte de répondre pour la question de la toxicomanie, pour laquelle il y a un programme de suivi dans son secteur.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lessard.

● (15 h 40) ●

M. Lessard (Richard): Merci. Bonjour, madame. Malheureusement, la réponse à la question: Pourquoi le nombre d'inscriptions pour le traitement du jeu pathologique est en diminution?, nous n'avons pas la réponse, et le ministère enquête sur cette chose-là. Donc, pour l'instant, on ne peut pas l'expliquer. Ce que je peux vous dire, c'est que le nombre de personnes qui s'inscrivent varie souvent en fonction des campagnes qui sont faites. Donc, quand on fait la promotion du traitement ou qu'on offre davantage le service, il y a plus de personnes qui s'inscrivent; quand on l'annonce moins, il y a moins de personnes qui s'inscrivent. C'est un élément de la réponse, mais le reste, là, c'est en train d'être regardé de plus près.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Lessard. Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): C'est sûr qu'en toxicomanie effectivement il y eu beaucoup d'investissements de faits dans les dernières années. On a la chance d'avoir le Centre Dollard-Cormier, notamment, parmi nos établissements, plus des établissements privés et des groupes communautaires, là, qui investissent beaucoup à ce niveau-là. On est particulièrement fiers, entre autres, d'avoir développé le mécanisme d'accès qui était attendu, et ça, ça a permis... ça permet de mieux connaître la population, de bien la diriger dans l'offre de services.

Je dirais qu'on est assez contents aussi d'avoir développé une entente avec Maisonneuve-Rosemont et puis avec Notre-Dame pour ce qui est de faire le lien avec une personne de liaison qui est capable de cibler, à partir de l'urgence, les personnes qui sont en difficulté et les référer. Depuis que ça existe, il y a plus que 245 personnes qui ont été identifiées directement à partir de l'urgence et pour lesquelles on a pu faire une offre de services adéquate en les référant aux bons endroits. Alors, je dirais que ça, c'est, pour nous, fort intéressant.

Il y a beaucoup de liens aussi qui ont été développés par Dollard-Cormier avec la fondation Chagnon pour effectivement les mères toxicomanes. Alors, je veux dire, c'est un... le Centre Dollard-Cormier est un centre universitaire qui essaie d'être en rayonnement avec ses partenaires pour avoir toujours les meilleures pratiques et puis avoir la meilleure pénétration sur le territoire de toute la clientèle qui présente des dépendances ou toxicomanies.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Massicotte. Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Merci. J'aimerais creuser avec vous la question de l'itinérance à Montréal. Parce qu'il y a eu quand même une importante commission parlementaire sur l'itinérance. Il y a de mes collègues ici qui y ont participé. Et il y a eu un plan qui a été déposé par l'ex-ministre des Services sociaux. Et on voit qu'il y avait... dans vos défis qui sont par rapport à cette question-là, de l'itinérance, vous en avez plusieurs. Et, dans une revue de presse, on voit qu'en... Bon, c'est justement un article du 28 août 2010. Il est supposé se mettre en place, en décembre 2010, un centre de répit et de dégrisement pour les sans-abri. Et on sait qu'il y a beaucoup de problématiques reliées à l'itinérance, par exemple des interventions en situation d'urgence.

Alors, j'aimerais que vous nous répondiez en reddition de comptes mais dans une vision globale. Par exemple, dans les défis majeurs que vous vous êtes fixés: mettre sur pied un centre de répit et de dégrisement avec la ville de Montréal; développer le logement social permanent ou transitoire avec un soutien communautaire; améliorer les services de suivis intensifs ou d'intensité variable dans la communauté; améliorer la disponibilité des services spécialisés pour les personnes aux prises avec des problèmes de dépendance — hein, parce que c'est en lien aussi, ça — d'infections transmises sexuellement... Rappelez-moi, Dr Levine, qu'est-ce que ça veut dire ITSS. Je l'ai déjà su, mais, moi, je suis de la vieille école des MTS, là. Alors, en passant, vous m'informerez de ça, je l'ai oublié. ...et les utilisateurs de drogues injectables;

prévoir et mettre en place les ressources permettant de répondre aux besoins spécifiques des personnes itinérantes âgées en perte d'autonomie, aux prises avec de sérieux handicaps physiques et/ou mentaux et aux femmes itinérantes enceintes ou victimes de violence.

Et vous aviez brossé un portrait des nouveaux itinérants: des couples avec un chien, des jeunes couples aussi, des personnes âgées. Moi, à chaque fois que je vais à Montréal, on ne le voit pas chez nous, ce phénomène, ou si peu, et ça me sidère quand j'arrive aux abords de l'université, sur Saint-Denis, près de l'université, de voir des femmes âgées fouiller dans les poubelles. Chez nous, on ne voit pas ça beaucoup. Alors, j'aimerais que vous me brossiez un portrait. Et, quand vous glisserez sur les utilisateurs de drogues injectables, si vous en avez le courage, vous pourriez me dire ce que vous pensez des sites d'injection supervisée.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Matapédia. Est-ce que ce sera Mme Massicotte ou...

M. Levine (David): ...encore une fois à chacun de mes deux collègues. Je vais passer à Mme Massicotte avant et, pour la dernière question, à M. Lessard.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): C'est sûr que, dans le plan d'action interministériel en itinérance de 2010-2013, nous, on a pris des engagements puis effectivement on fait des redditions de comptes sur ces engagements-là. Donc, si je commence par le premier dont vous avez parlé tantôt, qui est les lits de répit et de dégrisement, bien, c'est sûr que, nous, depuis trois ans, là, on offrait ça sur une base temporaire et puis on offrait quatre places pour les hommes et deux places pour les femmes, et c'était ouvert du 15 décembre au 30 avril. Cette année, on a prolongé ce service-là parce qu'il a fait froid plus tard et puis on a reporté à deux reprises cette offre de services là.

Cependant, avec la ville de Montréal, on travaille à mettre en place de façon permanente ce six places là qui répond bien aux besoins, et les pourparlers sont en cours actuellement, particulièrement le dernier élément qu'il nous reste, là, pour être capables de pouvoir dire qu'on l'actualise, c'est un local à trouver, pour lequel les discussions sont en cours avec la ville de Montréal. Mais, tant et aussi longtemps qu'on n'a pas de façon permanente, la mesure transitoire existe. Mais on est absolument très certains qu'on pourra annoncer dans quelques mois au plus tard la mise en place du système permanent.

D'autre part, vous avez fait référence aux unités de chambre, aux studios avec soutien communautaire, et effectivement on avait pris l'engagement de réaliser 150 unités. Dans les faits, on a étudié les demandes et on a effectivement donné suite à ce projet-là. Donc, c'est un projet qui permet d'actualiser, avec les subventions qu'on a reçues de 170 000 \$, d'actualiser cette mesure-là. Donc, ça, je vous dirais que c'est en cours.

Pour ce qui est de la consolidation des places en hébergement d'urgence pour les hommes, les femmes et les personnes autochtones, l'objectif, c'était de consolider les 532 places, de consolider le financement, pour les femmes, de 45 places puis de consolider le financement des 37 places pour les personnes autochtones. Et effectivement il y a eu des investissements de faits, dans l'exercice 2010-2011 notamment, auprès des trois grands refuges, pour un montant de 1 million de dollars. Il y a eu un financement additionnel aussi de 150 000 \$ pour les femmes et il y a eu un financement additionnel pour les 37 places aux autochtones. Donc, effectivement, on peut dire qu'on a poursuivi dans cette lignée-là.

Je vous dirais qu'il y a aussi... On avait un engagement de renforcement des services de proximité pour les travailleurs de rue, les équipes mobiles d'intervention. Et il y a eu le développement...

Mme Doyer: ...vous interrompre. Mais j'ai visité CACTUS aussi, j'ai trouvé ça extrêmement intéressant, et certaines ressources communautaires à Montréal. CACTUS, j'ai passé plusieurs heures avec eux et j'ai trouvé ça vraiment intéressant, ce qu'ils font.

Mme Massicotte (Louise): D'ailleurs, je vais juste compléter celle-là...

Mme Doyer: Oui, allez-y.

Mme Massicotte (Louise): ...puis Richard va pouvoir effectivement en parler davantage. Mais on a développé aussi l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance, qu'on appelle EMRII. Et ça, c'est un service qui a été développé avec le Service de police de Montréal pour rejoindre les personnes en situation d'itinérance. Et puis ça comprend quatre policiers puis deux intervenants sociaux du CSSS Jeanne-Mance, et eux ont une grande intervention aussi sur le terrain. Il y a UPS-Justice aussi qui fait de l'intervention. Donc, je dirais que... Il y a eu, de plus, une somme de 120 000 \$ pour la consolidation du financement de l'Accueil Bonneau, qui est un organisme communautaire qui contribue à la réinsertion sociale des personnes, qui rejoignent plus de 800 personnes par jour à travers les services. Et puis, j'en ai parlé tantôt, là, la poursuite des équipes de liaison en dépendance dans les deux urgences de Montréal, ça, c'est confirmé aussi. Et puis, voilà, je vous dirais, en gros, puis dans le fond je céderais la parole à Richard pour la question de CACTUS et pour les drogues injectables.

M. Lessard (Richard): Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): Oui. Alors, les infections transmises par le sang et le sexe.

Une voix: ...

● (15 h 50) ●

M. Lessard (Richard): Depuis notre tendre enfance, la transmission par le sang s'est rajoutée. Et la question des services d'injection supervisée que vous avez soulevée est importante pour nous, parce que, bon, en fait, ça vise à régler à peu près quatre sortes de problèmes. Évidemment, le premier objectif, c'est de diminuer les décès par surdose, qui est vraiment l'objectif...

Mme Doyer: Comme à Vancouver.

M. Lessard (Richard): Comme à Vancouver. Mais il y a des modalités différentes qui sont quand même plus acceptables pour les citoyens. La police se plaint aussi qu'il y a des appels 9-1-1 de citoyens concernant, bon, des plaintes où les citoyens voient dans les ruelles les gens s'injecter et des fois ce qui s'ensuit, il y a certains attroupements dans les ruelles. Alors, on cherche une solution à ça. Il y a aussi des intoxications, des personnes, là, qui se retrouvent dans les salles d'urgence pour lesquelles encore là ça crée des difficultés. Et il y a des plaintes de citoyens plus généralement qui n'aiment pas les seringues à la traîne et qui trouvent que, dans certains quartiers, bon, certains, près des écoles ou des choses comme ça, ils ne voudraient pas en voir.

Alors, l'approche des services d'injection, plutôt que d'appeler ça des sites d'injection, là, ce serait de permettre à des personnes qui s'injectent déjà d'arriver avec leur drogue, et, comme dans les sites d'échange de seringues comme vous avez vu à CACTUS, les gens utilisent leur matériel, et ça prend une toute petite salle où ils s'injectent, comme si on n'était pas là, et on attend 15 minutes pour voir un peu ce qui va se passer. Et, s'il y a une intervention rapide à faire, il y a des protocoles de soins qui sont mis en place, des liens avec des établissements de santé, avec Urgences-Santé, et tout ça, pour être capables d'intervenir rapidement.

Alors, c'est sûr qu'il y a des gens qui s'objectent à ce qu'on fasse ça. Par contre, je pense qu'il y a des avantages. Les personnes qui sont des UDI ne sont pas toutes prêtes à se soumettre à un traitement, et je pense que, quand on leur offre un service comme celui-là, on s'approche d'eux, ils s'approchent de nous, et, quand ils sont prêts, il y a un contact qui est déjà établi, et ça facilite les liens vers le traitement. Ce n'est pas des taux de réussite à 100 %. On sait, là, la difficulté de travailler avec les clientèles et les problématiques qu'ils ont. Mais je pense que le réseau de la santé, à mon point de vue, comme directeur de santé publique, aurait avantage à mettre de l'avant ce genre de services. Mais on comprend. Et on est en train de faire une étude de faisabilité là-dessus à Montréal, on est en train de regarder quelles sont les conditions qui permettraient d'implanter des services comme ceux-là qui seraient acceptables pour la population, qui seraient acceptables pour les services de santé, et on continue à travailler sur ces critères de faisabilité là.

Mme Doyer: Merci. Alors, c'est ça. Effectivement, au niveau de l'acceptabilité sociale, ce n'est pas la même chose partout. Alors, c'est comme dans d'autres dossiers, il faut travailler cette question-là.

J'aimerais parler avec vous de toute la question des organismes communautaires, parce que, les besoins étant grandissants d'année en année, les budgets étant ce qu'ils sont, vous avez eu quand même, à travers les dernières années, un rehaussement, entre guillemets, de budgets, jamais à la hauteur de ce que les organismes communautaires demandent, mais il y a aussi là différentes problématiques qui sont particulières à Montréal. Alors, par exemple, vous dites... vous parlez de deux catégories: les personnes démunies et les communautés culturelles. Je sais qu'à Mont-Joli et à Amqui, les communautés culturelles, on n'a pas ces catégories-là, hein, chers collègues.

Une voix: ...

Mme Doyer: Parce que mon collègue député n'est pas là. Je n'ai pas beaucoup de communautés culturelles. Mais, chez vous, effectivement ça demande une intervention spécifique. Vous l'avez dit d'entrée de jeu, c'est entre 45 000, 50 000 personnes qui entrent à Montréal et autour, à chaque année. Ça lance des défis à des régions, là, qui vont vraiment particuliers. Comment voulez-vous répondre à ça de façon efficace, aux besoins de ces clientèles-là?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de...

Mme Doyer: Vous avez parlé aussi — pardon, M. le Président — des nouveaux pauvres aussi, puis des personnes démunies, et des communautés culturelles. Comment allez-vous agir efficacement?

Le Président (M. Sklavounos): En 30... en trois minutes. 30. Trois.

Mme Doyer: Il reste-tu juste trois minutes? Il reste trois minutes.

M. Levine (David): Je vais encore une fois passer la parole à Mme Massicotte, vous expliquer les programmes qui sont maintenant en cours.

Mme Massicotte (Louise): Bien, c'est sûr que, nous, on respecte... Dans le milieu communautaire, là, il y a 630 organismes communautaires à Montréal, hein, alors, dont certains sont plus spécialisés dans l'offre aux personnes démunies ou aux communautés culturelles. Les communautés culturelles, on dit qu'il y a à peu près quatre point quelques millions qui est investi au total par les différents groupes qui les rejoignent. Donc, nous, on respecte beaucoup, dans le milieu communautaire, l'approche... la façon dont ils ont d'offrir un service. Ils nous proposent une offre de services, et on finance cette offre de services là, et on respecte leur mission globale.

Alors, en contrepartie, s'ils veulent offrir un service plus spécialisé qui est en lien avec une demande qui est faite par la Santé publique dans un programme de santé publique et autre, ils vont avoir une entente particulière avec nous, et ça vient s'ajouter à leur budget de base. Donc, effectivement, on a des groupes communautaires qui reçoivent une subvention de base, qui reçoivent des financements de d'autres fonds, et qui reçoivent des financements de la Santé publique, et qui, dans certains cas, reçoivent des financements des centres de santé pour des objectifs particuliers à atteindre.

Ça fait que je dirais qu'on est très respectueux de leur offre de services à la condition qu'ils nous remettent le rapport annuel qui nous dit ce qu'ils ont offert comme services et qu'ils soient en ordre par rapport au fait d'avoir un conseil d'administration, d'avoir une assemblée annuelle, et tout ça. Et puis on pénètre beaucoup le milieu via les centres de santé, via la Santé publique, puis on travaille avec eux comme partenaires.

Mme Doyer: J'aurais une dernière petite question là-dessus. Parce que, comment voulez-vous relever le défi qu'a lancé le Vérificateur général du Québec en reddition de comptes plus serrée aux organismes communautaires, parce qu'ils ont tellement de besoins, pour aller cibler justement... Comment je dirais ça? Je fais attention à ce que je dis, je ne voudrais pas blesser des organismes communautaires indûment. Parce qu'il y en a qui se sont senti visés, puis qui n'avaient pas à l'être. Les agences ont aussi un rôle de répartition des budgets et d'aider à une bonne reddition de comptes. Parce que ce n'est pas juste, à un moment donné, que des organismes soient sous-financés, qui devraient avoir un budget rehaussé...

Le Président (M. Sklavounos): Rapidement, Mme la députée.

Mme Doyer: Est-ce que vous avez réfléchi à ça, de mieux faire avec les organismes communautaires, en reddition de comptes meilleure?

Le Président (M. Sklavounos): Réponse très courte, Mme Massicotte, s'il vous plaît.

Mme Massicotte (Louise): On a développé à Montréal, avec les regroupements des groupes communautaires, un cadre financier et de gestion des groupes communautaires où on a convenu avec eux des modalités de financement. Je vous donne un exemple précis. Par exemple, on ne va pas financer un nouveau groupe si on n'a pas atteint un niveau de base sécuritaire pour des groupes existants. Donc, c'est des choses qu'on a convenues avec eux. Alors, on a beaucoup travaillé ça pour avoir une entente avec les groupes communautaires.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Massicotte. Ça complète ce bloc. Alors, je vais maintenant céder la parole de l'autre côté, au groupe ministériel, et plus particulièrement Mme la députée de Mille-Îles, que je salue.

Mme Charbonneau: Merci, M. le Président. Je vous retourne vos salutations et je salue l'ensemble de mes collègues. C'est un retour un peu plus tôt que les autres années à l'Assemblée nationale, mais c'est toujours un plaisir de s'y retrouver.

Monsieur... ou je devrais dire messieurs, mesdames, je vais faire une petite intervention auprès d'une clientèle qu'on semble vouloir voir seulement que par le biais des urgences, mais je pense que vous faites face à cette clientèle-là, comme nous, à Laval, de façon particulière, c'est-à-dire la clientèle des personnes âgées. Dans votre reddition de comptes, M. Levine, vous avez bien dit qu'effectivement la population est vieillissante. Cette population demande des services accrus, demande des services diversifiés. Et, vous l'avez mentionné un peu plus tôt, quelquefois cette clientèle vous arrive de Laval. Je m'amuse souvent à dire que ça adonne bien, parce que des fois Laval fait partie de la région métropolitaine, puis des fois Laval ne fait pas partie de la région métropolitaine, ça dépend sur quel dossier on se parle. Si on parle des autoroutes, on fait partie de Montréal, mais, si on parle de nos personnes âgées, on distribue la clientèle d'une différente façon.

En 2005, il y a eu un rapport qui est sorti et un plan de travail qui a été fait, 2005-2009, sur une espèce de... on appelait ça — ne bougez pas, je l'ai écrit tantôt — un défi de solidarité, puisqu'on le sait la clientèle vieillissante, elle appartient à l'ensemble de la communauté. Elle ne vous appartient pas qu'à vous, aux services de la santé, elle appartient aux familles, elle appartient aux services communautaires, mais elle est une... Ce sont des gens qui ont participé à la communauté et à qui on se doit de rendre service, mais aussi honneur pour tout ce qu'ils nous ont offert. Souvent, ce sont des gens qui ont passé avant nous, donc ont ouvert les portes que, maintenant, nous, on passe plus facilement.

Dans le plan qu'il y avait, 2005-2009, il y avait des objectifs. Je me suis amusée — puisqu'avec ces choses-là maintenant, on le disait un peu plus tôt, hein, on arrive à faire des choses extraordinaires — je me suis amusée à aller voir quel était le plan de match 2005-2009, et en même temps où vous en étiez un petit peu dans ce que j'étais capable de trouver. Je me permets un petit écart pour dire que votre site Internet est vraiment chouette. On est capables de s'y retrouver facilement, c'est clair, c'est bien distribué. J'ai trouvé ça vraiment intéressant de pouvoir naviguer, qu'on dit, sur votre site Internet, c'était vraiment chouette.

Ceci dit, j'aimerais ça avoir un peu plus, dans votre vocabulaire à vous puis dans votre perspective d'avenir à vous, votre plan par rapport aux personnes âgées. Parce qu'on peut parler du principe... du fait qu'ils rentrent par les urgences, puis après ça il faut essayer de les faire atterrir au meilleur endroit. Vous avez utilisé un terme que, nous, on aime utiliser, c'est-à-dire la bonne personne à la bonne place pour les bons services.

Donc, au niveau des services pour les personnes âgées puis au niveau du plan de match que vous avez, moi, j'aimerais ça vous entendre. Puis je ne veux pas entendre un plan de match écrit, mais je veux vous entendre aussi dans une perspective d'avenir que vous avez pour cette clientèle qui est si importante dans chacune de nos régions... je le dirai comme ça pour vous faire plaisir, mais, je vais dire, dans notre société.

● (16 heures) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Mille-Îles, M. Levine.

M. Levine (David): Je vais débiter, de voir si je réussis à répondre à votre question. Le plan est un plan, comme vous l'avez dit, 2005-2010, un plan de cinq ans. On est dans littéralement à voir l'évolution de ce plan pour les cinq prochaines années. Dans les premiers cinq ans, l'objectif est de dire: Il faut qu'on trouve un moyen de faire une prise en charge de la clientèle et d'introduire cette prise en charge. Il y a un modèle informatisé. Peut-être que vous avez entendu parler de RSIPA. RSIPA, c'est un réseau de soins aux personnes âgées intégrés.

Mme Charbonneau: Je vous arrête 30 secondes. Je fais toujours la blague, puis mes collègues l'ont faite tantôt: Les 700 000 auditeurs ne comprennent pas toujours chaque lettre que vous utilisez puis que vous rassemblez pour faire court. Alors, ce serait intéressant que, pour eux comme pour moi, puisque je ne suis pas une fille qui arrive de la Santé, vous puissiez me dire un mot qui complète la lettre que vous me...

M. Levine (David): C'est l'idée de développer un réseau de services intégrés aux personnes âgées. Et l'idée de ça vient d'un modèle de soins intégrés aux personnes âgées, qui est de développer, un certain nombre d'années, deux projets pilotes: un à Montréal, un en Estrie. Montréal était de combiner l'ensemble des services dans une seule et unique offre, prendre une clientèle, et, parce qu'ils ont fait le continuum, ils ont noté une amélioration importante dans le suivi et l'autonomie de ces personnes. L'Estrie a décidé de jouer un rôle de coordination des services existants et créer un meilleur continuum pour la personne âgée, pour avoir cette prise en charge et le suivi dès le moment où il y avait un dépistage de la personne.

C'est le modèle maintenant pour le Québec, c'est le modèle où il y a le développement d'un outil informatique qui permet l'enregistrement et l'évaluation des besoins de ces personnes âgées et de développer le plan de suivi de la personne. Ça veut dire, dès qu'il y a un appel de la maison, on intervient, on fait l'évaluation. On voit les besoins de la famille. On voit l'état de la situation, qui peut être le début d'alzheimer, le début de démence, ça peut être le début d'un besoin. Et c'est là, la première demande de services à domicile, aide à domicile, qui peut devenir soins à domicile, pas encore entré à l'hôpital, on n'a même pas encore approché l'hôpital.

Puis des fois on trouve le moyen de garder la personne à domicile. Il n'a pas de problème de santé, c'est juste des besoins? La personne reste, un, deux, trois, cinq ans. Après cinq ans, ça devient plus, et il y a finalement une demande de dire: La famille n'est plus capable d'aller là à tous les jours, elle n'est plus capable de faire tous les repas, elle n'est plus capable. Puis là on peut suggérer des environnements si la famille a les moyens, où il peut y avoir un... où les repas sont fournis en bas, ce qu'on appelle nos résidences, à lesquelles ils sont accrédités maintenant, ou sinon on fait une demande d'entrer dans le système.

Alors, notre plan était d'assurer de ce développement, de cette coordination. Et c'est ça, l'effort qu'on fait avec nos 12 centres de santé, de l'implanter, ça. Ça, c'est l'élément clé. Puis, quand on parle de gestion de la personne en perte d'autonomie, c'est exactement de ça qu'on parle. Ça, ça va avoir un impact énorme. Quelqu'un qui entre à l'urgence, il faut maintenir l'autonomie au maximum. On ne le fait pas. Ça, c'est l'approche gériatrique qu'il faut être implantée non seulement à l'hôpital, mais dans l'ensemble de nos environnements, pour ne pas... ou créer la perte d'autonomie de la personne dès qu'elle entre à l'hôpital. Pour qu'il y reste, on peut retourner à domicile et la supporter à domicile, si la personne a réellement besoin, après évaluation, de l'hébergement, tout l'hébergement approprié.

L'hôpital n'était pas correct pour trois mois, on a un autre modèle maintenant. Le RI, c'est un modèle trois heures-soins. RI, c'est une ressource intermédiaire qui offre jusqu'à trois heures-soins et à laquelle la personne reste dans un logement qui est considéré leur logement privé. Ils ont un logement dans un environnement qui leur appartient, et leur statut n'est pas une entrée dans le système public, O.K.? Ils ne sont pas admis en hébergement; ça, c'est la distinction. Et on a le rehaussement de nos lits en hébergement.

Alors, notre plan est d'améliorer l'accès aux médecins de famille pour les personnes âgées, pour que, s'il a plus facile accès au médecin de famille, il va débiter et avoir le suivi. Plus facile d'accès. Et on a un guichet d'accès, qu'on appelle, maintenant dans chacun de nos 12 centres de santé, qui permet à chaque centre de santé de mieux connaître leur population. Et la population appelle au guichet d'accès, et ils sont immédiatement... il y a un suivi à partir de ce moment-là. Et on informe le public par nos mécanismes de communication, des brochures qu'on met à la porte de chaque personne où appeler au guichet unique dans chaque centre de santé. Alors, ça, c'est le premier volet.

Là, il faut renforcer notre capacité de maintenir la personne à la maison. Le plus qu'on peut investir là-dedans, le plus qu'on garde la personne chez eux. Le support, c'est aux proches aidants. Là, on a un programme de support. On donne littéralement de l'argent. Il y a des subventions qui sont accordées aux familles pour qu'ils puissent engager un autre membre de leur famille, pour qu'ils puissent engager un service de l'extérieur pour donner un break de fin de semaine, pour laisser vraiment partir. Alors ça, ça, c'est très, très important.

Il y a, comme j'ai dit, la mise sur pied de ce programme de gestion et le réseau intégré de soins, et, nous, on continue notre transformation de l'hébergement. Il faut qu'on complète notre réseau intermédiaire. C'est des lits à l'extérieur de notre système de centres hospitaliers de soins de longue durée, O.K.? Puis, à Montréal, on a à peu près 13 000, 13 500 lits dans cette catégorie d'hébergement qu'on fait pour notre population. L'autre chose, c'est d'assurer, pour nos personnes âgées, une meilleure interface entre la courte durée, la réadaptation, l'hébergement et le domicile. Il y a quatre composantes. Et il faut qu'il y ait une vraie prise en charge pour que ce continuum est «smooth», et il n'y a pas de perte d'autonomie chaque fois qu'il y a un mouvement d'une à une autre composante de l'offre de services. C'est ça, le plan. C'est ça le plan.

Mme Massicotte (Louise): Puis, si vous me permettez, j'ajouterais qu'il faut travailler mieux avec les résidences privées parce que les résidences privées sont aussi une offre de services pour les personnes âgées. Et nos centres de santé

développent actuellement cette approche-là. Et on conviendrait tout le monde, autant eux que nous, qu'on n'est pas rendus à la perfection dans cette offre-là, mais on cherche à l'améliorer. Plus les résidences privées vont être bien organisées, certifiées, suivies, avec des protocoles, et autres, plus les centres de santé vont être présents, plus on va être capables de...

Je vous donne un exemple. Dans l'optimisation du soutien à domicile, ce qu'on cherche à faire aussi, c'est qu'un centre de santé qui connaît sept ou huit personnes qui vivent dans une résidence privée dédie une même ressource à cette résidence-là qui devient une personne accessible, connue, et tout. Alors, il faut vraiment apprendre à mieux travailler avec les résidences privées parce que l'expression des personnes âgées, c'est leur souhait de vivre dans ces milieux-là le plus longtemps possible avant d'être en ressource intermédiaire ou en centre de longue durée.

M. Levine (David): ...simplement compléter de ma part. 27 000 places en résidence privée à Montréal et des blocs d'appartements de 400 appartements résidence privée. Pour nous, 13 500 dans le système public d'hébergement. Alors, juste pour vous donner comment c'est important, le réseau montréalais des résidences privées pour qu'on peut utiliser cette ressource.

● (16 h 10) ●

Mme Massicotte (Louise): Puis il faut aussi être capables d'intéresser les médecins à aller dans ces milieux-là ou apprendre à offrir des services à des personnes qui sont regroupées dans ces résidences-là, c'est facilitant pour eux puis c'est absolument satisfaisant pour les personnes âgées. Donc, on a beaucoup d'ouvrage à faire à ce niveau-là qui empêcherait le fait que des personnes se présentent à l'hôpital parce qu'elles n'ont pas de médecin ou parce qu'à la résidence privée les gens disent: Vous êtes... Ah, je ne suis pas capable de faire face à votre besoin.

La Présidente (Mme Gaudreault): Alors, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger, il vous reste à peu près 2 min 30 s.

Mme Rotiroti: O.K. Bien, je vais aller directement à la question, à ce moment-là. Moi, je voulais juste, au bénéfice... pour les gens qui nous écoutent... Les ressources intermédiaires, qui est quand même un nouveau service qu'on va offrir aux personnes âgées, c'est des... Vous avez dit, au tout début, M. Levine, qu'il y aurait 10 000 lits de disponibles en ressources intermédiaires?

M. Levine (David): Non. J'ai dit...

Une voix: ...

M. Levine (David): Excusez-moi. En ressources intermédiaires, l'île de Montréal, 1 600 lits: 1 300 pour les personnes 65 ans et plus et 300 pour des personnes en bas de 65 ans, parce que les personnes de 50 avec alzheimer ou autre qui ont besoin d'un certain environnement. Et le 10 000 lits, c'est le rehaussement dans nos lits d'hébergement, dans nos hôpitaux de longue durée à trois heures-soins et plus. Parce qu'on avait ces lits, mais ils offraient juste deux heures-soins. Trois heures-soins. Il n'y avait pas assez de main-d'oeuvre pour s'occuper de la lourdeur de la clientèle.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va, Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger? Il reste une minute environ. Est-ce que je le reporte? Oui, ça va? Alors, je vais aller de l'autre côté et je vais céder la parole à M. le député de Saint-Hyacinthe, qui est porte-parole de l'opposition officielle pour les personnes handicapées. Alors, M. le député de Saint-Hyacinthe, vous avez la parole.

M. Pelletier (Saint-Hyacinthe): Alors, merci, M. le Président. À mon tour de saluer les personnes présentes, mes collègues. Je suis très heureux, même privilégié d'être ici aujourd'hui pour entendre les auditions sur la région de Montréal aujourd'hui, l'agence de Montréal.

Maintenant, moi, mon approche, c'est surtout... bien, c'est axé sur les personnes handicapées. Donc, à ce moment-là, je vais parler plus de déficience physique, qui est mon mandat. Et, en même temps, bien, inutile de vous dire l'importance aussi, pour les personnes handicapées, de l'application de la politique À part entière que le gouvernement a mise sur pied depuis 2008, et puis il y a des gestes qui sont posés, il y a des objectifs à atteindre. Et c'est bien sûr que ça prend la collaboration ou le partenariat du réseau santé. Sans le réseau santé, je pense qu'on n'est pas capables d'atteindre les objectifs voulus.

Et vous savez comme moi que, dans la région de Montréal, il y a quand même plusieurs organismes actuellement qui s'occupent de personnes handicapées et qui aussi revendiquent aussi des choses. Et une des premières questions que j'ai à vous poser, c'est au niveau de la déficience physique. On parle des résultats de l'agence de santé de Montréal. Le nombre de personnes ayant une déficience, recevant des services de soutien à domicile dans les CSS, on s'aperçoit que, le nombre, les résultats 2009-2010 sont quand même... par rapport à la cible qui était de 11 372, sont de 8 654 comme résultat. Je veux savoir ça laisse sous-entendre quoi et puis c'est les solutions ou les... Comment vous interprétez ces chiffres-là aujourd'hui?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Saint-Hyacinthe. M. Levine.

M. Levine (David): Alors, pour débiter une réponse puis après ça regarder les questions plus précises avec Mme Massicotte, juste pour vous dire, j'ai deux personnes sur mon conseil d'administration, toutes les deux handicapées physiques assez lourdement, qui arrivent en chaise roulante, avec grande immobilité, à lesquelles il faut un input extrêmement important, surtout qu'une est hospitalisée assez fréquemment, pour voir les problématiques que ça donne, même dans notre milieu de courte durée.

Alors, c'est la capacité de ces personnes de rester autonomes, d'avoir suffisamment de services requis pour leur permettre de participer dans la société comme citoyens normaux. Et en même temps on a eu à changer des matelas dans nos environnements à cause d'une de nos membres du conseil d'administration qui nous a clairement identifié les besoins.

Dans le milieu, l'objectif est de maintenir la plus grande autonomie possible et même de vie la plus autonome dans des environnements avec support, où les individus restent chez eux le plus longtemps possible et, dans la mesure du possible, ont une vie active. L'ancien Saint-Charles-Borromée, qui est maintenant...

Une voix: Centre-Ville.

M. Levine (David): ...Centre-Ville, dont j'ai eu l'opportunité de visiter récemment parce qu'une des bénéficiaires est venue au conseil d'administration pour nous parler d'un problème du milieu, je suis allé visiter l'ensemble du milieu pour voir la complexité de fait, une... Les personnes sont peu malades, ne sont pas malades. Elles peuvent avoir certains problèmes de plaies, elles peuvent avoir certains autres... mais, autre que ça, c'est des personnes qui vivent une vie intellectuelle normale dans ce sens-là, sauf s'il y a des compromis énormes de leurs capacités physiques. Alors, je pense qu'il y a un effort. Et surtout, ça, c'est le milieu qui a le plus grand investissement pour clients qu'on ait au Québec dans cet environnement-là. Pour répondre plus spécifiquement à votre question, je demande à Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): Votre question était sur l'offre...

M. Levine (David): L'offre, oui.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): ...d'un service de soutien à domicile? Oui, c'est ça. Il faut savoir qu'à Montréal l'offre de services de soutien à domicile par les CSSS doit se combiner avec l'offre de services à domicile du chèque emploi-services. Donc, effectivement, si on disait qu'on est, par rapport à 11 372 auxquels vous faisiez référence tantôt, là, si j'ai bien compris, qu'on est à 8 000 quelque, il faut rajouter à ça l'offre de services du chèque emploi-services qui nous ramène plus à 86 % de l'atteinte du résultat recherché. Là, on parle de 9 800 personnes qui sont desservies effectivement. Et là-dessus on a beaucoup de discussions avec les représentants, notamment d'Ex aequo, qui est un organisme du territoire montréalais que vous connaissez sûrement, avec M. Lévesque, Pierre-Yves Lévesque, mais on a beaucoup de discussions avec eux quant à l'offre de services recherchée au niveau du chèque emploi-services.

Donc, on a mené des travaux dans la région pour... Puis on cherche à augmenter l'offre de services du chèque emploi-services, parce que les CSSS ont atteint, avec leur financement, le niveau à peu près optimal, sauf si effectivement on fait de l'optimisation dans ce secteur-là comme dans le secteur des personnes âgées. Sans argent additionnel neuf puis sans une optimisation, là, immédiate dans ce secteur-là, on ne pourrait pas penser que les centres de santé peuvent augmenter. Mais on peut penser qu'avec le chèque emploi-services, en autant qu'on respecte les demandes des utilisateurs, qui sont de bien former les personnes du chèque emploi-services, de leur donner des accès de formation de préposé aux bénéficiaires par les centres de santé comme si c'étaient des employés de centres de santé... Alors, on a un plan de travail à ce niveau-là pour augmenter l'offre de services et atteindre la cible qui est attendue de nous.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Pelletier (Saint-Hyacinthe): ...M. le Président. Si je comprends bien, vous dites... Vous n'avez pas atteint la... La cible n'a pas été atteinte cette année. Puis de quelle façon on pense améliorer dans les années futures pour l'atteinte des objectifs? J'ai compris votre réponse. Mais est-ce qu'il y a des moyens qui vont être pris, là, qui sont actuellement en... être en mesure pour avoir un peu plus d'efficacité? Parce que les personnes handicapées actuellement se plaignent justement qu'il y a des diminutions de services dans certains cas. Et puis je veux juste savoir si vous avez une vue globale de l'ensemble et puis s'il y a des actions bien précises à part ce que vous nous dites, là.

Mme Massicotte (Louise): Je trouve...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): Oui, excusez. Je trouve important de relater qu'à Montréal, dans le fond, le niveau d'intervention qui est accordé à une personne handicapée en termes de nombre d'interventions est beaucoup plus élevé. Alors, je veux dire, dans le fond, on a des niveaux d'intervention qui vont à 34.5, là. Alors, ça, c'est important parce que, dans le fond, on maintient, par ce biais de soutien là et par ce niveau-là d'intervention, le plus possible et le plus longtemps possible ces personnes-là à domicile. Effectivement... Puis j'ai oublié tantôt de vous le dire, il faut combiner aussi le programme POSILTPH. Et, pour le bénéfice de madame, là, c'est le Programme d'organisation des services intensifs à long terme pour personnes handicapées. Ce programme-là, il faut aussi l'additionner dans l'offre de services. Donc, on est assez près de la cible.

Puis, pour répondre à votre question, je pense qu'avec... On vient de lancer, à la demande de nos partenaires, là, les centres de réadaptation, on vient de lancer une table de travail au niveau de la déficience motrice pour revoir l'offre de services avec les partenaires, autant les centres de réadaptation que les milieux communautaires. Puis ça commence dès le mois de septembre, une première rencontre, avec un mandat très précis d'améliorer l'offre de services encore.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine, vous avez un complément de réponse?

M. Levine (David): Oui, compléter pour... Évidemment, le groupe Ex aequo, que vous connaissez, qui ont fait une étude dans le milieu, ils ont sûrement vous déposé l'étude qu'ils ont faite, fort intéressante de voir le niveau d'intégration de leurs membres à l'intérieur de la communauté. On a écouté, Louise et moi, la présentation chez eux. Je les ai invités à rencontrer le conseil d'administration de l'agence à Montréal. Ils ont fait leur présentation devant les membres du conseil d'administration et ont convenu un groupe de travail auquel eux sont présents et auquel ce groupe de travail est en cours.

Ils sont très à l'affût, au courant de l'ensemble des éléments dans leur secteur, et c'est un bon support pour nous autres. Je pense qu'on travaille en très bonne collaboration avec eux autres. Et vous savez aussi que chaque emploi de service auquel on a augmenté, Montréal fait l'offre la plus importante en termes de taux horaire dans ce milieu. Évidemment, ça coûte plus cher à Montréal, c'est plus difficile à Montréal, et je pense qu'eux le réalisent. C'est le groupe qui vient le plus souvent au conseil d'administration de l'agence lors de nos audiences publiques.

● (16 h 20) ●

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Levine. M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Pelletier (Saint-Hyacinthe): Il me reste combien de temps, M. le Président?

Le Président (M. Sklavounos): Il vous reste six minutes.

M. Pelletier (Saint-Hyacinthe): Six minutes. Dans un autre ordre d'idées, vous savez, les déficiences physiques, ça comprend aussi l'audition, le langage, les difficultés de langage et les problèmes de motricité, bien sûr, puis la vue. Maintenant, je vais donner un exemple. En août 2007, il y avait 2 443 enfants qui étaient en attente pour les services d'orthophonie, avec une moyenne d'attente de 16 mois. Et puis ça allait dans le sens aussi du rapport de la Protectrice du citoyen de 2007-2008, qui disait la même chose. Le Protecteur faisait une recommandation au ministère de la Santé et des Services sociaux concernant tout particulièrement les services de réadaptation en déficience du langage pour les enfants devant recourir à des ressources spécialisées en orthophonie.

Je veux juste savoir: Au niveau de l'atteinte des objectifs en orthophonie, est-ce que vous avez obtenu des résultats, vous, avec cette attente-là? Combien d'enfants sont en attente pour le service d'orthophonie? Puis quel est le temps moyen d'attente pour les services d'orthophonie en ce moment?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Saint-Hyacinthe. Mme Massicotte? M. Levine veut commencer? Mme Massicotte, allez-y.

Mme Massicotte (Louise): Dans le fond, je ne serais pas capable aujourd'hui de vous dire exactement l'évolution de la liste d'attente. C'est quelque chose qu'on pourrait demander à nos établissements, mais je ne l'ai pas de disponible.

Cependant, pour répondre à votre question: Est-ce qu'on a fait quelque chose depuis ce temps-là?, oui, effectivement, on a développé des services. Notre choix, ça a été de développer des services de stimulation précoce pour les enfants 0-5 ans parce qu'on sait très bien qu'à travers la stimulation précoce il y a un développement du langage, et, entre 0-5 ans, tous les enfants n'ont pas un diagnostic arrêté, définitif. Et on a injecté du développement dans les centres de santé pour la stimulation précoce en espérant agir en amont de ce problème-là.

D'autre part, on a toujours effectivement une pénurie d'orthophonistes qui ne nous permet pas de combler tous les postes et de répondre de façon optimale aux besoins. Mais, pour ce qui est du nombre de personnes en attente, je ne l'ai pas. Mais, si c'était un souhait, on pourrait certainement en faire la demande à nos établissements, puis l'établir dans l'état actuel d'aujourd'hui, et vous le transmettre.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Saint-Hyacinthe.

M. Pelletier (Saint-Hyacinthe): Juste... Étant donné que justement vous parlez d'une pénurie d'orthophonistes, est-ce que vous pensez que c'est sur tout le territoire ou si c'est juste la région de Montréal qui est affectée? Et sinon est-ce qu'il y a des solutions qui sont apportées par le ministère de la Santé ou par le ministère pour essayer de contrer... Parce que c'est bien entendu que ce qu'il est important de savoir aussi — moi, j'aimerais bien le savoir — c'est comment s'écoule... combien est-ce qu'il y a de temps entre quand une personne est évaluée et avant qu'elle reçoive... qu'elle soit reçue en réadaptation, qu'il y ait des activités de réadaptation, combien qu'il y a de temps qui s'écoule. Parce que, si elle n'est pas vue, qu'il y a une attente de 16 mois avant qu'elle soit vue, et puis après ça, s'il y a un autre temps d'attente pour être en réadaptation, ça commence à être important, je pense.

Des voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): C'est un problème, là, pour lequel on est au courant et qu'on cherche des solutions, il n'y a aucun doute. Et on a vu dans la région de Québec une solution intéressante qui était, plutôt que de créer une liste d'attente auprès d'un orthophoniste, on a vu les orthophonistes ici, dans la région, aller dans les centres, former des éducateurs pour qu'ils soient capables de voir les cas les plus simples le plus rapidement possible. Et je sais que, dans au moins un des

CSSS de la région de Montréal, celui de Montréal-Nord, cette approche-là a été instituée, c'est dans les plans de l'instituer ailleurs. Et, pour moi, c'est une préoccupation mais que mes collègues partagent, là, de façon très importante parce que, si on handicape le développement des enfants dans les cinq premières années, on s'handicape pour longtemps.

Mais cette idée de faire en sorte, là, qu'on forme des éducateurs à régler les problèmes d'orthophonie puis de... rapidement est tout à fait appropriée, c'est ce qu'il faut faire. La difficulté souvent, là, c'est de réorganiser les services pour ça arrive. Mais je pense qu'en tout cas les six postes qu'on a développés en stimulation précoce dans les derniers trois, quatre mois vont nous permettre, là, de diminuer encore le problème. Et il y avait déjà six postes dans six CSSS auparavant.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le député de Saint-Hyacinthe, il reste une minute, allez-y.

M. Pelletier (Saint-Hyacinthe): Juste une petite question. Vous m'avez parlé d'une liste. Oui, j'aimerais ça avoir la liste d'attente justement par secteur, si possible, et puis avec l'intensité de service qui va avec aussi. Merci beaucoup.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Saint-Hyacinthe. Alors, je vais retourner la parole du côté ministériel, et plus précisément à M. le député des Îles, qui est l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé. Allez-y, M. le député des Îles.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais revenir un petit peu encore en arrière avec une vague de grippe qui a déferlé sur tout le Québec, H1N1. L'Organisation mondiale de la santé l'a classée comme une pandémie. Et évidemment Montréal a été beaucoup touchée. Je pense, c'est la région, si j'ai bien vu dans votre rapport, qui a été la plus touchée au Québec, avec 48 % de cas déclarés. Je pense, c'était, à ce moment-là, à l'automne 2009, là, la première vague. Et évidemment vous avez dû déployer toute une série de mesures pour contrer les effets de cette grippe H1N1. Et, de ce qu'on a pu en dégager pour l'ensemble du Québec, ça a été un succès pour le réseau de la santé et des services sociaux, une grande mobilisation puis des interventions très adéquates. Et, encore là, il faut le souligner, le réseau a fait preuve d'une grande efficacité puis d'une performance extrêmement intéressante.

Mais j'aimerais quand même vous entendre sur un bilan rapide et peut-être nous présenter les faits saillants. Mais il y a sûrement, suite à votre évaluation, des choses qui ont plus ou moins bien marché dans ce grand résultat intéressant. Et, advenant le cas... Ce serait ma sous-question: Advenant le cas où... puis c'est fort possible que ça se représente dans quelques années, quels seraient les aspects qui seraient le plus à améliorer dans ce grand déploiement pour contrer ces effets-là?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles. M. Levine.

M. Levine (David): Je vais débiter une réponse. S'il y a de mes collègues qui peuvent rajouter, surtout Dr Lessard, parce que, vous savez, dans une activité comme ça, c'est l'agence de santé publique mise en avant.

Pour Montréal, effectivement deux phases: la phase printemps, la phase à l'automne. Quand on avait cet événement, Montréal était la plus touchée: 48 % de tous les cas déclarés étaient déclarés sur l'île de Montréal. Ça, c'était une première chose. On a réussi d'implanter 19 sites de vaccination sur l'île de Montréal: Palais des congrès, le Stade olympique. On a réussi à faire une formation publicité, et effectivement 1 014 000 personnes ont été vaccinées. Et la chose a été montée dans une assez courte période de temps pour la complexité d'une île comme Montréal, avec le volume, et à laquelle on acceptait la vaccination des personnes de l'extérieur de l'île de Montréal. Vous n'avez pas besoin d'être un habitant de l'île de Montréal pour recevoir cette vaccination.

On mis sur pied 16 cliniques de grippe. Ça, c'était un des grands succès qu'on réussi à faire, un appel aux omnipraticiens: Arrêtez votre pratique, entrez dans un autre environnement. On en a développé 16 pour recevoir uniquement la clientèle avec des symptômes de grippe. Et on a publicisé les symptômes de grippe. Les gens qui avaient ces symptômes, ils se réunissent dans les 16 cliniques et étaient vus assez rapidement pour ne pas encombrer nos urgences. Alors, structurellement, on a réussi à faire une réponse.

On répète toujours: Si c'était extrêmement sérieux, si on avait des personnes qui vraiment décédaient d'une façon importante de cette grippe-là, ça aurait changé le portrait au complet et ça aurait été une dynamique très différente. Mais, dans le cadre de la dynamique où il était, je pense qu'on peut conclure que c'est un grand succès, la vitesse et les interventions. Je ne sais pas, Louise, si vous voulez intervenir, puis, après ça, peut-être passer la parole à Dr Richard Lessard pour compléter.

● (16 h 30) ●

Mme Ayotte (Louise): Évidemment, le but de faire des cliniques de grippe, c'était de faire en sorte aussi de diminuer la contamination. Si les deux clientèles, celle qui venait pour d'autres types de problèmes et celle qui venait pour la grippe, se côtoyaient, bien, il y aurait eu des problèmes.

Je voudrais compléter sur ce que David disait. Si la pandémie avait été plus sévère, la première difficulté qu'on aurait eue aurait probablement été au niveau des soins de santé, là, au niveau de nos soins intensifs, qui n'étaient probablement pas tout à fait prêts pour recevoir une clientèle qui aurait été très... très malade. Vous comprenez que nos soins intensifs à Montréal et d'ailleurs dans tout le Québec ne sont pas tous de même niveau. Quand on va dans les soins intensifs d'un hôpital communautaire versus des soins intensifs d'un CHU, bien, c'est fort différent comme niveau de soins qu'on peut offrir. Et ça a mené à une révision, là, de toute l'organisation des soins intensifs, qui est toujours en cours actuellement.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): Bien, juste rapidement, là, moi, je voudrais souligner le travail qui a été fait par Mme Massicotte, qui a été notre coordonnatrice générale de toute cette opération-là à Montréal, dans notre équipe. C'est elle qui a pris en charge la coordination des établissements, puis je peux vous dire que tout le monde a été non seulement enchanté, mais vraiment obnubilé par sa capacité de nous diriger tous. Et, j'aimerais le souligner, comme directeur de la santé publique, j'ai été très impressionné.

M. Levine (David): Puis là on passe la parole à Mme Massicotte.

Le Président (M. Sklavounos): C'est pour les remerciements à Mme Massicotte? Ça me permet de faire les remerciements.

Des voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): ...à votre question: Qu'est-ce qu'on en tire pour le futur?, je dirais qu'un des premiers commentaires que je ferais ce n'est pas ce qui n'a pas bien été comme tout ce que ça nous a permis d'améliorer dans notre complicité. Alors, ça nous a permis de développer un réseau pour lequel... Ça a permis à tous les établissements de dire: On est capables de travailler ensemble, on est capables de travailler en réseau, on est capables de s'interpeller. Il y a un bénéfice absolument extraordinaire à ça qui persiste aujourd'hui. Alors, ça, pour moi, c'est très important.

Ça a permis aussi de démystifier... Je vais retourner le propos à Richard, mais ça a permis de démystifier pour tout le monde le rôle de la Santé publique et le rôle des agences en matière de coordination dans des événements comme ceux-là et ça nous a interpellés quotidiennement à nous entendre sur toute la vaccination, le rôle de chacun là-dedans, à s'interpeller au bon moment, au bon endroit sur nos responsabilités respectives, et on a beaucoup appris de ça. Ça nous a appris à gérer nos communications d'une façon plus... mieux coordonnée, dans le fond, que toute l'information soit congruente, conséquente, que le monde comprenne que ce qu'on leur disait, ça soit clair, limpide. Notre consœur, Anne-Marie, a beaucoup travaillé... Mme Tardif a beaucoup travaillé à ça. Alors, on en sort gagnants, au bout de la ligne, de cette expérience-là. Ça nous a permis, comme on disait tantôt, d'être capables de prendre Haïti dans les jours qui ont suivi, tu sais?

Alors, on a développé une capacité de gérer des situations d'urgence sur le réseau montréalais. Aujourd'hui, les gens sont habitués, dans les centres de santé, les établissements non intégrés, on a juste à envoyer une note, c'est marqué: «Urgent. Conférence téléphonique dans la prochaine heure, on veut que tous les D.G. soient là.» On a 95 % de réponses. Je veux dire, tout le monde est là, puis ils savent... On n'abuse pas de ça, mais, quand on en a besoin, le monde est au rendez-vous. Alors, ça a vraiment développé le réseau.

Est-ce qu'il y a des choses pour le futur? Ce qu'on s'est rendu compte, c'est que, dans l'état de préparation de nos dossiers, une chance qu'on avait mis le temps qu'on avait mis pour les préparer parce qu'on n'aurait pas été capables de faire face à la musique. Et, comme dit Louise, on aurait rattrapé le secteur médical un peu à la fin. Ça faisait trois ans qu'on se préparait pour la pandémie, mais ça avait été planifié dans une perspective où ce n'était pas nécessairement le milieu médical qui avait contribué à monter les plans. Et là les médecins nous disaient, au départ: Bien, ça n'a pas de bon sens, ce que vous proposez. Puis rapidement on s'est ajustés. Louise est embarquée à 400 milles à l'heure avec des médecins pour qu'ils aient le goût d'embarquer puis de contribuer avec nous. Puis ça, ça a été un succès. Ça fait qu'on s'est dit: La prochaine fois, il faut vraiment le faire de façon à concilier les médecins en santé publique et autre personnel de santé publique, l'équipe de chez Louise, l'équipe chez nous, puis les communications, puis ça a réussi. Mais on est sortis de là avec une très grande fierté.

M. Levine (David): Un petit complément à la réponse.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Merci. On parle souvent du rôle de l'agence. Où est le leadership dans un groupe d'établissements régionalement qui doit travailler ensemble et fait une offre de services concertée? Dans une pandémie, ou une crise, ou une explosion, ou un désastre, ça prend un leadership, ça prend des mesures d'urgence à laquelle avec les autres partenaires c'est mis ensemble. Mais, je pense, c'était un élément qui a quand même confirmé le rôle de l'agence, un rôle de leadership respecté par des partenaires et auquel tout le monde était prêt à participer. Et, je pense, les commentaires de Louise là-dessus démontrent ça.

Si l'agence n'était pas là, ça aurait été très difficile parce que vous n'avez pas la... Et, peu importe l'agence, à travers tout le Québec, chacune a ce lien avec l'offre de services de leur territoire, le corps médical de leur territoire pour être capable de les regrouper. Et c'est juste dans ce sens-là qu'il y a une valeur qui des fois n'est pas toujours reconnue, la pandémie l'a démontré.

Mme Massicotte (Louise): Peut-être juste un dernier petit détail.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): C'est possible de faire des conférences téléphoniques avec plus de 1 000 personnes en ligne. Ça, je peux vous dire ça. C'est possible de faire ça. Ça a été extraordinaire, nous avions tous les jours des conférences

téléphoniques avec nos établissements, c'est ça qui nous a sauvés. Parce que, nous, on disait aux gens: Mettez qui vous voulez sur la ligne avec vous, et tout le monde a le droit de poser des questions. Donc, que ce soit la personne qui agissait comme secrétaire dans un centre de vaccination ou que ce soit le coordonnateur de... n'importe qui que l'établissement décidait qui était avec eux autour de la table avait le droit de poser des questions. Et ça, c'était intéressant, parce qu'on était très près... on avait une très grande pénétration de notre milieu. Ça, ça a été fort intéressant.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles?

M. Chevarie: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Trois minutes.

M. Chevarie: Trois minutes? Je vois que c'est un sujet extrêmement... dont vous êtes extrêmement fiers, puis, je pense, à juste titre, parce que c'était effectivement une vaste opération, et vous avez amplement accompli votre mission. Et vous avez dit quelque chose, Dre Ayotte — c'est ça? — vous avez dit: La pandémie probablement n'était pas sévère. Je me pose la question suivante: Est-ce qu'elle n'était pas... Est-ce qu'elle ne fut pas sévère parce qu'on a bien réagi en prévention et qu'on s'est bien déployés ou encore c'est effectivement parce que la pandémie n'avait pas un taux d'attaque féroce?

Le Président (M. Sklavounos): Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): Je suis obligée de dire... J'aimerais bien dire: Parce qu'on a bien fonctionné. Mais la virulence n'était pas nécessairement celle qui était anticipée. Mais ça on ne pouvait pas le savoir tant et aussi longtemps qu'on n'avait pas passé à travers. A posteriori, c'est beaucoup plus facile de dire: Ça a été léger. Mais, quand on s'y préparait, on ne le savait pas vraiment. Mais, je répète, il aurait pu y avoir... si ça avait été, là, deux fois ce que ça a été, on aurait commencé à avoir des problèmes importants.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste encore du temps, deux minutes.

M. Chevarie: Deux minutes? Par rapport à ce dossier-là, est-ce que cette mobilisation-là puis cette affectation-là du personnel, centrées sur la problématique, et particulièrement au niveau de l'équipe médicale, est-ce que ça a entraîné des retards majeurs ou considérables par rapport à d'autres types de services?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

● (16 h 40) ●

Mme Massicotte (Louise): Je dirais qu'on s'était organisés pour qu'il y ait une partie du personnel de l'agence qui soit affectée à la pandémie et une partie qui soit affectée au suivi des dossiers courants. Évidemment, je vous dirais que nous n'avons pas progressé dans des plans de transformation pendant cette période-là, mais nous avons quand même assuré... nous avons quand même assuré l'ensemble des activités courantes requises. Quand je pense à l'ensemble des activités courantes, c'est sûr qu'on a protégé notre service régional d'admission pour les personnes en perte d'autonomie, donc il a continué à faire des admissions, même si on était en période de pandémie, je veux dire, pour ne donner que cet exemple-là.

Alors, on a tenu le temps, mais les personnes qui requéraient des services ont eu les services adéquats. Et nos centres de santé, quant à eux, avaient agi, au même titre que nous, en partageant le personnel, pour être sûrs qu'en matière de soutien à domicile, en matière de... C'est sûr qu'il y a eu un retard dans la prise en charge des personnes qui ne nécessitaient pas des services intensifs à domicile, mais ceux qui en recevaient ou en avaient besoin, au moins pour les soins infirmiers, continuaient d'avoir accès à ces services-là.

Je dirais par ailleurs que, dans les autres secteurs d'activité, que ce soit en déficience intellectuelle, ou tout ça, le niveau de... de proximité... Peut-être qu'on a moins travaillé sur les plans d'intervention des personnes, mais le niveau de proximité quand même, par rapport aux clientèles vulnérables, a permis de maintenir des contacts avec les personnes qui reçoivent des services dans une autre forme. Alors, globalement, je ne conclurais pas qu'on n'a pas assumé l'offre de services courants, mais c'est clair qu'on n'a pas avancé dans nos développements.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, Mme Massicotte. Sur ce, je dois céder la parole de l'autre côté. Et ça sera le tour du député de Bourget et vice-président de cette commission à avoir la parole. Alors, à vous, M. le député de Bourget.

M. Kotto: Merci, M. le Président. Messieurs, mesdames, bonjour. Je voudrais revenir sur un volet abordé un peu plus tôt, l'immigration. J'aimerais savoir si vous disposez d'éléments de référence, des chiffres qui mettraient en relief le poids relatif ou important de la pression que cette entité met sur le réseau de la santé et des services sociaux.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Bourget. M. Levine.

M. Levine (David): Oui. Moi, de ma part, je fais un premier commentaire. Richard peut sûrement répondre parce qu'il y a des conséquences démographiques dans la population. L'effet de l'immigration, absolument nécessaire au Québec — je suis heureux qu'on ait le niveau d'immigration qu'on a — donne un défi, dans un premier temps, d'intégration de cette

communauté dans la société québécoise. Alors, il y a l'ensemble des programmes qui permettent ça. Normalement, l'état de santé de la population, quand il arrive immigrant, il peut y avoir certains cas plus complexes, qu'on doit intervenir, qui, dans leur pays d'origine, n'étaient pas dépistés ou d'origine. On fait un suivi là-dessus. C'est beaucoup plus les jeunes dans ces familles et leur capacité, dans la question de maturité scolaire, d'entrer dans notre milieu. Comme j'ai dit, six enfants sur 10 dans le scolaire et le primaire viennent des familles immigrantes actuellement, aujourd'hui, sur l'île de Montréal.

En ce qui concerne la question de pauvreté, il y a une composante de cette communauté qui a des difficultés. Je sais qu'il y a beaucoup de programmes de support du milieu, du milieu communautaire, mais c'est toujours un moment de désorientation un petit peu plus difficile. Mais on a des programmes plus spécifiques. Je vous donne l'exemple des programmes d'interprètes. On a une banque d'interprètes d'une cinquantaine de personnes disponibles dans toutes les langues, bâtie sur l'île de Montréal. Le bilinguisme à Montréal a un coût de l'agence de presque 50 millions par année. Et, notre capacité de travailler dans différentes langues, quand on fait des communications, et des dépliants, et d'autres choses, il faut prendre soin de ça et être capable de le traduire en plusieurs langues pour la communauté. Nos centres de santé sont très préoccupés, ils ont des agents communautaires qui travaillent bien, que ça soit la communauté haïtienne Montréal-Nord, que ce soit les autres communautés de la montagne. Alors, dans ce sens-là, ce n'est pas une problématique dite supplémentaire, c'est simplement d'être conscient des besoins et être capable de se préoccuper de ces besoins et d'assurer qu'on mette des ressources, ce qu'on fait, dans ce secteur.

Je vais demander à Richard, peut-être, de regarder la question plus précise: Est-ce qu'il y a des problématiques plus particulières de cette communauté?

Le Président (M. Sklavounos): M. le député de Bourget.

M. Kotto: C'est surtout au plan de la pression. Est-ce que, comparativement aux natifs, au prorata, c'est une pression plus importante ou pas?

M. Levine (David): La communauté immigrante est souvent plus jeune. La pression de notre système est beaucoup plus sur des personnes âgées en perte d'autonomie, 85 ans et plus. Alors, quand on a des nouveaux arrivés, c'est souvent des familles jeunes avec des enfants jeunes. Alors, si vous me demandez: Est-ce que la pression sur le système, en termes de consommation des ressources globales... Ça ne vient pas de là, ça vient vraiment d'une clientèle vieillissante. Est-ce que l'impact de l'habitude de vie ou de vie en pauvreté et ses impacts plus à long termes... Oui, ça, il y a une conséquence, puis ça, c'est vraiment le domaine de la prévention, promotion pour la santé publique. Richard.

Le Président (M. Sklavounos): M. Lessard, en complément.

M. Lessard (Richard): Oui. Une problématique spécifique, c'est les personnes en attente de statut de réfugié qui ne passent pas par le système de recrutement des immigrants que le Canada et le Québec ont mis en place. Et ces personnes-là en général arrivent avec une situation physique et souvent émotive détériorée par rapport aux immigrants qui sont des immigrants reçus, qui ont suivi tout le processus. Et il y a un problème aussi, là, d'accès aux services de santé puis de carte d'assurance maladie pour cette clientèle-là que le réseau accommode au besoin. Mais je pense que ces personnes en particulier ont besoin de plus d'attention.

L'immigration, je pense que suis tout à fait de l'avis de M. Levine, là, en général, ils arrivent en meilleure santé, sauf les personnes avec statut d'immigrants. Et, une fois rendus, ils font des enfants. Et, dans quelques territoires de CSSS de Montréal, comme Bordeaux-Cartierville, en particulier, et Montréal-Nord, il y a une augmentation très significative du nombre d'enfants, dans ces territoires-là, qui demandent plus de services, mais pas plus que les autres, mais parce qu'ils sont plus nombreux maintenant... parce qu'il y a plus d'enfants, bien, ça fait plus de clientèle à desservir.

Bon, ça demande aussi, au début, plus de temps, plus d'adaptation. Notre personnel, celui des CSSS en particulier, doit apprendre les cultures, savoir conjuguer avec des cultures et des croyances différentes. Donc, ça prend un peu plus de temps, mais, de dire que... Il y a une étude, je pense, qui a chiffré ce temps-là que ça prend de plus. Je ne me rappelle pas des données. Je pourrais vous la retrouver.

M. Kotto: Oui, s'il vous plaît.

M. Lessard (Richard): Mais ça ne m'apparaissait pas... C'est un choix politique québécois, là, de dire: On veut des immigrants. Puis ils arrivent, puis là, après ça, on s'en occupe. Puis là, si on se met à calculer combien ça coûte de plus, tu sais, ça... En tout cas, c'est... Mais en général je pense que l'idée est que les immigrants arrivent, ils sont en meilleure santé que les Québécois d'origine, je pense que ça tient la route. En général, ils n'ont pas de problème de poids comme on peut en retrouver, ils s'alimentent mieux que nous et, comme ils ont passé à travers tout le processus de recrutement, ils arrivent en bonne condition parce qu'ils étaient déjà dans leur pays. Et, s'ils arrivent puis ils augmentent notre taux de natalité, bien il faut donner les services, et puis ça...

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine, vous voulez donner un complément de réponse. Allez-y.

M. Levine (David): Un petit complément de... élément positif. Les clientèles qui arrivent et qui entrent dans notre réseau de santé comme travailleurs dans ce milieu-là restent sur l'île de Montréal avec leur famille et nous donnent une main-d'oeuvre plus stable qu'une main-d'oeuvre de jeunes Québécois de Montréal qui quittent pour les banlieues. Alors,

dans ce sens-là, ça prend une période d'un bon nombre d'années avant qu'ils soient prêts à se déplacer. C'est un des avantages qu'on a à Montréal pour augmenter notre main-d'oeuvre.

● (16 h 50) ●

M. Kotto: O.K. Bien, je vais vous déplacer vers l'est de Montréal plus précisément pour aborder le dossier du Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber. C'est un centre qui héberge 351 personnes nécessitant des soins de longue durée, et ça va... L'année prochaine, en fait, 2012, en 2012, ça fera 15 années que le conseil d'administration et la direction attendent avec impatience — et le mot est faible — la réalisation de ce projet de relocalisation. Initialement, c'était un projet d'agrandissement et de réaménagement.

Et forte est leur frustration au moment où on se parle. Dans une lettre du 14 septembre 2009, adressée à la ministre déléguée aux Services sociaux, la présidente du conseil d'administration, Mme Lise Tremblay, et le directeur, à l'époque, alors M. Furlong, Gary Furlong, avaient débuté leur missive ainsi, et je cite: «Cette lettre se veut l'expression de notre déception et de notre frustration relativement au projet de relocalisation du Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber.» Ils ajoutent plus loin: «Depuis 1997, très peu de travaux d'amélioration des lieux physiques ont été effectués au Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber, car nous avons eu la décence ou la naïveté de tenir compte du projet de relocalisation.» Dans cette même lettre du 14 septembre 2009, ils recommandaient à l'agence de la santé de Montréal, et je cite, «de revoir, afin d'actualiser le plus promptement possible, le projet de relocalisation, permettant ainsi aux résidents hébergés de vivre dans des lieux adaptés à leur condition et selon les principes d'un milieu de vie substitué».

Pertinent, le 25 mai 2010, en réponse à une lettre que je lui faisais parvenir le 12 avril 2010, le ministre de la Santé, dans sa conclusion, reprenait presque mot à mot les termes de la recommandation de Mme Tremblay et de M. Furlong. Il m'écrivait, et je cite: «Je tiens, toutefois, à réitérer la volonté du ministère d'apporter une solution adéquate aux conditions physiques actuelles de cette installation, qui ne répondent plus au concept du milieu de vie, et ce, de façon à procurer des lieux mieux adaptés aux conditions des personnes hébergées, aux travailleurs et aux visiteurs.» Fin de la citation.

Le ministre de la Santé me rappelait bien sûr que, d'une enveloppe budgétaire initiale de 13,9 millions de dollars, le projet en aurait coûté, il y a une année, quelque 49,4 millions, soit le double de la dernière autorisation de 2005, alors que le ministère de la Santé avait autorisé un budget de 24,5 millions de dollars. Il soulignait aussi qu'«à travers le Plan québécois des infrastructures ce sont plus de 800 millions de dollars qui seront investis dans l'amélioration de nos infrastructures en hébergement et en soins de longue durée». La question qui s'impose presque brutalement, en raison des conditions qui, de la bouche même du ministre de la Santé, ne répondent plus aux conditions des personnes hébergées: À quand la conclusion heureuse de ce projet?

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député de Bourget. M. Levine.

M. Levine (David): Puis je vais demander à Mme Massicotte parce qu'elle a les détails du projet... Parce qu'on suit ça de près depuis longtemps. Mme Tremblay, à Lucille-Teasdale, Gary l'ont mentionné à plusieurs reprises, c'est des longs dossiers de notre réseau. C'est un dossier qui a débuté avec une demande nécessaire et légitime. Une fois investigué, il est devenu, comme vous l'avez dit, plus dispendieux. Une fois qu'il était révisé, le coût a doublé pour ce projet. Il y avait la possibilité de déménager ça sur le site d'Hippolyte-Lafontaine, qui était... au lieu de construire, de faire... Ça, ça a été évalué avec le... Et c'était vraiment dans un peu la dynamique administrative d'un système, toutes les composantes compréhensibles des besoins de la clientèle, qu'on vive avec cette dynamique actuellement. Il n'y a pas d'autre commentaire de ma part que je suis capable de faire sur ce dossier. Je vais passer la parole à Louise pour plus de détails.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): C'est-à-dire que, bien, ce dossier-là est, pour nous, un dossier important. On souhaiterait réaliser ce projet-là. Cependant, dans le cadre des enveloppes disponibles financièrement, ça ne pouvait pas entrer... C'est des discussions qu'on a eues avec le ministère, et l'agence, et l'établissement, il n'y a pas de disponibilités financières immédiates pour réaliser le projet.

M. Kotto: Au bout de 15 ans.

Mme Massicotte (Louise): Je suis d'accord avec vous que ça présente un haut niveau de difficultés. Je peux juste conclure le fait que nous avons recommandé ce projet et que nous sommes limités par une disponibilité de pouvoir le réaliser. Et on est tous un peu mal pris avec la situation. Et effectivement on s'assure d'amener des rénovations mineures, comme vous dites, de sécurité dans l'établissement, en espérant trouver une solution à moyen terme. Mais on ne peut pas penser que les enveloppes régionalisées pourraient réussir. Même si on disait: On va prendre 2 millions par année, ça prendrait tellement d'années pour être capable de le financer que c'est impossible.

M. Kotto: O.K.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste une minute dans ce bloc. Alors, il y a un autre bloc qui s'en vient, là. Alors, est-ce que vous voulez dire quelque chose, M. le député de Bourget, pour terminer? Puis on pourrait revenir à Mme la députée de Pointe-aux-Trembles au prochain.

M. Kotto: Non.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va? On va le laisser?

M. Kotto: On récupère.

Le Président (M. Sklavounos): O.K. On va aller de l'autre côté, alors. Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Merci, M. le Président. Alors, on parle beaucoup de santé, mais, les services sociaux, on a des partenaires importants, les organismes communautaires, qui occupent... En tout cas, moi, personnellement, ils occupent beaucoup de mon temps dans mon comté parce qu'ils viennent me voir avec des problématiques souvent financières, malheureusement, puis on travaille de concert avec l'agence pour essayer de trouver des façons de mieux les outiller et les accompagner pour donner des services, assurer des services à une clientèle qui augmente de façon assez fulgurante pour certaines problématiques.

Et, dans le rapport du Vérificateur général, en 2008-2009, il avait justement vraiment fait un audit par rapport au Programme de soutien aux organismes communautaires. Et le rapport faisait état de certaines lacunes par rapport au suivi, reddition de comptes, même l'analyse des demandes de financement qui proviennent, année après année, par l'ensemble des organismes communautaires.

Alors, j'ai plusieurs questions par rapport à vos organismes. Vous avez mentionné à quelques reprises depuis le début de votre présentation que vous avez 625 organismes, qui doivent être tous différents l'un de l'autre, des grands, des petits, des plus spécifiques, des missions plus générales. Alors, c'est tout un casse-tête de réussir à donner... à subventionner chacun de ces organismes là à chaque année, puisqu'à venir jusqu'ici ils ne veulent pas un plan triennal ou ils ne veulent pas un financement à plus long terme. C'est vraiment des questions qui doivent être revues à chaque année.

Vous avez dit dans votre rapport que vous avez alloué plus de 100 millions de dollars, dont 88 millions qui provenaient du PSOC. Ma première question, c'est: D'où proviennent les 12 millions de différence dans votre budget? Comment vous trouvez de l'argent dans le réseau ou dans votre budget pour financer des organismes communautaires à l'extérieur du PSOC?

M. Levine (David): Le 88 à 103 millions était la croissance du budget de PSOC...

Mme Gaudreault: Ah!

M. Levine (David): ...de 2007 à 2010-2011, et cette croissance, qui est venue de l'indexation et qui est venue du développement, a aidé le milieu communautaire à répondre à un certain nombre de demandes. C'est le budget principalement de PSOC.

Et il y a d'autres budgets aux milieux communautaires qui viennent de nos programmes de développement. Des fois, on a un programme de développement, ça va dans les centres de santé, et le centre de santé va prendre un pourcentage de ce budget parce qu'il est plus rentable d'investir dans le milieu communautaire pour une offre de services. Et souvent il essaie de le faire par entente, qui était le volet que le milieu communautaire aime un peu moins, parce que ça les force un peu à un engagement envers une offre liée à un montant d'argent, et eux aiment être capables de juger eux-mêmes et de faire l'offre qu'eux décident dans ce secteur.

Une de nos problématiques est aussi de combler... Et je vous donne un exemple. Centraide a décidé, pour trois groupes entre autres, de dire: Dans notre mandat, on ne couvre pas et on ne subventionne pas un groupe qui est dans un domaine santé, qui fait une offre qu'on juge qui devrait être comblée par le réseau, mais que, pour le moment, le réseau ne comble pas ou ne comble pas assez. Et là, ayant échelonné sur trois ans, il enlève un demi-million de support à des groupes. Alors, on est confrontés par le dilemme: Qu'est-ce qu'on fait? Comment on réussit à combler ou encore ne pas combler ce manque à gagner par le milieu?

On a eu, il y a... ça fait, quoi, deux ans et demi, trois ans, le cadre de référence pour le milieu, qui a stabilisé un petit peu les relations entre le rôle... Et on demandait toujours que l'agence joue un rôle prépondérant et que ce n'était pas divisé aux 12 centres de santé. Eux, ils avaient un peu de crainte d'un lien trop directif de la part des centres de santé, et il y avait un volet plus montréalais qu'un volet restreint à une région, même s'ils sont souvent... ils couvrent un territoire particulier.

Alors, c'est un peu l'état. Mais notre capacité de faire autre chose que l'augmentation de l'indexation de leur budget est difficile. Puis, quand on a de l'argent, notre stratégie est de dire: Il faut aller à une base minimale. Alors, il y a un certain nombre qui reçoit, après accréditation, un certain montant de base, mais... leur minimum. Dès qu'il y a un peu d'argent, on essaie de le relever pour qu'ils aient tous le minimum qu'on peut accorder à un groupe dans un secteur donné. Puis c'est un peu la stratégie. On présente à notre comité d'allocation au conseil d'administration la liste, chaque année, de chaque groupe, le montant qu'ils reçoivent, toutes ces informations sont disponibles, l'augmentation, le minimum, base minimum qu'on essaie d'atteindre si jamais on a de l'argent dans le secteur.

● (17 heures) ●

Mme Massicotte (Louise): Dans le fond, à votre question...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): À votre question sur le hors PSOC, ça provient notamment de certaines enveloppes de Santé publique. Alors, ça, ça arrive avec des ententes. Et ça comprend un certain montant pour les milieux d'hébergement, grands refuges, et tout ça. Alors, ça, ça arrive dans une enveloppe complémentaire qui vient avec un plan d'action. Donc, c'est pour ça qu'on... Alors, on trace toujours, pour le bénéfice autant de notre conseil que des groupes communautaires,

la liste de ce qui est reçu en SOC, ce qui est reçu hors SOC et le total que ça représente, pour savoir vraiment ce qui est investi dans le milieu communautaire.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: Oui, M. le Président. Je sais qu'en période de restriction budgétaire malheureusement les budgets alloués pour les organismes communautaires sont plutôt... se limitent à l'indexation et, comme vous l'avez mentionné, M. Levine, malheureusement pas de nouveaux budgets pour le développement, puis tout ça.

Mais, moi, j'ai toujours cette question-là — je suis un peu égoïste, là, je vous pose des questions par rapport à moi: Comment vous faites pour analyser la pertinence des organismes communautaires? Parce qu'un organisme communautaire qui est né il y a 12 ans, il y avait un besoin du milieu, là il continue à être financé depuis 12 ans comme d'habitude sans qu'on réévalue la pertinence. Parce qu'il y a des nouveaux organismes communautaires qui naissent à tous les jours... pardon, à toutes les années, et là, vous l'avez mentionné, on les reconnaît à titre d'organismes communautaires, mais ils ont zéro financement puisqu'on n'a pas augmenté l'enveloppe.

Alors, ça peut être assez frustrant pour les partenaires communautaires de voir qu'ils ont des organismes qui sont plus ou moins sollicités par la population puis il y en a d'autres, là, les besoins sont criants, puis ils n'ont pas d'argent. Alors là, c'est là qu'ils vont voir leurs députés, puis qu'ils viennent poser des questions, à savoir comment ça fonctionne, la légitimité du financement, comment l'agence s'y prend pour distribuer les enveloppes budgétaires. Puis j'imagine que ça doit être un casse-tête épouvantable, à 625 organismes. Comme, nous autres, dans nos régions, on en a beaucoup moins, mais la difficulté demeure.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Premièrement, même s'il y a 630 groupes, ils sont connus, ils sont connus par nos personnels de l'agence qui travaillent avec. Ils sont dans des catégories d'offre de services, alors là ils sont regroupés par catégorie. Ils ont souvent leur association et ils ont, à l'intérieur de leur milieu, une forme d'autosurveillance. Comme, je peux vous le dire, là, quand il y a en une qui vraiment ne livre pas, les autres l'indiquent. Je dis: C'est une communauté, hein? Et, quand vous avez un grand nombre comme ça, vous, comme députés, doivent sûrement le suivre et avoir les échos d'un groupe et des autres dans le milieu.

Je pense que, un, pour nous et notre conseil d'administration, et je répète, au milieu... l'importance du milieu communautaire, l'importance pour leur offre de services à la population. Puis, s'ils n'étaient pas là, notre 103 millions est multiplié je ne sais pas combien de fois en termes de l'offre qu'on donne à la population. Alors, ils sont essentiels à compléter l'offre de services qu'on est capables de donner sur l'île de Montréal. La difficulté d'un grand nombre de groupes, c'est de dépenser tant de leur énergie à courir après des fonds. Nous, on leur donne un certain montant, qui est, quoi, en moyenne, un tiers de leur budget?

Mme Massicotte (Louise): Ça dépend de chacun des groupes, on ne peut pas faire une moyenne.

M. Levine (David): Ça peut varier beaucoup. Mais ils cherchent continuellement. Alors, ça prend de l'énergie, ça prend du personnel à l'intérieur juste pour chercher de l'argent qui peut être... Mais c'est la nature de notre système. Et l'autonomie de ce milieu-là et l'autonomie qu'il veut, c'est le prix qu'il paie pour avoir ça qui émerge du milieu. Alors, c'est tout à fait correct. Comment évaluer ou distinguer... Il y a le rapport annuel qui est demandé...

Mme Massicotte (Louise): Mais c'est sûr que nous...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): C'est sûr que, nous, on demande le rapport annuel, on demande la charte, on demande un rapport d'activité. On demande, dans le rapport d'activité, le nombre de personnes desservies. Et, quand on a des difficultés avec un organisme, souvent on va en référer aux représentants du regroupement pour voir comment eux perçoivent la situation. Et on fait des interventions auprès des groupes communautaires qui sont en difficulté. Il nous arrive de mettre fin à des subventions. Ce n'est pas fréquent, mais ça nous arrive de le faire, auquel cas l'entente qu'on a avec les regroupements, c'est de protéger l'argent dans ce secteur-là d'activité. Donc, si on a fermé un groupe en santé mentale, on va protéger l'argent de ce groupe-là pour le réinvestir en santé mentale et on va donner la chance au groupe communautaire de s'amender, mais, si ce n'est pas le cas, on va le fermer. Alors, on a une équipe. Chez nous, il y a à peu près cinq... c'est cinq ou six, là, de mémoire. C'est cinq ou six personnes qui travaillent à faire ça.

D'autre part, on demande à chaque année au milieu communautaire de nous dire quels seraient ses besoins et on n'accorde jamais... C'est-à-dire, les gens, quand ils nous font des demandes de financement, s'ils nous font une demande de financement qui est inférieure ou qu'ils nous disent qu'ils n'ont pas besoin de financement, même si dans ce secteur-là on fait du développement, on ne donnera pas de développement paramétrique. Donc, on s'assure de ne pas donner aux gens qui n'en ont pas besoin de l'argent puis d'augmenter, dans ce contexte-là, à ceux qui en ont le plus besoin.

Puis, comme je disais tantôt, on s'assure de stabiliser les groupes existants avant de commencer à financer des groupes qui ne sont pas... qui sont reconnus, mais qui viennent d'entrer dans le groupe des 600 quelques organismes communautaires. Alors, je dirais qu'on a de très bonnes relations avec le milieu communautaire à Montréal et on apprécie beaucoup travailler avec ce milieu.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Hull, trois minutes.

Mme Gaudreault: C'est sûr que le Vérificateur général du Québec questionnait aussi... quand je parlais de la légitimité des organismes... Comment est-ce qu'on fait, quand il n'y a pas de reddition de comptes en tant que telle, là, pour évaluer qu'un organisme a donné les services pour lesquels il s'était engagé, là, dans sa mission? Est-ce que vous avez une façon d'évaluer ça? Vous parlez de groupes, des groupes d'intérêt, si on peut dire, parmi la communauté des organismes.

Mme Massicotte (Louise): Bien, c'est-à-dire que...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): ...si un groupe communautaire ne nous a pas remis de rapport, il va y avoir une visite de notre part qui va être faite, et généralement on va s'associer le centre de santé ou la Santé publique avec qui ce groupe-là travaille pour aller voir quelle est la nature des problèmes rencontrés puis on va demander qu'il y ait des corrections qui soient faites. Et généralement ça s'estompe, là, comme difficulté, mais, si ce n'est pas le cas, on ferme. Mais donc, comme agence, on prend l'initiative d'aller visiter; accompagnés généralement, mais on y va.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Hull.

Mme Gaudreault: J'imagine que vous êtes au courant, là, du rapport du Vérificateur général. Parce que c'est sûr que vous ne faisiez pas partie des agences qu'il avait analysées, si on peut dire, mais, quand même, les recommandations s'adressaient à toutes les agences. J'en viens encore à la reddition de comptes. Parce que pour vous, une reddition de comptes, c'est le rapport annuel. Un rapport vérifié, dûment vérifié ou si c'est juste un rapport d'activité?

Mme Massicotte (Louise): Généralement, c'est un rapport annuel vérifié. D'autre part, je vous dirais que ce qui arrive aussi, c'est que tous les organismes communautaires qui ont des ententes de services... parce qu'il y en a que c'est la mission globale, mais tous ceux qui ont des ententes de service, il y a une reddition de comptes qu'ils ont acceptée pour bénéficier de l'argent qui vient avec l'entente. Donc, à ce moment-là, c'est le rapport annuel plus une reddition de comptes sur l'entente.

● (17 h 10) ●

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine, un complément de réponse?

M. Levine (David): ...donner un complément là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): 45 secondes.

M. Levine (David): ...secondes. Comme j'ai dit, le financement vient de l'agence pour une portion, l'autre financement vient d'autres organismes, comme Centraide ou autres, qui donnent, qui ont leur mécanisme aussi de suivi... viennent de leur collecte, milieux privés et les donateurs. Les donateurs souvent ont leur mécanisme de suivi. Il y a les différentes fondations, McConnell, McDonald et toutes sortes de fondations, Chagnon ou autres, qui ont leur mécanisme de suivi, quand ça touche les jeunes, qui est le programme pour la fondation Chagnon. Alors, dans ce sens-là, il y a un ensemble de composantes, et il faut reconnaître l'autonomie de ces types de structures dans la communauté. Je reste encore convaincu qu'on a tellement plus de valeur d'offre de services pour l'argent que, nous, le public, investit dans ce secteur-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci beaucoup. Alors, je vais aller de l'autre côté maintenant, du côté de l'opposition officielle, et je vais céder la parole à Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Oui, de l'autre côté, parce qu'on est dans... On va s'en aller dans l'est de Montréal.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Léger: C'est vraiment ça. Puis ma collègue, porte-parole pour la santé pour nous, la députée de Taschereau, m'a remis un tableau de l'espérance de vie de la population, et puis ma collègue de Matapédia vient de me dire, à Maka puis moi, qu'il nous reste 20 ans à vivre, mon cher.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Léger: Est-ce qu'on en enlève avec la vie politique en plus, du stress de la vie politique? J'imagine que ça se retranche aussi, avec tout ce qu'on vit.

Alors, je voulais vous poser des questions particulièrement par rapport... bon, dans l'est, l'extrême est, là. Manque de médecins de famille, évidemment, on n'a pas de GMF. Un CLSC débordé qui doit compenser parce que l'hôpital le plus proche, c'est celui de Maisonneuve-Rosemont qui doit avoir une clientèle de pas loin de 300 000 personnes à s'occuper et le transport collectif pour s'y rendre, bon. Problèmes en pédiatrie, pédopsychiatrie, orthophonie, qu'il nous a parlé, avec la recrudescence des CPE, beaucoup de demandes pour l'orthophonie, pour l'aide à la petite enfance, gériatrie, bon, etc. Est-ce qu'on va avoir un hôpital, un nouvel hôpital dans l'extrême est de la Pointe-de-l'Île? Voilà ma question.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Comme le ministre, et qu'on a regardé ça longtemps, nous, on le recommande. On a fait l'analyse montréalaise: il y a un besoin de lits de courte durée dans cette partie de la ville. Il n'y en a pas besoin ailleurs, à Montréal. Il y a même la capacité de regrouper des lits par une réduction de séjour moyen, c'est-à-dire les gens restent moins longtemps à l'hôpital parce qu'on a une offre autrement. Mais, dans l'est, même avec cet effort-là, il y a un manque de lits significatif. Et, dans ce sens-là, il y a, à notre avis, un avantage et un besoin dans ce coin-là, surtout dans le coin de Rivière-des-Prairies, physiquement — pour placer l'endroit — pour absorber un peu de volume de Maisonneuve-Rosemont et le rendre plus disponible pour la Pointe-de-l'Île, et Lucille-Teasdale, qui utilise aussi Notre-Dame, et aussi Santa, qui a un fardeau dans ce coin-là. Alors, oui, la réponse est oui, on pense que oui.

Mme Léger: ...à Rivière-des-Prairies, ça serait bien... c'est bien pour Rivière-des-Prairies, mais c'est parce qu'entre Pointe-aux-Trembles, Montréal-Est, Mercier, Anjou, se rendre à Rivière-des-Prairies, ce n'est pas simple non plus, on a des gros problèmes de transport.

M. Levine (David): Non. L'idée, c'est qu'ils libèrent l'existant. Parce que tout le monde de ce coin-là ne va pas encombrer Maisonneuve-Rosemont, ce qu'ils font actuellement, s'ils restent dans le... Parce que, physiquement, en termes de distance, là, ça va rendre Maisonneuve disponible pour la clientèle et capable de les desservir beaucoup plus vite.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Pointe-aux-Trembles.

Mme Léger: Mais, dans un deuxième temps, j'aimerais poser la question au Dr Lessard, si vous me permettez. Peut-être que ça va vous permettre de continuer si vous avez des choses. Il y a plusieurs études qui ont été réalisées dans l'est de l'île. Puis les gens vous connaissent très bien, Dr Lessard, dans notre patelin. Vous êtes une sommité, chez nous, on aime ça quand vous venez dans notre coin. Parce qu'avec toute l'industrie pétrochimique, on a beaucoup d'industries, alors c'est sûr qu'il y a beaucoup de conséquences. Vous avez fait des études avec vos équipes, et, entre autres, bon, on parle du chauffage au bois, on parle de l'herbe à puce, bon... de l'herbe à poux, etc., là. Est-ce qu'il y a des avancées? On en est rendu où dans cette perspective-là de la santé publique dans l'est, l'extrême est?

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): Merci. On connaît pas mal bien les problèmes de santé publique dans l'est de Montréal, principalement parce que les citoyens eux-mêmes nous ont alertés des craintes qu'ils avaient en rapport avec les pétrolières. Les études qui ont été faites... Et on s'est aperçus, entre autres, là, qu'au niveau de l'asthme chez les enfants, dans l'est de Montréal, c'était un des trois endroits à Montréal où il y en avait le plus, et on a regardé les causes, l'ensemble des causes auprès... d'une enquête qui a été faite auprès de 8 000 personnes et... Bon.

À notre connaissance — et les études ont été validées par les experts internationaux — les pétrolières ne jouent pas... les rejets des pétrolières ne jouent pas un rôle aussi important que les gens le croyaient. On s'est aperçu qu'il y avait d'autres facteurs, comme par exemple le tabagisme des parents joue un rôle important, les poêles à bois, surtout du côté nord de... oui, de l'est, là, qui sont plus présents. La question des logements est aussi une considération, les moisissures parce que certains logements sont délabrés, quoiqu'il y a des parties de votre secteur qui sont évidemment beaucoup plus récentes. Et les habitudes de vie en général, là, des citoyens de l'est pourraient profiter... Comme d'ailleurs j'allais vous le recommander, si vous voulez prolonger votre espérance de vie de trois ans, de marcher au moins 15 minutes par jour. Et, je pense, si vous me permettez, M. le Président, ça pourrait s'appliquer à tous les membres de votre commission.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lessard (Richard): Mais alors...

Des voix: ...

M. Lessard (Richard): Vous n'avez pas le temps?

Des voix: ...

M. Lessard (Richard): O.K. Donc, écoutez, je ne sais pas ce que vous attendez, mais, en même temps, il y a des groupes communautaires qui sont très ardents, dans l'est, pour la question de la qualité de l'air et qui proposent le transport en commun pour améliorer la qualité de l'air. On s'est déjà rencontrés là-dessus pour voir un peu le Train de l'Est puis le train sur l'empreinte du... c'est CP ou CN, je ne sais pas, là, mais... Et on supporte beaucoup le CSSS, qui est très actif dans tous ces dossiers-là. On est allés aussi pour la question, là, du déménagement de... en tout cas, de l'aménagement d'un port dans l'est...

Une voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: On a parlé d'hôpitaux, mais il y a une concentration des services de première ligne, des cliniques, des cliniques-réseaux, cliniques médicales dans l'ouest. Qu'est-ce que vous allez faire pour ramener la première ligne dans l'est? Parce qu'il n'y a pas seulement une question d'hôpital. Regardez la répartition des médecins sur le territoire; il n'y en a pas dans l'est. Alors, est-ce que, par exemple... Moi, j'ai souvent parlé de PREM, des PREM sous-régionaux. Est-ce que vous pouvez envisager des mesures qui forceraient l'installation d'un médecin dans l'est, de cliniques dans l'est ou de services de première ligne dans l'est? Qu'est-ce qu'on peut faire pour les gens de l'est?

Le Président (M. Sklavounos): Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): Alors, première chose, une bonne nouvelle. Il y a, en voie d'accréditation et récemment accréditées, cinq cliniques dans l'est, O.K., qui sont en voie de se réaliser. Pourquoi? Parce qu'il y a eu un blitz particulier qui a été fait, entre autres de représentants du ministère, auprès, doit-on dire, de cliniques qu'on courtisait déjà, là, pour être en mesure de consolider l'offre de services dans l'est. Un.

Deux, il y a une préoccupation sur l'ensemble de l'organisation des soins dans l'est de la ville, qui est extrêmement présente au niveau de l'agence, et particulièrement en termes d'organisation de services: complémentarité des hôpitaux entre eux, certains ayant des capacités excédentaires et des manques de médecins, d'autres ayant les médecins et des activités excédentaires. Et on est extrêmement préoccupés de ça.

Trois, d'aller de plus en plus vers des mécanismes — je reviens, là, sur la première ligne — des mécanismes intégrés. Qu'est-ce qui attire les médecins à un endroit donné? C'est la disponibilité de la référence, la capacité d'avoir un accès rapide quand on veut un examen pour un malade sans avoir à l'envoyer à la salle d'urgence — je parle d'examen plus complexes comme les scan, comme les résonnances magnétiques, bon — l'accès à des consultants quand on est mal pris, encore une fois, autre que d'envoyer le patient à la salle d'urgence.

Alors, on est actuellement à travailler des modèles de soins qui pourraient intégrer le plateau... ce qu'on appelle le plateau technique, là, qui... en fait, c'est l'accès à la radiologie puis au laboratoire sur place, avec des équipes de médecins omnipraticiens puis des équipes de spécialistes dans les spécialités dites de base, cardio, médecine interne, etc. — parce que c'est surtout en médecine, là, la difficulté — puis d'avoir une attente... comment je dirais, une attention toute particulière, oui, pour l'est de la ville et pour faire en sorte que ces choses-là se développent dans l'est.

● (17 h 20) ●

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Avez des objectifs? Avez-vous des échéanciers? Avez-vous des mouvements prévus? Parce que j'accueille la belle nouvelle pour les quatre cliniques. J'espère que c'est des médecins de plus, par exemple, que ce n'est pas juste transformation...

Mme Ayotte (Louise): Oui, c'est beaucoup...

Le Président (M. Sklavounos): Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): Excusez-moi encore. C'est beaucoup des cabinets qui se...

Mme Maltais: Des cabinets...

Mme Ayotte (Louise): ...existants qui se regroupent.

Mme Maltais: O.K. Mais ça ne donne pas plus...

Mme Ayotte (Louise): Ça donne une... Oui, ça donne plus parce qu'on croit intimement que, lorsque les médecins se regroupent plutôt que travailler solo dans des cabinets... Maintenant, pour avoir des effectifs supplémentaires, bien — on en attend une soixantaine cette année — on fait la répartition selon la pénurie, là. Je ne veux pas aller dans tous les détails de ça parce que ça serait... Bon.

Et, en plus, on a la consolidation au niveau des services diagnostiques, hein, ce qu'on appelle les laboratoires d'imagerie médicale, là. Il y en a qui s'installent dans l'est également, qui est de l'accessibilité pour la population.

Mme Maltais: Mais, donc, moi, c'est parce que c'est important de... C'est la première ligne, on le sait. Parce que, si on ne touche pas à la première ligne, ça va continuer à déborder à Maisonneuve-Rosemont. Il y a un lien direct, direct. O.K. Alors, je vais...

Le Président (M. Sklavounos): Il reste environ 4 min 30 s.

Mme Maltais: Une autre question que je veux vous poser. On a parlé des urgences tout à l'heure. Il y a une question que je n'ai pas eu le temps de vous poser. J'aimerais ça... Je n'ai pas là-dedans les chiffres des unités de débordement. J'ai les chiffres, je les ai par ailleurs, j'ai été chercher ailleurs les unités de débordement sur le territoire de Montréal. Il y a toujours à peu près 79 personnes en moyenne, puis les pointes, ça monte jusqu'à 414. Mais je n'ai pas la durée des séjours dans les unités de débordement. Est-ce que vous pourriez m'envoyer la moyenne des durées de séjour dans les unités de débordement? Vous devez tenir ça.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): Vous faites référence aux...

Mme Maltais: Aux unités de...

Mme Massicotte (Louise): ...dans les hôpitaux, quand il y a...

Mme Maltais: Dans les hôpitaux, à côté des urgences, il y a des unités de débordement. Il y a sûrement quelqu'un qui comptabilise la durée des séjours.

Mme Massicotte (Louise): Bien, c'est-à-dire qu'on connaît, par le RQSUCH... Est-ce que vous avez accès...

Mme Maltais: RQSUCH, je ne connais pas ça.

Mme Massicotte (Louise): O.K. Bien, c'est-à-dire on a un tableau journalier qui sort avec le débordement. Mais le débordement dans l'hôpital inclut forcément l'unité de débordement.

Mme Maltais: Bon. Quand on... Moi, c'est parce que ce que j'ai toujours su que, quand on comptabilise les... plus de 48 heures à l'urgence, par exemple, donc, on comptabilise l'unité de débordement dans les séjours de plus de 48 heures à l'urgence.

Une voix: Pas nécessairement.

Mme Massicotte (Louise): Pas nécessairement.

Mme Maltais: C'est ce que je pense aussi. J'aimerais avoir les chiffres, si vous les avez. Sinon, tout est tronqué.

Le Président (M. Sklavounos): Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): C'est comptabilisé la plupart du temps dans les clientèles admises. Donc, cette durée de séjour de cette unité-là est intégrée dans les statistiques de durée de séjour de l'hôpital.

Mme Maltais: De durée de séjour de l'hôpital. Mais c'est des unités de débordement, c'est de l'urgence, ça.

Mme Massicotte (Louise): Parce que très souvent ils sont considérés comme admis au moment où ils sont transférés à l'unité.

Mme Maltais: Ils sont admis, mais ils ne sont pas admis dans des chambres, ils sont admis dans une unité de débordement, qui est des conditions... Ce n'est pas des conditions de vie d'en haut, là, on s'entend. Moi, j'en connais, des unités de débordement, c'est l'urgence un peu améliorée.

Mme Ayotte (Louise): De façon générale, c'est beaucoup pour des courts séjours de 48 à 72 heures.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Parce que, juste pour comprendre, on appelle ça maintenant une unité de bref séjour. Vous avez des unités de 16 lits, à titre d'exemple, qui peuvent être mises à côté d'une urgence. Vous êtes admis dans cette unité, vous avez un corps médical particulier, pas souvent celui de l'urgence, parce que, quand c'est le même corps médical de l'urgence, c'est comme l'urgence. Alors, ça prend une préoccupation. Vous êtes admis au nom d'un médecin. L'idée est de vraiment traiter, rouler et de garder autonome et retourner à domicile.

Débordement dans l'hôpital est: une fois que le congé est accordé à une personne et, maintenant qu'on a des USLD, ils ne sortent pas de l'hôpital. C'est l'expression qu'on utilise: le nombre de débordements dans l'hôpital.

Mme Maltais: Alors, vous n'avez pas de comptabilisation de la durée de séjour dans les unités de débordement des urgences.

Une voix: Non, non.

M. Levine (David): Non. Des unités de bref séjour, non.

Mme Maltais: Je serais curieuse de les avoir un jour, si vous les avez. Parce que j'ai vu des gens passer des semaines là-dedans, moi.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): C'est clair actuellement que la notion d'unité de débordement qu'on avait il y a trois, quatre ans, où effectivement l'hôpital avait systématiquement, à côté, des patients, puis quand on... on était presque obligés d'additionner les patients à l'urgence plus les patients à l'unité débordement. On a tendance à... Et c'est exceptionnel qu'on en ouvre dans cette forme-là maintenant. Alors, on n'a plus cette pratique-là. On a obligé nos établissements à migrer vers une unité d'hospitalisation brève, où c'est reconnu que la personne est là pour compléter des besoins en consultation ou pour finaliser un court séjour. Alors, on n'a pas cette pratique-là, et de moins en moins.

Mme Maltais: Mais il y en a encore 79 par jour, en moyenne, avec des pointes jusqu'à 414, d'après vos propres statistiques. Ce ne sont donc pas ça? Parce que c'est ça, les unités de débordement que j'ai, le chiffre global. Bien, on vérifiera ça. Mon chercheur, on fera des... pour bien comprendre, pour que j'aie les bonnes informations. O.K.? Parce que je trouvais que c'était des bonnes unités. On reprendra ça.

Le Président (M. Sklavounos): Sur ce, je dois aller de l'autre côté. M. le député des Îles-de-la-Madeleine, vous avez la parole.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais aborder une partie du thème sur la qualité que les téléservices... Et vous avez mentionné dans votre rapport annuel que, bon, la qualité, évidemment, c'est un aspect très préoccupant pour les agences, pour les CSSS, pour les professionnels. Et vous avez présenté brièvement certains résultats obtenus, entre autres au niveau des visites d'appréciation du ministère, les contrôles d'infections nosocomiales, le processus de certification des résidences privées, mais vous avez peu abordé le volet du processus d'agrément des établissements. Et j'aimerais ça vous entendre là-dessus parce que c'est une obligation de la loi.

Je pense, c'est depuis 2004, si je me souviens bien, ou 2005, où tous les établissements doivent s'inscrire dans le processus d'agrément et appliquer les mesures qui visent la qualité et la sécurité des services. Évidemment, c'est un processus qui est continu. On vise l'excellence, mais ce n'est pas toujours atteignable rapidement mais sur un processus à plus long terme. Et j'aimerais savoir comment les établissements de Montréal se situent par rapport à ce processus-là. Et est-ce que l'agence est impliquée par rapport à, je dirais, l'encadrement ou la coordination du processus?

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Jusqu'à date, la loi a exigé que, tous les trois ans, nos établissements de santé avaient besoin d'un programme d'agrément. Il y a le Conseil québécois de l'agrément, il y a le Conseil canadien de l'agrément. Vous avez deux structures. L'agrément, qui antérieurement était volontaire, est maintenant une obligation légale, tel que vous avez dit, à partir du début des années 2000. La loi qui vient d'être passée à la demande de nos établissements a mis l'agrément tous les quatre ans parce que le processus d'agrément était particulièrement onéreux et lourd pour nos établissements.

Dans l'agrément, le rôle de l'agence est un rôle de suivi. Si un établissement n'atteint pas l'agrément, on reçoit copie. Il est particulièrement important d'assurer pourquoi, quel est le problème, c'est quoi, le niveau et la nature de la qualité: Est-ce une question vraiment de soins ou une question d'une procédure qui n'est pas écrite comme il faut?

Parce que, jusqu'à date, l'agrément était très axé sur les processus et procédures en place dans l'organisation. Et il y a un changement maintenant pour assurer que les processus et procédures donnent des résultats de qualité, pas juste que vous avez une procédure, mais qu'elle est appliquée et donne des résultats. Il faut aussi une transition pour les éléments de qualité liés aux aspects cliniques, pour les indicateurs cliniques ou des indicateurs de résultat, qui sont de plus en plus demandés à nos conseils d'agrément d'introduire dans leur processus.

Alors, c'était un processus assez rigoureux, onéreux pour nos établissements. Maintenant, tous les quatre ans, sur l'île de Montréal tout le monde, sauf, tel qu'il était mentionné dans notre rapport, un établissement public et un privé qui n'ont pas eu leur agrément et auquel ils ont un an pour retravailler certaines composantes et, nous, l'agence on a mis au courant de ça.

● (17 h 30) ●

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles.

M. Chevarie: Ce que je comprends: dans tous les établissements publics, l'ensemble des établissements du réseau de Montréal ont passé le processus, ont obtenu soit un agrément conditionnel ou tout simplement l'agrément.

M. Levine (David): Ou un agrément maintenant, oui.

M. Chevarie: O.K. Ce que vous mentionnez...

M. Levine (David): C'est ça. Et avant, comme Mme Massicotte me dit, on recevait juste le sommaire du rapport; maintenant, ils sont obligés de nous envoyer le rapport au complet. Et on a les détails à l'agence et on a une équipe qui regarde ça. Ça, ça fait partie de l'activité qu'on fait.

M. Chevarie: O.K. Si vous permettez, M. le Président, je vais passer la parole... ou vous allez passer la parole à ma collègue la députée de Mille-Îles...

Le Président (M. Sklavounos): Parfait.

M. Chevarie: ...avant que j'aborde un autre thème.

Le Président (M. Sklavounos): Parfait. Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Charbonneau: Merci, M. le Président. Je vous amène sur une question courte. Mais vous avez suscité mon intérêt un petit peu plus tôt dans votre présentation. Quand vous avez parlé de la prévention et de la protection, vous avez mentionné que 35 % des enfants qui rentrent à l'école et qui sont en âge de rentrer à l'école avaient un manque sur une des qualités qu'on doit avoir pour être reconnu comme... je ne dirai pas un enfant compétent, mais un enfant qui a l'ensemble des compétences pour entrer au préscolaire.

On sait aussi, puisque vous l'avez aussi mentionné, qu'il y a une clinique extraordinaire à Montréal, qui s'appelle la clinique du Dr Julien. On voit les levées de fonds à chaque année, on voit le travail qui est fait sur le terrain. Et, à Laval, en ce moment, on travaille sur la possibilité d'avoir une clinique à vision sociale, un peu comme celle-ci.

Je voulais savoir, de votre côté... Puisque, nous, les budgets, quand on les regarde, à Québec, on sait que la grosse, grosse enveloppe va en Santé, la deuxième grosse, grosse enveloppe va en Éducation. Je voulais savoir le partenariat que vous avez peut-être — et vous allez peut-être m'en apprendre — sur la commission scolaire... avec la commission scolaire de Montréal Pointe-de-l'Île ou celles de l'Ouest, puisque vous couvrez un territoire plus large que juste une commission scolaire, et avec la commission scolaire anglophone, et s'il y a aussi, et sûrement, mais je veux vous l'entendre parler... vous entendre parler là-dessus, le partenariat que vous avez probablement ou l'ouverture par rapport à la clinique du Dr Julien.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Plusieurs réponses. Je vais demander aussi à mon collègue, Dr Lessard, de répondre. Notre relation avec le milieu scolaire: extrêmement important. Ça a débuté avec des ententes qu'on a avec les cinq commissions scolaires. On a signé des ententes sur l'école en milieu de santé, une entente importante avec beaucoup d'éléments, à laquelle l'école avait des obligations, nous, on avait une responsabilité. Un secteur avec les écoles.

On a un autre secteur avec les écoles en déficience intellectuelle, ou les écoles spécialisées, ou les écoles qui ont des étudiants qui ont des problèmes intellectuels, on intervient avec eux autres.

Mme Charbonneau: Juste pour m'assurer que je vous suis, on parle de Giant steps, on parle de...

M. Levine (David): C'est ça. Et il y a des écoles plus particulières dans ce secteur-là.

En ce qui concerne la maturité scolaire, ma référence des 35 % était l'étude de 13 000 enfants, à peu près, hein...

Des voix: ...

M. Levine (David): ...qui était quand même assez importante, qui a indiqué... On parle des enfants de quatrième, de prématernelle, maternelle qui entrent en première année. Principalement, le facteur, c'est de langue... le langage est le plus grand, mais il y a plusieurs autres facteurs à lesquels ils n'ont pas les habiletés pour assurer la réussite. Ils ont un handicap à la réussite. Et on a, avec les écoles, et les préscolaires, les CPE, les garderies, la capacité de faire du dépistage pour souligner c'est qui les enfants en difficulté. Alors, peut-être, Dr Lessard peut compléter cette réponse.

Le Président (M. Sklavounos): Dr Lessard.

M. Lessard (Richard): Merci. Alors, merci pour la question. On a donné, dans le programme de santé publique, à Montréal, six orientations pour les CSSS qu'on appuie. Il y en a une qui s'appelle Les tout-petits qui naissent et grandissent en santé, 0-5 ans, et une autre qui s'appelle *Des jeunes en santé qui réussissent leur apprentissage scolaire*.

Dans le cas du 0-5 ans, on a fait cette étude-là qui a été faite ailleurs au Canada au cours des dix dernières années. C'est une étude qui s'appelle, en anglais «Readiness to School», qu'on a traduit en français par «maturité scolaire ou préparation à l'école». Et ça analyse, à l'âge de cinq ans, dans les maternelles, le développement des enfants sur cinq dimensions de leur développement, dont une c'est le langage, l'autre, c'est la motricité... enfin, bon. Et c'est assez simple à faire finalement. Mais on l'a fait sur 10 000 enfants. Donc, c'est un peu plus des deux tiers des enfants qui sont à Montréal.

Et ce que ça démontre, c'est que, comme M. Levine le disait, là, en moyenne, il y a 35 % des enfants pour lesquels, sur une dimension, ils n'ont pas le score qu'on s'attendrait pour eux quand on compare cet enfant-là à la moyenne de sa classe. Dans certains territoires, ça va jusqu'à 48 %, alors que, dans d'autres territoires, c'est 20 %. Donc, on voit qu'il y a une grande... Alors, on a...

Évidemment, ça attire beaucoup notre attention et ça nous a amenés à travailler... Quand on a fait l'étude, en fait, on a fait 16... 12 rapports différents, un par territoire de CSSS, parce qu'on a des données même par voisinage, par 104 voisinages à Montréal, qui démontrent, pour chacun des CSSS, dans quels coins il y a des problématiques plus spécifiques. Et ça nous a amenés à travailler avec le ministère de la Famille évidemment, l'association des CPE et un petit peu tout ce monde-là, à revoir les approches, revoir les programmes et à centrer les efforts sur le développement des enfants. Parce qu'on entendait beaucoup, souvent parler de décrochage, mais le décrochage, il commence bien avant l'entrée à l'école, et là les efforts étaient beaucoup moins organisés et beaucoup moins supportés.

Alors, voilà, on a fait ça, et ça nous amène à travailler avec tout ce monde-là. Il y a même maintenant, depuis quelques mois, un... tous les organismes qui s'intéressent aux 0-5 ans se sont entendus sur un programme qui s'appelle Horizon 0-5 ans

pour lequel il y a un ensemble d'activités qui vont se dérouler au cours des prochaines années. Donc, c'est extrêmement important pour nous.

Et, au niveau scolaire, comme le disait M. Levine, on a ces ententes avec les commissions scolaires dans le cadre d'un programme du ministère aussi qui s'appelle *École et milieu en santé*. Et on a des ententes avec les commissions scolaires, les CSSS ont des ententes avec les commissions scolaires aussi, mais ce n'est pas facile de faire développer, dans le cadre de l'approche *École et milieu en santé*, pour chaque école, un plan d'intervention qui inclut l'action du domaine de la santé et l'action de l'école pour que les enfants soient en santé et réussissent leur apprentissage. Ça va demander beaucoup d'efforts encore au cours des prochaines années. Nous, on l'a priorisé, parce que tout ce qui est 0-12, 0-17 m'apparaît important non seulement pour la santé de ces enfants-là, mais pour la lutte à la pauvreté et ses impacts sur la santé. Et, si on veut créer des emplois dans ce qu'on appelle la ville du savoir ou l'avenir, où ça prend des emplois qui sont bien... des gens qui sont bien formés, bien il faut travailler dans les trois premières années de la vie pour donner une chance à tous les enfants de réussir.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dr Lessard. Alors, je vais céder la parole maintenant, pour les dernières trois, quatre minutes qui restent, à Mme la députée de Jeanne-Mance—Viger.

Mme Rotiroti: Merci, M. le Président. Alors, encore une fois, je vais aller directement à la question parce que le temps file. Et ça m'étonne qu'on n'a pas encore parlé des deux grands chantiers sur l'île de Montréal: le CHUM et le CUSM. C'est évidemment un moteur économique important pour l'île de Montréal, mais aussi c'est dans le but d'améliorer les services à la population. Puis, on entend beaucoup de choses, hein, dans les médias, dans ce qui est écrit. On parle de dépassements de coûts, on parle de toutes sortes d'affaires. Et j'aimerais ça, vu que vous êtes là, rapidement nous dire comment les travaux avancent, comment vous voyez l'offre de services changer puis comment vous voyez la transformation de l'offre de services sur l'île de Montréal, avec le nouveau CHUM puis le CUSM.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

● (17 h 40) ●

M. Levine (David): Juste pour vous expliquer le rôle de l'agence dans le développement des grands CHU. Notre responsabilité, au début, était de définir le nombre de lits requis par chacun des milieux. Le milieu de l'Université de Montréal était 1 000 lits; l'Université McGill, 832 lits. Il y avait beaucoup de discussions — est-ce que c'est sur un site, c'est sur deux sites, ça s'échelonne sur plusieurs années — dont vous êtes au courant. À la fin, ça a été décidé par l'Université de Montréal: On veut 700 lits sur un seul et unique site, pas divisé, pas séparé. McGill a accepté 832 lits sur deux sites distincts. C'était le choix, parce qu'il y avait 1 000 lits pour l'Université de Montréal. Ils ont décidé de séparer Notre-Dame dans les 1 000 lits pour laisser un hôpital de 300 lits, communautaire, qui va être attaché au centre de santé Jeanne-Mance. Dans les dernières discussions avec le ministère, le projet a été monté à 772 lits, et Notre-Dame a été réduit de 228 lits pour qu'il y ait le même 1 000 lits qui était le besoin montréalais.

Le rôle de l'agence, deux éléments. De regarder et approuver le projet clinique, c'est-à-dire: selon notre évaluation des besoins de la population montréalaise et des services offerts à la clientèle de l'extérieur de Montréal, est-ce que l'offre clinique de services de ces deux environnements est légitime? Alors, le nombre de salles d'op, à titre d'exemple, arrive à 39 salles d'op dans le CHUM, maintenant, notre analyse est de dire: Est-ce que ce nombre de salles d'op est adéquat pour les besoins de la population? Ça, c'était notre rôle.

On a rempli notre rôle, on a étudié leur dossier clinique et on l'a soumis au ministère, qui l'a regardé. Une fois qu'il a été approuvé, ils ont procédé à accepter le projet. Nous, dans le projet, on n'est pas impliqués; dans la construction, on n'est pas impliqués; dans les ordres de changement, on n'est pas impliqués. Autre que ça, il y a un changement qui a un impact sur le projet clinique, à ce moment-là on regarde le projet clinique.

L'autre chose, c'est de développer le budget d'opération de ces nouveaux environnements et ce qu'on appelle le budget de l'an 1. Et il est de notre responsabilité de regarder ça. On a une équipe qui travaille ça. Pour les prochaines années, cette responsabilité va relever de Mme Massicotte, qui va être la personne spécifiquement en charge de faire le suivi.

Dans les deux cas, les projets avancent très bien. L'Université de Montréal, CHUM, dans cinq ans, doit recevoir le premier client. D'aujourd'hui, ça veut dire: en été 2016, les gens doivent être pris en charge et suivis dans l'hôpital, et pour presque toute la majorité des services cliniques requis. La manière qu'ils ont agencé l'activité est que les choses qui doivent être faites et qu'on suit après sont des choses connexes à l'offre de services cliniques. Alors, c'est dans cinq ans, on voit la fenêtre de cette offre-là.

Le CUSM avance très bien, il y a de la construction déjà en cours. Il reste quelques dossiers comme la localisation de Neuro, l'institut de neurologique, qui reste une discussion en cours, actuellement, dans ce dossier. Toute la construction est suivie par l'équipe de Clermont Gignac. Et, juste pour mentionner l'augmentation du nombre de personnel, tout le personnel dans l'équipe de Clermont Gignac est dans le chiffre de l'agence, dont moi. Ce n'est pas mon budget, ce n'est pas mon argent, c'est un bloc d'argent payé par le ministère pour créer l'équipe de Clermont Gignac, mais c'est créé à travers l'agence. Alors, les employés sont à contrat et considérés comme employés. Alors, il faut toujours, quand on regarde nos chiffres, séparer ça. Juste faire référence, parce que ça m'a été mentionné. On va aller ça plus en détail. Il y a aussi des employés de DSQ, qui est le Dossier santé Québec, en informatique.

Pour retourner à la question du CHUM et du CUSM, qu'est-ce que ça va changer?

Des voix: ...

M. Levine (David): Bon. Vous posez la question à quelqu'un qui prône de ne pas être un système hospitalocentrique et d'aller vers un système de première ligne et du développement de première ligne. C'est quelque chose que je vois être l'évolution de notre système.

Il était quand même nécessaire de rénover nos 4 500 lits et de faire une offre de lits nouveaux. Les constructions en cours vont rénover 2 000 lits, au Jewish, à Sainte-Justine, au CHUM et au CUSM, actuellement. Ça veut dire que 2 000 sur 4 500 vont être des lits privés. Il n'y aura pas deux personnes, il y aura une seule personne dans chaque chambre et...

Une voix: ...des chambres privées.

M. Levine (David): C'est des chambres privées. Et ça va être là pour le prochain 50 ans. Alors, veux veux pas, c'était nécessaire dans des environnements désuets, et, parce que c'était dans nos grands CHU, c'était important de le faire, incluant les salles d'op, incluant les soins intensifs. Il fallait moderniser, c'est ça l'expression.

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion.

M. Levine (David): Alors, dans ce sens-là, ça n'apporte pas un changement au système de santé, ça modernise et donne une offre et un environnement fort intéressants. Le changement de système devient dans un développement de première ligne qui fait un système qui n'est pas hospitalocentrique, mais qui est capable de faire une offre ailleurs qu'à l'hôpital et que l'hôpital sert uniquement pour lequel un hôpital doit servir.

Le Président (M. Sklavounos): Merci...

M. Levine (David): Et c'est ça le mouvement qui est en cours actuellement.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Levine. Malheureusement, je dois vous arrêter là. Je dois aller de l'autre côté, préserver le temps de l'opposition officielle. Et, sur ce, je vais céder la parole à Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Donc, je ne suis pas reconnue, moi non plus, comme étant hospitalocentraliste. Nous allons aborder un sujet très loin justement de l'hospitalocentrisme, celui de l'obstétrique et des maisons de naissance. J'ai un ami, un collègue, le député de... de Gouin, de Gouin qui vous a écrit le 29 avril de cette année. Il vous parlait d'un projet de maison de naissance sur le territoire du centre de santé du Coeur-de-l'Île. Or, vous disiez... vous avez répondu, le 24 mai, que vous n'aviez pas de fonds pour cela.

Or, le ministre, le 5 mai, suite à beaucoup d'échanges qu'il a eus avec l'opposition, a accepté maintenant de financer les maisons de naissance à 100 % au lieu de 50 %, ce qui enlève la charge financière des épaules de l'agence. Alors, maintenant, est-ce que ce projet, pour le prendre en exemple, est-ce qu'il est financé maintenant par le ministère de la Santé ou est-ce qu'il... Où est-ce qu'il en est rendu?

Mme Massicotte (Louise): Bien, c'est-à-dire que... Excusez. C'est sûr que ce projet-là est en émergence. Il y en a trois autres maisons qui existent, et puis, donc, effectivement, ce serait la quatrième. Et on va conclure des discussions avec le centre de santé pour aller dans le sens du développement de cette maison-là de naissance. C'est clair pour nous qu'on souhaite en développer. La perspective, c'est d'en développer plus. On souhaite développer celle-là. On a reçu toutes les représentations de tout le milieu pour supporter cette maison-là. On n'a pas d'objection à la développer, cette maison-là. À ma connaissance, on n'a pas tous les éléments concluants avec le centre de santé maintenant, il reste des validations à faire.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: M. le Président, parce qu'il nous reste peu de temps, donc, on peut... Donc, ça se discute encore au niveau de l'agence. Est-ce que le ministère vous a accordé des fonds pour développer, donc, cette maison-là ou, après, ça s'en va au ministère? Je veux comprendre rapidement le fonctionnement.

Mme Massicotte (Louise): Bien, c'est-à-dire qu'on est informés du fait qu'il y a une ouverture à en développer et à amener le financement requis pour le faire. Et donc, nous, ça va nous permettre de conclure plus rapidement les travaux qu'il nous reste à faire avec le centre de santé pour le représenter au ministère.

Mme Maltais: O.K.

Mme Massicotte (Louise): On recommande le projet.

Mme Maltais: Parfait. Je suis très heureuse d'entendre ça. Ça ne m'étonne pas, d'ailleurs.

Lors des échanges sur le projet de loi n° 127 et sur les maisons de naissance, l'Ordre des sages-femmes est venu nous dire que 25 % des femmes enceintes n'ont pas de suivi de grossesse au premier trimestre, à Montréal. C'est énorme. C'est le chiffre, c'était dans leur mémoire. De plus en plus de femmes se présentent dans un hôpital pour accoucher sans avoir de suivi de grossesse. Et ce n'est pas l'apanage de Montréal, c'est aussi vrai en région. Donc, la situation, elle est difficile.

Est-ce que vous avez un plan de développement pour régler ce problème? Est-ce que vous avez regardé ça? Et je parle de plan de développement de l'obstétrique en général et des maisons de naissance, parce que c'est aussi une des solutions à ce problème.

M. Levine (David): Je vais débiter...

Mme Maltais: Comme on a peu de temps, il va falloir peut-être commencer un dialogue là-dessus.

Le Président (M. Sklavounos): M. Levine.

M. Levine (David): Oui, débiter la réponse très vite, passer ça à Mme Ayotte, qui a plus de détails. Il y a une croissance importante des naissances sur l'île de Montréal. On a parlé du niveau d'immigration. On a parlé de beaucoup de jeunes et...

Mme Maltais: M. le Président... Oui, M. Levine, je sais. Comme nous avons peu de temps et que vous avez très bien élaboré sur l'augmentation des naissances, je pense que j'aimerais entendre vos collègues en arriver aux solutions.

Le Président (M. Sklavounos): Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): Les maisons des naissances sont un des éléments de solution, l'augmentation en obstétrique dans les milieux existants, milieux hospitaliers existants est aussi une réponse, et une réponse, comment je dirais, plus en volume et plus à court terme que ce peuvent offrir les maisons des naissances à ce jour.

Alors, on travaille dans l'est avec Maisonneuve-Rosemont. On n'a pas encore un plan d'action reçu. On travaille avec LaSalle, plan d'action reçu, augmentation du nombre d'accouchements. On a également St. Mary's qui nous offre une offre de services supplémentaire. Et c'est surtout autour de ces milieux-là qu'on travaille.

Mme Maltais: Et ça — pardon, M. le Président — est-ce que vous nous parlez d'accouchement ou vous nous parlez de suivi en obstétrique?

● (17 h 50) ●

Mme Ayotte (Louise): Suivi et accouchement. Actuellement, on est obligés de fonctionner avec une offre de services des médecins de famille pour le suivi de la grossesse et un transfert de la mère et du bébé, avant la période obstétricale, vers des médecins qui accouchent en milieu hospitalier.

Mme Maltais: O.K. Est-ce que vous validez un peu... Est-ce que vous avez une opinion sur cette opinion de l'Ordre des sages-femmes comme quoi il y avait 25 % des femmes enceintes qui n'ont pas de suivi de grossesse?

Mme Ayotte (Louise): On n'a pas d'étude récente, mais ça semble correspondre à ce qu'on entend.

Mme Maltais: Je vous dirais que ça correspond à ce qu'on entend sur le terrain...

Mme Ayotte (Louise): Exactement.

Mme Maltais: ...et ce qu'on reçoit comme...

Mme Ayotte (Louise): Exactement. Par contre, sur le fait, là: Est-ce que des femmes se présentent dans des salles d'accouchement sans avoir eu de suivi médical?, on nous dit que — encore étude terrain, là, seulement — on nous dit que ce seraient des visiteuses qui viennent à Montréal pour accoucher.

Mme Maltais: O.K. Et le ministre nous avait dit — dernière chose — en novembre 2010 qu'il y aurait un service de sages-femmes bientôt à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Est-ce que c'est réglé? C'était...

Mme Ayotte (Louise): Réglé, à ce que je sache, non.

Mme Maltais: O.K. Merci. Veux-tu continuer?

Mme Doyer: Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Merci. Alors, merci, M. le Président. Je vais faire vite parce que j'ai beaucoup de questions et je veux beaucoup de réponses aussi.

Particulièrement par rapport aux clientèles de jeunes qui ont des problématiques de déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement, l'autisme, on a fait des efforts, mais vous reconnaissez, dans les documents et quand on lit les données, il y a quand même des listes d'attente. Et, aux crédits, ça avait ressorti lorsque j'avais questionné la ministre des Services sociaux.

Alors, qu'est-ce vous allez faire? Parce qu'il y a différentes problématiques reliées à la première ligne, par rapport aux services spécialisés aussi, les CRDI versus les CSSS aussi. Il y a des inquiétudes, hein, au niveau des liens, comme la mise en réseau au niveau des établissements scolaires puis des garderies aussi. J'ai un dossier. Mais comment ça se fait que, par exemple, en garderie privée, les gens n'ont pas accès, les enfants ne peuvent pas avoir accès ou une reconnaissance d'accès aux services spécialisés? Mais j'aimerais que vous me répondiez à ça, donc: Pourquoi les listes d'attente sont-elles si importantes? C'est sûr que le taux de prévalence, hein, depuis les cinq dernières années, ça a explosé. D'ailleurs, ça avait pratiquement décuplé, hein; aux crédits, on s'est rendu compte de ça, là.

Et j'aimerais que vous me parliez aussi du Centre d'excellence pour les TED de l'Université de Montréal, me faire un bilan de là où c'en est. Parce qu'on voulait avoir un genre de guichet unique pour l'ensemble du Québec. J'arrête ici.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Matapédia. M. Levine.

M. Levine (David): Je vais débiter vite avec quelques interventions. Vraiment le programme de stimulation précoce a eu un impact majeur; on parle des 0-5 ans. On parle aussi d'une augmentation du nombre de familles traitées, et il y a une augmentation par l'investissement qu'on a reçu. Il y a à peu près 2 400 personnes, des TED, qui vivent dans la communauté, dans les ressources intermédiaires. Alors, vous avez ce groupe-là aussi. Il y a 8 000 clients, par année, desservis actuellement. Leur réponse était le programme de stimulation précoce pour permettre...

On a maintenant la fusion de trois de nos CRDI sur l'île de Montréal. Ça va donner un guichet unique pour les trois, plus facile de relation avec les centres de santé, parce qu'il va dealer avec une seule entité. Et on avait prévu la capacité d'une récupération financière pour réinvestissement dans l'offre de services, qui est l'objectif du nouveau conseil d'administration.

Les deux CRDI qui restent, Miriam et CROM, ont mis sur pied un guichet unique, ont mis sur pied maintenant une nouvelle interaction avec... ensemble. Et on espère que ça va donner des optimisations de l'offre de services. Alors, c'est ça qui court actuellement sur l'organisation dans ce secteur sur l'île de Montréal. Louise?

Mme Massicotte (Louise): C'est sûr que, dans le fond, avec le plan d'accès, là, on a travaillé à améliorer l'accès aux services. Et puis, dans le fond, on regardait qu'il y a 99 % des gens qui reçoivent un premier service dans les délais, hein?

Mme Doyer: Je vous arrête, parce que...

Mme Massicotte (Louise): O.K. Ce n'est pas...

Mme Doyer: ...je le sais que vous connaissez ce dossier-là...

Mme Massicotte (Louise): Non, non, mais...

Mme Doyer: ...et c'est de ça qu'il faut qu'on parle, aujourd'hui, parce que c'est le diagnostic. Et ensuite, un peu comme mon collègue tantôt, c'est le premier service, c'est l'intensité suffisante des services...

Mme Massicotte (Louise): C'est ça, on est...

Mme Doyer: ...et l'intégration des services quand l'enfant est à la garderie, et ensuite à l'école, et les années subséquentes. C'est ça qui est important, hein?

Mme Massicotte (Louise): C'est clair pour nous, à Montréal, qu'il a fallu travailler d'abord à s'assurer que les gens aient un premier service. Après ça, il a fallu convenir avec les établissements que ça prenait une réponse adéquate aux besoins des personnes. Et là-dessus on a eu plusieurs rencontres avec les CRDI — qui étaient au nombre de cinq, là, jusqu'à dernièrement — parce qu'ils avaient eux-mêmes une façon différente d'interpréter. Et effectivement plusieurs d'entre eux considéraient qu'il y avait une pertinence de donner des services urgents, et ça avait toujours pour effet de laisser en suspens les gens qui n'avaient pas plus qu'un premier service. Et on a travaillé avec eux pour harmoniser la pratique de nos CRDI. Et je vous dirais qu'actuellement, là, on est arrivés à une vitesse de croisière qui devrait démontrer dès l'année prochaine une amélioration significative dans l'offre de services.

On avait aussi toute la difficulté pour les enfants avec l'intervention comportementale intensive, toute la difficulté où certains CRDI nous disaient: C'est préférable de donner moins d'heures de service à plus de personnes, alors que d'autres disaient: On veut donner le 20 heures-semaine à moins de personnes. Et on a eu à gérer ce dilemme-là parmi eux parce qu'ils avaient différents professionnels qui étaient d'une tendance plutôt que d'une autre. Alors, on a cherché à harmoniser la pratique.

Mme Doyer: D'accord. Et, sur le Centre d'excellence en TED, là, en troubles envahissants du développement de l'Université de Montréal, parce que ça avait été annoncé, bon, le 8 juillet 2009, est-ce que c'est fonctionnel? Est-ce que ça va? Ça n'existe pas ou, quoi, ça...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Massicotte.

Mme Massicotte (Louise): Je dois vous dire, là, que j'ai comme un blanc, je ne serais pas capable de vous faire un état d'avancement.

Mme Doyer: Non? Ça n'existe plus?

Une voix: Écoutez, je vais devoir prendre les références...

Mme Doyer: Ça n'a jamais existé?

Une voix: ...parce que, moi, ça ne me dit rien non plus, là.

Mme Doyer: Ça ne vous dit rien?

M. Levine (David): Centre d'excellence de l'Université de Montréal.

Mme Doyer: Ça a fait un article de journal, puis «adios!»

M. Levine (David): Oui, mais il y avait un centre d'excellence qui était à Miriam, qui était un centre d'excellence DI-TED, qui a été transféré à l'association du regroupement des CRDI de Québec pour que le personnel se transfère du Québec, l'ensemble, pour être capable d'avoir cette activité qui est une activité de référence.

Mme Doyer: O.K., je comprends, le guichet unique.

M. Levine (David): Alors, si une personne a des difficultés ou un client difficile, il fait appel à ce service qui est maintenant centralisé.

Mme Doyer: Je comprends.

M. Levine (David): Mais celle de l'Université de Montréal...

Des voix: ...

Mme Doyer: Laissons faire ça. Laissons faire ça.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, deux minutes, Mme la députée de Matapédia, deux minutes.

Mme Doyer: Deux minutes?

Le Président (M. Sklavounos): Deux minutes.

Mme Doyer: Oui. Parce que le défi, le défi que vous avez reconnu vous-même par rapport aux ressources humaines spécialisées, le manque qu'on a de spécialistes, que ce soient des psychologues qui connaissent bien les problématiques de... surtout au niveau des TED et j'oserais dire même en orthophonie ou... Comment? Parce que j'ai vu aussi que c'était, bon... directrice des affaires cliniques, médicales et universitaires, Mme Ayotte. Mme Ayotte, c'est vous? En tout cas, comme agence, vous êtes à Montréal, vous êtes un peu chanceux aussi, dans le sens que vous avez plusieurs ressources, plusieurs universités, comment vous êtes en lien avec les gens pour répondre à ces besoins-là qui sont si criants?

Le Président (M. Sklavounos): En une minute, Dre Ayotte.

Mme Ayotte (Louise): Bien, c'est une question à 100 000 \$, là.

Mme Doyer: Mais je suis sûre que vous êtes capable.

M. Levine (David): Je vais l'aider.

Mme Ayotte (Louise): Oui.

M. Levine (David): Il y a un plan de main-d'oeuvre montréalais. Là-dedans, il y a du recrutement très spécifique. Il y a de la rétention de cette clientèle, parce qu'on aimerait qu'ils restent à Montréal, mais qui va par... dont les besoins sont réels. On a des liens avec les différents cégeps qui font au niveau technique et nos hôpitaux qui offrent des places pour encourager, qui offrent plus de places. Parce que, des fois, ils n'offrent pas, ils ne reçoivent pas trop d'argent, puis ça prend du temps de leurs professionnels d'offrir ce service-là. Il y a une croissance requise. On encourage les cégeps, au niveau technique, de l'augmenter. Je pense que les universités essaient de faire leur part là-dessus, mais c'est dans le programme de recrutement, de rétention qu'on a, qu'on va espérer développer ça.

● (18 heures) ●

Mme Ayotte (Louise): Formation, cours de pratique, communautés de pratique, conditions attrayantes, pas sur le plan salarial, sur lequel on n'a pas de contrôle, mais sur le plan des conditions de travail et des... On travaille avec McGill là-dessus. McGill est reconnue.

Le Président (M. Sklavounos): Ce sera le mot de la fin pour la Dre Ayotte.

Documents déposés

Alors, avant de terminer, il faudrait déposer les documents préparés par l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, c'est-à-dire le document intitulé *Fiches d'information* et la présentation PowerPoint, que je dépose.

Et je remercie de nouveau pour leur grande collaboration et disponibilité, les réponses, la documentation et tout le reste, M. David Levine, le président-directeur général de l'agence, Mme Louise Massicotte, la directrice générale adjointe, le Dr Richard Lessard, directeur de santé publique de Montréal, Dre Louise Ayotte, directrice des affaires cliniques, médicales et universitaires, Mme Anne-Marie Tardif, directrice des communications et Mme Emmanuelle Carrier, chef du Service des communications, qui étaient en arrière, mais qui participaient activement à nos travaux, elles étaient visibles. Et je remercie également les membres, des deux côtés, de leur grande, grande collaboration.

Et j'ajourne nos travaux jusqu'à demain, 11 heures, pour une séance de travail. Un petit mot, si vous voulez dire quelque chose, M. Levine, juste...

M. Levine (David): Vraiment, M. le Président, vraiment de remercier la commission pour l'occasion. Pour nous, c'était un moment fort, un moment important. Je veux remercier Mme Anne-Marie Tardif, qui a monté toutes les fiches et les documentations que vous avez. C'est un travail colossal. Ça va être le matériel qu'on va utiliser à plusieurs choses.

J'ai le goût de remercier vraiment tout le personnel de Montréal, les 89 000 personnes, les médecins, c'est grâce à eux que ça se réalise, tout ce qu'on fait. Ce n'est pas nous autres, ce n'est pas l'agence, c'est pas leur organisation, c'est vraiment eux comme personnes, alors. Et je vous remercie, la commission, pour votre support.

Le Président (M. Sklavounos): Et ces paroles seront les paroles des membres de la commission également, M. Levine.

Alors, merci beaucoup, merci beaucoup, une bonne soirée à toutes et à tous.

(Fin de la séance à 18 h 2)