



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-NEUVIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

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

Le mercredi 24 août 2011 — Vol. 42 N° 20

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 (2)

**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 mercredi 24 août 2011 — Vol. 42 N° 20

Table des matières

Auditions	1
Agence de la santé et des services sociaux de Laval (ASSS-Laval)	1
Document déposé	37

Intervenants

M. Gerry Sklavounos, président

M. Germain Chevarie
Mme Agnès Maltais
Mme Francine Charbonneau
Mme Danielle Doyer
M. Mathieu Traversy

- * M. Claude Desjardins, ASSS-Laval
- * Mme Nicole Damestoy, idem
- * Mme Julie Desjardins, idem
- * M. Denis Blanchard, idem
- * M. Yves St-Onge, idem
- * Mme Pauline Couture, idem

- * Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 24 août 2011 — Vol. 42 N° 20

**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 (2)**

(Quatorze heures trois 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. Je demande à toutes les personnes présentes dans la salle de bien vouloir prendre un moment pour éteindre la sonnerie de leurs téléphones cellulaires — et je vérifie le mien en même temps.

La commission est réunie afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval 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 des services sociaux.

Comme vous savez, 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 Laval a été entendue par cette commission la dernière fois le 20 septembre 2006.

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

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

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la secrétaire. Je vous rappelle que la commission et le comité directeur ont convenu que la durée de cette audition serait de trois heures, comprenant une présentation de l'agence de 30 minutes. Ce qui nous laisse une période d'échange de 2 h 30 min séparée également entre le groupe formant le gouvernement et l'opposition, soit 1 h 15 min chacun. Ça va?

Auditions

Alors, je vais souhaiter la bienvenue d'abord à M. Claude Desjardins, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, qui est accompagné, selon ce que j'ai devant moi, de Mme Pauline Couture, qui est la directrice adjointe des affaires médicales et santé physique; de Mme Julie Desjardins, directrice intérimaire aux affaires médicales et santé physique; de la Dre Nicole Damestoy... Damestoy — je prononce correctement? merci — directrice de la santé publique; M. Denis Blanchard, directeur des affaires réseau; et de M. Yves St-Onge, directeur des affaires administratives. Je vous souhaite la bienvenue.

Et, sans plus tarder, je vais céder la parole à M. Claude Desjardins. Je vais vous demander malgré ça de bien vouloir représenter tout le monde qui est devant vous. Et, par la suite, vous pourrez commencer votre présentation.

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

M. Desjardins (Claude): Alors, Mme Nicole Damestoy, qui est directrice Santé publique; Yves St-Onge, qui est directeur des affaires administratives; Denis Blanchard, qui est directeur des affaires réseau; Julie Desjardins, qui est coordonnatrice aux affaires médicales et santé physique; et enfin Dre Nicole... non, excusez-moi — voyons! — Dre Pauline Couture, directrice adjointe à la Direction des affaires médicales et santé physique.

Le Président (M. Sklavounos): Merci.

M. Desjardins (Claude): Alors, M. le Président, je vous remercie beaucoup, madame, les députés... MM. les députés membres de la commission, merci beaucoup de recevoir l'Agence de santé et des services sociaux de Laval, nous donner l'occasion de présenter notre bilan de nos réalisations pour les années 2005-2010. Vous comprendrez qu'on ne vous présentera pas l'ensemble, là, de toutes nos réalisations, mais on est assurés qu'on vous a fait parvenir, en fait, lors des derniers jours, un bilan exhaustif de nos résultats depuis la dernière présence devant vous, en 2006.

Alors, essentiellement, notre présentation se fera en trois temps: dans un premier temps, le contexte et particularités de la région de Laval, la structure des services et enfin les principales réalisations qui ont marqué les années 2005-2010, les enjeux et les perspectives de l'agence pour les prochaines années.

Depuis notre dernière présentation devant vous, en 2006, le portrait de la région de Laval a considérablement évolué, principalement au niveau des aspects populationnels, du vieillissement rapide de la population, de l'augmentation de la clientèle d'expression anglaise et des personnes en provenance des communautés culturelles, et enfin des maladies chroniques de plus en plus nombreuses.

Laval, une île, une ville, qui depuis fort longtemps combine le milieu urbain et une zone agricole, compte maintenant plus de 396 000 habitants, soit une progression de 8,4 % par rapport à 2006. Ce nombre devrait grimper à

425 000, plus de 425 000 habitants d'ici 2016, soit une croissance projetée de 7,4 % par rapport à la croissance globale de 4,4 % pour l'ensemble du Québec. Cette croissance rapide fait suite à une période de 20 ans, de 1990 à 2010, où le taux de croissance de Laval a été le double de celle du Québec. Laval est considérée comme une région favorisée. L'analyse des déterminants sociaux de la santé place Laval dans le peloton de tête des régions ayant une haute espérance de vie.

Comment caractériser la région de Laval? Une population qui vieillit. Les personnes de 65 ans et plus comptent... comptaient pour 9 % de la population en 1990, 15 % en 2006, et atteindront plus de 20 % en 2026.

Une croissance démographique diversifiée, puisque les deux tiers de la croissance est attribuable à l'immigration. Selon les données de 2006, une personne sur cinq à Laval est née à l'extérieur du Canada et une personne sur quatre utilise le plus souvent l'anglais ou la langue non officielle dans sa communication.

Une structure familiale solide, avec plus de couples, avec ou sans enfants, et moins de familles monoparentales et de gens vivant seuls que l'ensemble du Québec. Tout de même, une personne sur 10 vit seule à domicile.

Une situation économique favorable, comparativement au reste du Québec, même si une personne sur six vit sous le seuil de faibles revenus et qu'un locataire sur trois et un propriétaire sur six occupent un logement non abordable.

En ce qui a trait à la dispensation de services, la région de Laval est la moins autosuffisante des régions non nordiques pour les hospitalisations en répondant aux besoins de un Lavallois sur deux. Comme ailleurs au Québec, l'allongement de la période de vie nécessite d'ajuster l'offre de services pour les soins pour les malades des maladies chroniques et éventuellement les troubles cognitifs associés au grand âge.

Cette performance globale, par ailleurs, dissimule cependant certains éléments qui... on doit apporter une attention particulière, plus particulièrement une... on pense à une détresse psychologique alarmante, un niveau élevé de sédentarité, l'obésité à la hausse, particulièrement chez les jeunes, une prévalence relativement importante des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque, et enfin des zones de pauvreté qui, bien que peu marquées dans le profil général, constituent des secteurs de grande vulnérabilité.

● (14 h 10) ●

À Laval, le vieillissement de la population, jumelé à la croissance démographique... touche toutes les tranches d'âge, se compare à l'ensemble du Québec, et ce, au-delà de 2016. La croissance démographique s'annonce également importante chez les personnes âgées dans le groupe des 75 ans et plus, soit une augmentation de 30,2 % d'ici 2016. Pour le groupe des 65 et 74 ans, qui continuera d'être le plus nombreux, il y aura une augmentation de 39,5 % d'ici 2016. Ce groupe d'âge représente un défi quant aux impacts au niveau de l'urgence de l'hôpital.

Selon Statistique Canada, la population d'expression anglaise totale de Laval est de 68 460 personnes, soit 18,8 % de la population lavalloise en 2006. Au Québec, ces 10 dernières années, c'est la communauté d'expression anglaise de Laval qui a connu la plus forte croissance, soit une augmentation de 35 % entre 1996 et 2006. Au Québec, la population totale d'expression anglaise est de 994 720 personnes, dont 6,9 % résident à Laval. La communauté d'expression anglaise de Laval est plus jeune que celle de l'ensemble de la province.

Depuis 1996, la proportion de personnes en provenance des communautés culturelles est également en hausse, en hausse croissante... constante. Troisième terre d'accueil après Montréal et la Montérégie, Laval devient de plus en plus cosmopolite.

Maintenant, en ce qui concerne les maladies chroniques, quatre maladies chroniques dont sont atteintes les personnes sont une source importante de consommation des soins ambulatoires mais aussi d'hospitalisation. Elles sont responsables de 69 % des décès en 2007. Ces maladies sont, en ordre d'importance, les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, le diabète.

En résumé, Laval est désormais confrontée au défi urbain. Le vieillissement de sa population entraîne une demande accrue de services, l'adaptation des services aux besoins spécifiques de certains groupes plus vulnérables, tels les personnes âgées, les individus souffrant de troubles mentaux, les itinérants. L'accessibilité aux services devra être aussi garantie aux personnes de langue anglaise et adaptée pour les personnes issues des communautés culturelles qui le requièrent. Le suivi et le traitement de nombreuses personnes présentant une ou des maladies chroniques constituent à eux seuls un enjeu de taille.

Le réseau de services de santé et des services sociaux de Laval s'est mobilisé ces dernières années pour la mise en place d'un réseau local de services. Le réseau de santé et des services sociaux de Laval compte présentement:

Quatre établissements publics: le Centre de santé et de services sociaux de Laval, qui inclut l'Hôpital Cité de santé, qui a 452 lits, plus un centre ambulatoire, quatre CLSC et cinq CHLD publics reliés au centre de santé, pour 775 lits — et d'ailleurs c'est le plus gros centre de santé en importance au Québec — l'Hôpital juif de réadaptation, 132 lits; le Centre jeunesse de Laval, 269 places; le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Normand-Laramée, 95 places. Je vous fais grâce de l'ensemble des autres types de ressources, en soulignant plus particulièrement que 50 %... donc il y a... 50 % de nos lits de CHLD sont des privés conventionnés, pour 677 lits.

86 organismes communautaires. Le réseau peut aussi compter sur le dynamisme des organismes communautaires reconnus, dont les budgets ont significativement augmenté, passant de 11,4 millions à 16,3 millions de 2005 à 2010, soit une augmentation de 43 %. Ceux-ci font un travail extraordinaire auprès de certaines clientèles vulnérables. De plus, le conseil d'administration de l'agence a adopté une résolution voulant que 10 % du budget de développement de l'agence soit versé aux organismes communautaires. Il est à noter que l'agence entretient d'excellentes relations avec le représentant des organismes communautaires de notre région.

Au niveau financier, il faut dire que tous nos établissements, durant les dernières années, les cinq, six dernières années, ont tous respecté leurs cibles budgétaires, et ça continue, aucun de nos établissements n'a de déficit.

Principales réalisations, maintenant, par programme. Au niveau de la santé publique, alors le plan de... En vue d'assurer la mise en oeuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique, le plan d'action régional 2003-2007 a été revu et mis à jour dans une version 2008-2012.

En santé publique, on cherche à être simple, utile et concret dans notre approche afin que le réseau de la santé s'acquitte de ses mandats. Comment? En première ligne et dans les cabinets médicaux, par des pratiques cliniques préventives. Dans les écoles, en santé, pour prévenir les dépendances, le suicide, les infections transmissibles sexuellement par le sang, et l'obésité. Dans les quartiers, pour agir sur le développement des enfants les plus vulnérables, auprès des personnes les plus à risque de contracter des infections en raison de leur toxicomanie ou des pratiques sexuelles non protégées. Et enfin dans nos établissements où les taux d'incidence des infections nosocomiales causées par la bactérie C. difficile, quoi qu'inférieurs aux seuils établis... Et d'ailleurs, aux périodes de questions, on pourra vous en faire une présentation plus en détail.

Les enjeux et perspectives en santé publique. Consolider la contribution à l'action intersectorielle dans le cadre de la promotion de saines habitudes de vie, du développement des enfants vulnérables, de la persévérance scolaire des jeunes et de la lutte à la pauvreté et de l'exclusion. Soutenir les milieux cliniques dans la mise en oeuvre de programmes de prévention, principalement dans une perspective de prévention des maladies chroniques et du cancer. Développer un modèle de clinique jeunesse afin d'agir sur la santé physique et mentale des jeunes. Et enfin produire un rapport de la directrice afin de mobiliser la région sur l'importance de la promotion de la santé mentale.

Au niveau des programmes des services généraux. Les GMF... Dans nos réalisations, les GMF et les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille ont doublé depuis 2005, passant de quatre à huit. De plus, deux GMF sont associés à des cliniques satellites privées. En date du 31 décembre 2010, près de 127 331 personnes étaient inscrites dans un GMF de Laval. 30 % de notre population n'a pas de médecin de famille. Un guichet d'accès spécifique pour la prise en charge des clientèles vulnérables orphelines par un médecin de famille a été mis en place. Et enfin 86 % des personnes vulnérables ont un accès à un médecin. Cinq infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne sont en poste.

Info-Santé. La ligne 8-1-1 gagne en popularité, et plus de 143 000 Lavallois y ont fait appel en 2009-2010, comparativement à 113 000 en 2007-2008. Le délai moyen d'attente est d'environ 4 min 32 s, la norme attendue du ministère est de quatre minutes. Je peux vous dire qu'aujourd'hui on faisait des vérifications, nous sommes maintenant à 3 min 28 s. Laval figure comme étant une des quatre centrales indiquées pour répondre à la population d'expression anglaise.

Dans les enjeux et perspectives pour les services généraux, on a le problème de l'accès à un médecin de famille, aux services de première ligne. Donc, on veut actualiser le cadre de référence pour les GMF réseau, services intégrés, augmenter le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, qui est de cinq actuellement... et qu'on souhaite avoir, d'ici 2018, 16 infirmières pour assurer les services.

Et enfin nous sommes à développer... Ce n'est plus un projet, c'est en construction actuellement, c'est en réalisation, c'est mettre en place un centre intégré de services de première ligne dans l'ouest de Laval. Donc, on met en place un point de service dans l'ouest afin d'offrir des services intégrés aux résidents du secteur. Pourquoi? Pour assurer un meilleur accès aux services de première ligne pour la population de l'ouest de Laval, établir, aussi, et soutenir les liens avec nos GMF du secteur, et enfin d'assurer une meilleure accessibilité à la santé mentale... aux services en santé mentale de première ligne dans l'ouest de Laval, des services qui sont assurés actuellement par l'Institut Albert-Prévost, mais il y a des professionnels de Montréal.

Au niveau des programmes en santé physique. En soins d'obstétrique, la région de Laval enregistre une volumétrie peu commune, puisqu'un nouveau-né québécois sur deux naît à l'Hôpital de Cité de santé de Laval. C'est le plus gros centre accoucheur de la province avec quelque... On parle ici de 4 500, mais c'est 4 800 naissances par année.

● (14 h 20) ●

L'urgence. Des efforts considérables ont été déployés au cours des cinq dernières années afin d'améliorer la situation à l'urgence de l'Hôpital de Cité de santé. En 2005, on a inauguré la nouvelle salle d'urgence, avec une superficie trois fois plus grande que l'ancienne, qui compte maintenant 49 civières, soit une dizaine de plus qu'antérieurement. Le nombre de patients arrivés par ambulance présente un accroissement de 11 % pour la même période. Le nombre total de visites accuse aussi une augmentation de 24 %. Le CSS de Laval a implanté l'approche adaptée aux personnes âgées, ce qui contribue à avoir un accès plus rapide aux lits de courte durée. Par ailleurs, pour les séjours de 48 heures et plus sur civière, la situation s'est détériorée, elle est passée de 0,73 % en 2005-2006 à, 2009-2010, un pourcentage de 4,49 %.

En ce qui concerne les maladies chroniques, pour la région, nous avons ciblé deux maladies chroniques: le diabète et les maladies pulmonaires obstructives et l'asthme, ce qui correspond à nos grands utilisateurs de la salle d'urgence.

Au niveau des chirurgies, la production chirurgicale de... pour l'ensemble des chirurgies, a augmenté pendant la période 2005-2010, passant de 9 895 chirurgies à 15 418, soit une augmentation de 64 %. La production, les délais d'attente pour les chirurgies ciblées par le mécanisme d'accès se sont largement améliorés au cours des cinq dernières années. Entre autres, le nombre de personnes en attente de plus de 18 mois a diminué de façon significative dans la dernière année, passant d'environ 500 à moins de 10 usagers. De plus, 40 personnes attendent entre 12 à 18 mois.

L'établissement effectue un total d'environ 14 000 interventions annuellement. En ce qui concerne les prothèses totales de la hanche, le nombre de chirurgies a augmenté de 20,7 %, passant de 111 à 134 à... pour la période 2005-2006. Les patients inscrits traités dans les délais, donc, 92 % en 2008-2009 et, aujourd'hui, à... c'est 58 % qui sont traités dans les délais en 2009-2010. Pour les prothèses totales du genou, le nombre de chirurgies a augmenté de 21 %, passant de 166 à 202. Par ailleurs, les patients inscrits traités dans les délais, en 2008-2009 c'était de 77,9 % et, en 2009-2010, c'est de 64,5 %. Par ailleurs, les cataractes, le nombre de chirurgies a augmenté de 65 %, passant de 1 647 à 2 744. Les patients inscrits traités dans les délais en 2005-2006 étaient 63 % et aujourd'hui, en 2009-2010, c'est 98 % qui sont traités dans les délais. Les chirurgies d'un jour ont également connu une augmentation de 88 %. Les chirurgies avec hospitalisation, par ailleurs, ont connu une hausse de 24 %.

L'hémodynamie. L'inauguration de notre laboratoire d'hémodynamie a eu lieu le 10 avril 2007. 100 % des demandes de service sont répondues à l'intérieur des délais prescrits.

Les services à... lutte contre le cancer. En août 2009, les travaux ont débuté en vue de la construction du Centre intégré de cancérologie de Laval, premier centre de cette nature pour la population de la couronne nord de Montréal. Le centre a ouvert progressivement ses portes il y a quelques mois. Fait à remarquer, les coûts de construction ont été moindres que prévu, et les échéanciers ont été respectés. Et même on organise l'ouverture officielle en novembre, et c'est plus tôt que ce qui avait été annoncé au début du projet. La Maison des soins palliatifs de Laval, qui compte 12 lits, a ouvert ses portes en janvier 2010.

Dans les perspectives en santé physique, donc, on veut poursuivre la transformation de la mission locale du CSS de Laval en une mission régionale, de plus en plus. Et même, dans certaines pathologies, particulièrement en cardiologie et en oncologie, une mission suprarégionale est en train de se développer. Consolider la fluidité des liens entre la première et deuxième ligne est notre... est de première importance. Augmenter les lits, 10 lits supplémentaires en néonatalogie, pour augmenter le niveau de rétention de cette clientèle-là, pour aussi éviter des transferts dans des centres tertiaires de Montréal. Mesurer les impacts en termes de qualité, volumétrie et continuité de services de radio-oncologie à la suite de l'ouverture complète du centre intégré. Et enfin poursuivre la réalisation du plan d'action du continuum de soins, dont les différentes mesures et impacts directs sur l'engorgement d'urgence.

Les sages-femmes. Offrir les services aux Lavallois en développement... un partenariat avec les régions limitrophes. Nous n'avons pas de maison de sages-femmes, mais nous sommes en train d'organiser la maison avec la région de Lanaudière.

Lits de courte durée. On a une pression énorme sur les lits. Nous souhaitons... Nous sommes en processus de rapatrier les clientèles de Montréal, certains types de clientèles de Montréal, de niveaux primaire et secondaire, mais il faut prévoir l'ajout de lits. Alors, à court terme, nous sommes autorisés actuellement à 40 lits. En fait, exactement, c'est 36 lits supplémentaires. Nous sommes en processus d'élaboration des plans actuellement, mais, à terme, c'est 160 lits supplémentaires de courte durée qu'on doit développer.

Et aussi il va falloir rehausser les plateaux techniques, on pense aux laboratoires, les salles d'opération et l'imagerie.

Au niveau du programme Personnes âgées liées au vieillissement, les réalisations. Au niveau du soutien à domicile, augmentation de 10 % du nombre de personnes âgées recevant des services de soutien à domicile par le CSS. Un guichet d'accès est implanté depuis juin 2008. Le dépistage des personnes à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie est systématique à l'urgence et dans les tours d'habitation pour personnes âgées. Des équipes interdisciplinaires spécifiques assurent les soins et les services à la clientèle PALV à domicile. Une équipe de gestionnaires de cas a été mise en place pour coordonner les services impliquant les différents établissements et installations. Une équipe de professionnels dédiés aux personnes résidant en ressources intermédiaires et en ressources de type familial a été mise sur pied afin de répondre à l'intensification des besoins de la clientèle suite à un changement de critères d'admission en CHLD. Et enfin l'unité transitoire de récupération fonctionnelle permet d'augmenter les retours à domicile des personnes à la suite d'une hospitalisation, et le taux est excellent, et 65 % des clientèles qui ont occupé cette unité sont retournées à domicile.

Au niveau des proches aidants, sept projets de répit ont été réalisés à Laval de 2008 à 2010 afin d'offrir un répit aux proches aidants. L'offre de service varie de jour ou de soir, de quelques heures à plusieurs jours, à domicile ou à l'extérieur, incluant de l'hébergement temporaire. En 2009-2010, les aidants et des personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement ont bénéficié de 85 865 heures de répit.

En ce qui concerne dans l'hébergement et dans les milieux de vie, plusieurs projets novateurs ont été développés au cours des cinq dernières années, pensons au... Le St-Christophe, le regroupement des chambres et pensions, la maison François-Bellini, qui est particulièrement pour une clientèle alzheimer, ont permis la création de 83 places pour les personnes âgées durant cette période. Le nombre de places d'hébergement en ressources non institutionnelles, donc le soin intermédiaire, ressources type familial, des projets novateurs, ont passé de 90 à 264 entre 2007 et 2010.

Certification des résidences pour personnes âgées. Laval a un bassin de 63 résidences privées, soit 20 de moins de 10 personnes, 23 résidences de 10 à 99 personnes et enfin 20 résidences de type tour d'habitation. Nous sommes passés d'un taux de certification de 38 % en 2009 à 50 % en 2010. Le taux de certification n'a pas progressé de manière significative à cause de l'embargo sur l'évaluation de la conformité des articles 19 et 24 du règlement des incendies et des règlements municipaux qui touchent principalement les tours, les grandes tours d'habitation, que l'on retrouve en grand nombre à Laval. Laval a servi d'ailleurs de région témoin pour l'élaboration de nouvelles balises en matière de sécurité incendie, et qui d'ailleurs devrait... on devrait ... Vous devriez entendre parler, là, dans les prochaines semaines, là, si vous allez voir sur... La certification des résidences va être passée, on va s'inspirer beaucoup de l'expérience, il y a eu des évaluations qui ont été faites à Laval.

Enjeux et perspectives, programme pour les personnes âgées. Le vieillissement de la population obligera le réseau lavallois à adapter ses services de... ses offres de services par la mise en place de l'approche adaptée en CH. Le soutien à domicile, qui a connu une progression importante depuis quelques années, devra s'intensifier et s'optimiser encore davantage. Le recours à l'hébergement en CHLD devra être judicieux et constituer une solution de dernier recours.

En ce qui concerne le développement des ressources d'hébergement, l'offre pour l'hébergement devra se diversifier pour permettre aux personnes âgées d'avoir accès à des milieux de vie qui répondent adéquatement à leurs conditions, particulièrement au niveau des ressources non institutionnelles. Je vous fais grâce de tous les détails de ça. Au niveau de la période des questions... Oui, c'est pour ça que je vais accélérer.

● (14 h 30) ●

Au niveau de la déficience physique. Implantation des phases 1 et 2 du Plan d'accès aux services aux personnes ayant une déficience, déficience physique. On veut augmenter le nombre... On a augmenté le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile, soit de 22 % de plus de personnes rejointes, depuis notre rencontre, la dernière rencontre. Augmentation aussi du nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la

famille reçoit des services de soutien, encore là, c'est une augmentation de 34 % de plus de personnes qui sont rejointes. L'ouverture de la maison Martin-Matte, enfin. On a ouvert une... la maison... une maison Martin-Matte à Laval, ressource d'hébergement spécialisée de 11 places pour les personnes atteintes de handicap physique ou vivant avec un traumatisme crânien. Et enfin la liste d'attente pour l'hébergement est de 31 personnes.

Dans les enjeux, bien, développer des places en RI et améliorer... dans ressources institutionnelles, et améliorer le milieu de vie pour la clientèle jeune adulte en TP qui sont hébergés actuellement, dans certains cas, en CHLD. Et une particularité, un nouveau besoin qu'on ne parlait pas dans le... à notre dernière rencontre, c'est pour les bébés ayant des besoins complexes. Ce n'est pas un grand nombre, mais c'est... lorsqu'ils se présentent... Vous en savez quelque chose, Mme Charbonneau...

Une voix: ...

M. Desjardins (Claude): C'est ça, c'est pour ça qu'on les... on a passé toutes sortes de messages. On a... On doit développer des services de soutien à domicile pour les bébés qui représentent des besoins multiples suite à un congé d'hôpital, besoins qui dépassent largement le cadre du soutien à domicile.

Chèque emploi, on veut continuer à développer et à augmenter l'offre de services en soutien à domicile, selon la formule de chèque emploi et services.

Programme déficience intellectuelle, réalisations. Encore là, implantation de la phase 1 et 2. Développement et consolidation de 25 nouvelles places en ressources non institutionnelles. En troubles envahissants du développement, la région a connu une hausse d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensifs. Le nombre d'enfants rejoints est passé de 29 à 51, une augmentation de 76 %. La liste d'attente en hébergement est de 75 %.

Alors, nos perspectives, bien, ça va de soi quand on voit ces listes d'attente là, c'est: diversifier les milieux résidentiels pour couvrir le continuum et offrir des places additionnelles en RI pour répondre à la liste d'attente importante, aux demandes d'urgence sociale aussi, courantes, qu'on reçoit. En ce qui concerne les TED, l'augmentation du taux de prévalence des troubles envahissants du développement sans déficience intellectuelle a un impact non négligeable sur l'offre de services et entraîne la nécessité de développer davantage de ressources et de services pour répondre à leurs besoins.

Jeunes en difficulté. L'augmentation du nombre de signalements est de 6 %, par ailleurs une diminution de 16,5 % des signalements retenus. On a une collaboration extraordinaire avec le centre jeunesse. Le centre santé de Laval a permis la mise en place de services de crise, l'accès... Même chose, une très bonne collaboration aussi avec la santé mentale jeunesse du CSS Laval. Et, les commissions scolaires, un travail extraordinaire qui se fait à ce niveau-là pour simplifier l'accès aux services et la cohésion entre les différents types de services. Le Service régional jeunesse multiproblématique, géré conjointement avec le Centre jeunesse de Laval, le CRDI Normand-Laramée, est bien implanté et répond aux besoins des jeunes. Et enfin un centre multiservice pour les 16-21 qui vise à permettre aux jeunes hébergés du centre jeunesse qui deviennent majeurs à parfaire leurs habiletés pour la vie adulte.

Les perspectives, vous le voyez: implanter un programme de négligence.
En dépendance...

Une voix: ...

M. Desjardins (Claude): Une minute? J'aimerais peut-être aller, peut-être, à la santé mentale. On pourra revenir sur les questions en dépendance.

Programme de santé mentale, nos réalisations. En fonction du plan d'action du ministère La force des liens, implantation du guichet d'accès et de deux équipes de soutien intensif dans le milieu par le centre de santé, sans oublier la création d'un modèle innovateur pour le soutien d'intensité variable de la part du... toujours du centre de santé et de l'organisme communautaire le Centre d'implication libre de Laval. Et enfin le service de crise L'Îlot, un groupe communautaire, avec intervention téléphonique de crise 24/7, intervention de crise face à l'hébergement.

Et nous sommes en développement... qui va ouvrir dans les prochains mois. C'est un... le... pour l'accès aux services spécialisés de deuxième et troisième ligne, tous les liens qu'on veut établir et le rapatriement de ressources que l'on fait avec le centre... l'Hôpital Sacré-Coeur.

Itinérance — alors, je n'ai plus le temps, M. le Président, j'imagine. L'organisme communautaire, juste un mot pour dire... L'organisme communautaire, on parle de budget, qu'on a mis beaucoup plus d'argent au niveau du budget. C'est exact. Mais je ne vous cache pas qu'il n'y a pas juste la question budgétaire. Je peux vous dire qu'à Laval les relations qui existent entre les groupes communautaires, les établissements, l'agence, c'est assez extraordinaire, on travaille continuellement ensemble. On a une bonne cohésion. C'est sûr qu'on demande plus d'argent pour investir dans ces secteurs-là. On fait notre possible. Le conseil d'administration, comme je l'ai mentionné tantôt, s'est engagé à mettre plus d'argent au niveau des groupes communautaires. Et nous travaillons — d'ailleurs un comité présidé par Denis ici, à côté, qui est président d'un comité conjoint, groupes communautaires — justement pour regarder comment qu'on peut revoir le financement puis, si on peut être capables, là, avec les ressources qu'on a actuellement, si on ne peut pas mettre plus d'argent dans les organismes communautaires.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Desjardins. Nous savons à quel point c'est difficile de rentrer toute cette présentation en 30 minutes, mais vous savez, de votre expérience, et vous l'avez mentionné, que nous allons avoir amplement le temps de toucher les autres questions que vous avez laissées en suspens.

Je vais tout de suite céder la parole, du côté du groupe ministériel, à M. le député des Îles-de-la-Madeleine, qui est également l'adjoint parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux. Sans plus tarder, M. le député des Îles, vous avez la parole.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Soyez salué, et bon après-midi. Salutations également à ma collègue députée de Mille-Îles, que...

Une voix: Laval.

M. Chevarie: De Laval, c'est ça. Et mes collègues de l'opposition, M. Desjardins, et toute votre équipe, soyez salués également.

M. Desjardins, vous avez une longue expérience dans le réseau de la santé et des services sociaux, et vous avez été sûrement témoin de quelques réformes dans le système de la santé et des services sociaux. Je veux débiter la discussion avec vous sur celle qui s'est passée en 2003-2004, où il y a eu une réorganisation assez majeure dans le réseau de la santé et des services sociaux. On a procédé à la fusion de plusieurs établissements à travers la province, CLSC, CHSLD, hôpital, et la création des CSSS. C'est à peu près les principaux éléments de cette grande réforme là, qui a été majeure dans notre réseau de la santé.

Et je pense que, Laval, vous aviez déjà procédé quelques années auparavant dans cette perspective-là. J'aimerais vous entendre nous exposer un peu le cheminement que la grande région de Laval a fait par rapport à cette réforme-là, et un peu aussi vérifier comment est l'état de santé de vos CLSC. On sait qu'il y avait particulièrement des craintes par rapport à toute cette grande réorganisation là, des craintes du réseau des CLSC de voir disparaître toute l'approche préventive au détriment de tout l'aspect curatif ou des systèmes de soins dans les hôpitaux. J'aimerais ça avoir un peu votre point de vue sur ces aspects-là.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député des Îles-de-la-Madeleine. M. Desjardins.

● (14 h 40) ●

M. Desjardins (Claude): Vous faites le lien avec mes nombreuses années dans le réseau de la santé. Oui, ça va faire, en septembre prochain, 45 ans. J'en ai vu, des réformes dans le domaine de la santé. J'ai essentiellement une expérience dans les hôpitaux, et plus particulièrement dans les hôpitaux universitaires. Et je peux vous dire que... Enfin, lorsque vous parlez de la dernière réforme, qui date d'environ, à peu près, sept ans, huit ans, j'ai fait ce virage-là. J'étais d'ailleurs D.G. d'hôpital à l'époque, on peut dire ça, j'étais D.G. à l'Institut de cardiologie de Montréal, et on m'a invité à rejoindre l'agence — à l'époque, ce n'était pas une agence, c'était une régie, on m'a invité de rejoindre la régie de Laval — et dont le but... Enfin, lorsqu'on m'a invité à vivre cette expérience-là, c'était justement dans le cadre de cette réforme-là de regroupement des... entre autres, là, le regroupement des établissements.

Alors donc, si j'ai pris cette décision-là de venir à Laval, c'est parce que je croyais réellement que cette réforme-là, là, on était dans la bonne direction et aussi que Laval, c'était la bonne place aussi. Là, c'était extraordinaire pour... en tout cas pour moi, mettez ça, de la vivre, compte tenu que... Vous savez qu'il y a quand même des établissements... J'ai un centre... bien, à l'époque, on ne l'avait pas, mais il y avait un hôpital, c'est ça, puis il y avait un hôpital de réadaptation, donc c'était un beau modèle pour expérimenter ce qui s'est passé là. Alors donc, c'est ça.

Rappelons-nous, je veux dire, ce qui était dit à l'époque, je veux dire, ce qui était... Qu'est-ce qu'on disait à l'époque de cette réforme-là, c'est qu'on voulait centrer, on peut dire ça, d'avoir plus une approche populationnelle plutôt qu'une approche patient ou clientèle d'établissement. On souhaitait qu'on regarde, là, tu sais, là, les besoins de santé ou services sociaux d'une population plutôt que regarder seulement ceux des clientèles qui se présentaient dans l'établissement, soit à l'hôpital, c'est ça.

Et, je vais vous dire une chose, pour avoir été D.G. d'hôpital la majorité de ma carrière dans le domaine de la santé, bien, quand j'étais D.G. d'hôpital, là, moi, ce qui m'importait, c'était... l'important, c'étaient les clientèles qu'on recevait à l'hôpital. J'ai été même D.G. à Maisonneuve-Rosemont pendant 11 ans — alors j'en sais quelque chose en termes de volume — puis on ne regardait pas ce qui se passait avant et après, et on s'est aperçus rapidement, hein, que de regarder juste nos problèmes dans un centre de santé, alors que... Prenons à titre d'exemple le problème des urgences dans les hôpitaux. La solution, oui, est dans l'hôpital, il y a des améliorations en termes de processus, mais il y a beaucoup de choses qu'il faut faire avant pour ne pas que le patient entre à l'hôpital puis il y a beaucoup de choses qui vont se faire après, on va dire comme ça, parce que les patients doivent sortir.

Puis on le voit, les problèmes que l'on vit actuellement, hein, des clientèles qui entrent dans nos hôpitaux qui n'auraient pas dû être là. On devait travailler avant, mais ça, ce n'était pas dans les hôpitaux, c'était une autre organisation: les CLSC, les cliniques médicales, puis après, mais des... ça, bien, hein, les... Il n'y en avait pas tellement à l'époque, des ressources intermédiaires, mais beaucoup de CHSLD. Puis on développait... Ah! bien là, c'était une autre organisation, c'étaient des organisations autonomes. Alors, c'étaient tous des silos comme ça, puis le fait de les remettre ensemble... Et qu'est-ce que les gens se... Qu'est-ce que le réseau se plaignait puis qu'est-ce que les... la clientèle, hein, les besoins des patients, c'était le continuum de services à l'intérieur de ça. Tu sais, là, c'est tout en silo, hein, chacun ses règles, là, de... Alors là... Puis aussi, l'approche, chacun était... chaque établissement s'occupait de sa clientèle.

Alors, cette approche-là, maintenant, moi, j'y crois, que de regrouper ces établissements-là permet, hein, d'avoir une meilleure vision des besoins puis de voir aussi que les solutions à notre réseau de la santé passent par l'ensemble de ces établissements-là, et qui sont regroupés sur la même gestion.

Maintenant, vous allez entendre beaucoup de critiques, actuellement, ah, que, là, ah, bien, ça a été plus long que prévu, puis ce n'est pas parfait, puis il y a encore le silo. Puis, je vous dis, c'est vrai, tout n'est pas parfait, on peut dire

ça, puis il y a encore beaucoup de chemin... Vous savez, des réformes de cette envergure-là, là, ça ne se règle pas en deux, trois ans. Moi, je pense qu'une réforme comme ça, pouvoir commencer... Puis, nous, on le voit, on commence à le voir poindre, là. C'est vrai que ça a été deux, trois ans, ça a été beaucoup de problèmes de structures, hein, tu sais, voir comment ça s'intègre, puis les postes, puis ouvrir les postes, puis les programmes, puis changer la... C'est vrai. Mais là on le voit de plus en plus, le résultat.

Et là, maintenant, si vous allez à la Cité de santé de Laval puis que vous leur demandez, à la Cité de santé de Laval... Puis surtout vous parlez aux docteurs. C'est sûr qu'ils n'ont pas... Les docteurs de Cité de santé n'ont pas le réflexe hôpital... je veux dire, hôpital... réflexe centre de santé populationnel, ils ont encore un réflexe d'hôpital. Mais ils ont compris une chose par ailleurs, les docteurs de Cité de santé, c'est que la réponse aux besoins de la clientèle qu'ils reçoivent aujourd'hui, puis de... est de plus en plus âgée, avec de plus en plus de malades chroniques... Ça ne se règle pas juste dans un hôpital, ça doit se régler avant, pour ne pas qu'on les reçoive. Donc, il faut être... hein, faire des liens, l'hôpital, avec les ressources dans les cliniques médicales.

Il y a déjà les ressources sur le terrain pour éviter, hein... Je pense aux services diagnostiques, l'accès aux laboratoires, l'accès aux plateaux techniques, l'accès aux consultations, pas nécessairement hospitaliser. S'ils ne sont pas ouverts à ce qui se fait avant, ils vont venir à l'urgence, comme on les voit actuellement, puis ils vont les recevoir. Puis, dans certains cas, ils vont se détériorer. Puis, dans l'autre cas aussi, pour sortir ces patients-là, parce qu'ils ont fait un bon diagnostic... On reste le moins longtemps possible à l'hôpital, puis avec raison. Mais c'est bien beau de dire ça, encore faut-il qu'il y ait des ressources, mais encore faut-il qu'il y ait des suivis aussi à ces clientèles-là puis qu'il y ait des ressources.

Alors, moi, je dis que c'est une très bonne décision, puis on en voit de plus en plus les résultats. Puis plus ça va aller, mieux ça va... Puis les CLSC, oui, mais maintenant ils sont... Puis ils ont plus l'approche juste... Auparavant, les CLSC, oui, étaient populationnels, eux autres, mais c'était un secteur, c'était leur secteur. Là, maintenant, c'est un programme plus large, parce que ce n'est pas vrai que les besoins de santé se règlent juste dans ce local-là, là, tu sais, dans ce secteur-là de la population, il est ailleurs.

J'aimerais ça que Nicole, peut-être... au niveau de la prévention puis au niveau de ce facteur-là, qu'est-ce que ça a apporté aussi.

Mme Damestoy (Nicole): Bien, en fait...

Le Président (M. Sklavounos): Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Excusez-moi. À Laval, nous disposons d'un modèle d'organisation assez unique, puisque le CSSS de Laval a créé une direction de promotion et prévention — et c'est moi, la directrice de promotion et prévention, donc — à la fois au niveau régional et au niveau local. Et je vous dirai qu'avec ce modèle qui est unique — on peut le faire parce qu'il y a seulement un CSSS, par contre — ça nous a beaucoup rapprochés de l'intervention sur le terrain. Donc, maintenant, je vais illustrer ça en disant qu'on est rentrés dans l'intimité du CSSS, puisqu'en participant aux discussions on comprend mieux les enjeux auxquels les intervenants ont à faire face.

On a été aussi en mesure de les accompagner de manière très proche dans l'élaboration des portraits de santé en vue de faire le projet clinique. Et donc, plutôt que de ne faire que des présentations, on a aussi fait les suivis, puisqu'on a été invités à tous les comités de travail qui visaient à développer le projet clinique du CSSS. Et ça fait une très grosse différence dans les manières de travailler, puisqu'on est passés d'un rôle d'expertise à un rôle de coaching. On est présents à tous les moments pour réexpliquer — 100 fois sur le métier — ce que ça veut dire, le portrait de santé, et comment... si on fait une planification de santé adaptée aux besoins de la population, en quoi est-ce que c'est différent des manières dont on faisait la planification de services auparavant, quand on essayait de répondre seulement aux besoins des clientèles qui se présentaient. Donc, on est intimement liés au niveau du projet clinique. Je vous dirais que ça n'a pas du tout nui au développement de la prévention, bien au contraire, puisque c'est toute mon équipe régionale qui a développé cette proximité avec les intervenants du CSSS.

Et on a aussi vu des gains par rapport à la vision globale dont M. Desjardins vous parlait. Je vais vous illustrer ça avec le dossier du tabagisme. Par exemple, avant, quand il y avait quatre CLSC, il y avait des programmes de cessation tabagique qui étaient développés dans chacun des CLSC sur une approche de territoire. Mais ce qui se passait à l'hôpital, pour les patients hospitalisés fumeurs qui auraient eu besoin d'arrêter de fumer, c'était comme deux mondes différents, il n'y avait pas nécessairement de lien qui se faisait. Depuis la création du CSSS et l'arrivée de la Direction de promotion-prévention, mais il y a des services de cessation tabagique à l'intérieur de l'hôpital qui ont été développés, un service de repérage des clientèles qui sont prêtes à arrêter de fumer, puisqu'on sait que l'hospitalisation est une opportunité de changement, et de la liaison qui se fait entre ce qui se passe à l'hôpital et ce qui se passe dans la communauté, puisque c'est souvent aussi des intervenants de santé qui se connaissent. Donc, ils ont développé des liens qui n'existaient pas auparavant et qui permettent plus de fluidité dans le suivi des clientèles et des programmes de prévention.

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

M. Chevarie: Ce que je comprends, toute la partie que je mentionnais dans mon préambule de questions sur... l'écran des CLSC s'est dissipé avec le temps. Ils sont beaucoup impliqués dans les programmes de santé publique, j'imagine, et toute leur participation est sûrement importante aussi dans le bilan populationnel et dans les projets, les projets cliniques. Et leur contribution, je pense, est importante, c'est ce que vous me signifiez?

Mme Damestoy (Nicole): Oui.

M. Chevarie: Et il n'y a pas... À ce moment-ci, ce que vous posez comme constat, c'est que ça a été vraiment un gain pour l'ensemble de la région de Laval, cette grande réforme là?

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

M. Desjardins (Claude): Oui, c'est un gain. Puis on le voit, je vous le dis, de semaine en semaine, comme quoi ça s'améliore. Ce n'était pas... Ce n'est pas évident, hein, ça ne saute pas comme ça, puis on dit: Aïe! on voit toute la différence. Mais on le voit. On se parle, hein? Puis c'est dans la même organisation, ils sont sur les mêmes tables et, lorsqu'on parle... Prenez juste, encore là... Je vais vous donner les dossiers de l'urgence. Maintenant, les dossiers d'urgence, ce n'est pas juste une affaire d'hôpital. Maintenant, les CLSC sont impliqués, les gens de CHLD sont impliqués, les gens de la prévention sont... et tous les gens sont impliqués dans ça. Ce n'est pas juste un dossier qui appartient à l'hôpital ou... Même chose au niveau de la prévention, ce n'est pas juste une préoccupation des CLSC, c'est aussi l'hôpital, aussi, qui devrait s'en préoccuper, puis que ça se traduise dans la planification de ses services.

M. Chevarie: Vous savez...

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles, 2 min 30 s.

M. Chevarie: Merci. Vous avez un hôpital qui s'appelle la Cité de la santé, quatre CLSC, cinq CHSLD et vous avez un centre ambulatoire qui, dans le temps, si ma mémoire est bonne, s'appelait le CHARL.

M. Desjardins (Claude): CHARL, oui.

M. Chevarie: Oui. C'est encore ça aujourd'hui? Et qu'est que ça fait, ça? Non?

M. Desjardins (Claude): Le CARL maintenant.

M. Chevarie: Vous allez... Bon, c'est ça, c'est quoi, un centre ambulatoire? J'imagine que ça n'existe pas nécessairement dans toutes les régions?

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

● (14 h 50) ●

M. Desjardins (Claude): Oui, je vais y aller, là, je vais essayer de... Le CHARL — entre parenthèses, j'ai été le premier D.G. du CHARL, tu sais, mais ça a évolué, tu sais, avec le centre de santé, ça a pris... — c'est en train de changer, mais essentiellement c'est un centre ambulatoire spécialisé, hein, c'est un centre ambulatoire spécialisé. Donc, il faut se mettre à l'époque...

Je vais vous expliquer un peu l'histoire. L'historique de ce... le développement de ce centre ambulatoire là, c'était qu'ils avaient besoin de lits à l'hôpital, on a toujours besoin de lits de courte durée, mais là on n'en développait pas parce qu'à l'époque c'est toute la transformation, on va dire ça, du système de santé, puis là on disait: Aïe! on arrête les nouveaux lits. Mais on veut développer, vous savez, tout le virage, tu sais, ambulatoire. Puis là on va travailler à développer plutôt des services sur un modèle ambulatoire puis on dit: On va même créer un modèle ambulatoire puis on dit: On va même créer un modèle d'hôpital ambulatoire, qui, entre parenthèses, à l'époque était complètement autonome, avec un conseil d'administration. J'étais le D.G. de ça, de tout le côté... Puis il y avait tout une programmation aussi, spécialisée, qui avait tout été développée — je vous fais grâce de tous les détails de ça. Et là c'est un modèle expérimental.

Mais, par la suite, ce modèle, donc, ambulatoire, spécialisé, donc, en cardiologie... Tu sais, les suivis de patients cardiaques, en pédiatrie, en néphrologie, je ne sais pas si... c'était ce modèle-là. Mais là c'est intégré au centre de santé et c'est en train de se disperser, c'est ça, dans les différents programmes. Donc, ce n'est plus spécifique, là, ce n'est plus... On ne parle plus de cet hôpital ou ce centre... Il est toujours là, là, parce que... physiquement, puis il y a des services encore là, mais c'est plutôt développé maintenant dans des programmes, dans les différents programmes.

M. Chevarie: O.K. Merci.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Desjardins. Là-dessus, je vais aller de l'autre côté et je vais céder la parole à Mme la députée de Taschereau, qui est également porte-parole de l'opposition officielle en matière de santé. Mme la députée de Taschereau, vous avez la parole.

Mme Maltais: Merci, M. le Président. Bonjour, M. Desjardins, P.D.G. de l'agence, ainsi que toutes les personnes, tous les directeurs, directrices qui l'accompagnent. C'est un plaisir de vous recevoir aujourd'hui. On disait avec l'agence de Montréal hier: Une fois aux cinq ans, ce n'est pas assez, là. Tu ne peux pas... Normalement, c'est au moins aux trois ans pour faire un peu... jeter un regard, comme parlementaires, sur tout le travail que vous faites sur le territoire, travail qui est important, je le sais, on le sait tous. Nous, on est contents de vous recevoir, alors bienvenue.

Alors, bien sûr, on va avoir le temps de parler un peu. Mais on a... C'est finalement peu de temps que ce trois heures pour regarder cinq années de votre vie et de la croissance des services, la croissance de la population et la croissance des services, parce que c'est ça, l'un doit normalement accompagner l'autre. Ce n'est pas toujours facile pour vous.

C'est donc un grand plaisir. Merci pour la documentation que vous nous avez préparée. On sait aussi que c'est beaucoup de boulot — je regarde les gens qui vous accompagnent, là — préparer ça, une audience en commission parlementaire. On a reçu des fiches, on les a étudiées. Vous voyez, on a pris des notes, on a regardé ça.

Une voix: ...

Mme Maltais: C'est ça, je regarde en arrière, je sais que c'est eux qui font le gros boulot. Merci pour ce travail soigné pour les parlementaires.

J'aimerais vous parler... On va parler de ce qui va bien des fois, des fois de ce qui va moins bien. La situation de l'urgence à Laval fait souvent les manchettes. Il y a des... Vous rappeliez, même dans vos documents, que c'est en 2005-2006 que l'urgence a été... il y a eu l'inauguration de la nouvelle urgence. Et pourtant, depuis 2005-2006, la situation... le nombre d'heures d'attente va en se dégradant. Et, malgré la réforme des CSSS et ce que vous nous avez expliqué, qui fait que normalement on devrait travailler mieux en amont pour pouvoir éviter cette hospitalisation aux urgences — j'ai les chiffres, là — 2005-2006, on était à 15 heures; 16 heures ensuite; l'année d'ensuite, 2000... 17 heures, 17,4 heures; 2008-2009, 17,7 heures; 2009-2010, 18,8; et, 2010-2011, le chiffre que j'ai, moi, c'est 20,7. Donc, c'est encore plus... On est passés d'une augmentation, en ces cinq années, de 15 heures d'attente, en moyenne, à 20 heures.

Quels moyens pensez-vous... Comment on va réussir? Et est-il possible de réussir à atteindre la cible de 12 heures? Parce que c'est ça, la cible que le ministre donne comme défi, 12 heures. Or, jusqu'ici, vous êtes en croissance, vous n'êtes pas en diminution. Qu'est-ce qu'il va se passer à Laval?

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

M. Desjardins (Claude): On va... Je vais laisser Julie Desjardins, là, vous faire le point d'abord, peut-être, dans un premier temps, sur les données, là, tu sais, pour bien, là... Oui, ça vaut... Je n'ai pas, là, ce que vos statistiques... pas vos statistiques, mais les pourcentages que vous avez fait part, mais je pense qu'il faut nuancer certains éléments et de vous dire... effectivement, répondre à votre question, là, sur quels sont les moyens qu'on a mis en place pour arriver, effectivement, à la cible de 12 heures.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): Oui. Alors, effectivement, les données augmentent à chaque fois. L'urgence, on doit le voir, est une situation systémique, comme vous l'avez mentionné, comme M. Desjardins l'a mentionné. Il y a l'amont, il y a l'aval, puis il y a le... à l'interne, au niveau de l'urgence. On prend le dossier de l'urgence sur quatre volets, à Laval, le premier étant l'hébergement, le manque de lits CHSLD, RI, et a un premier impact à ce niveau-là. Le deuxième chantier ou le deuxième volet est la première ligne, la consolidation de la première ligne des services médicaux, le deuxième étant l'intrahospitalier et le troisième... le quatrième volet... excusez-moi, le quatrième volet étant le posthospitalier. Donc, si on parle de l'hébergement, il faut savoir qu'on va déposer un plan de déploiement à partir de nouveaux investissements dans... le 30 septembre. Et le manque de lits en hébergement longue durée, ressources intermédiaires, crée un engorgement et diminue la possibilité d'utiliser les lits de courte durée.

Je vous mentionne ce point-là parce que, quand on analyse les données de façon plus précise, on remarque que les personnes qui vont sur civière... Vous savez que le temps d'attente est exclusivement calculé sur les personnes qui sont en civières? Oui. Bon, alors, les personnes qui sont en attente de civière et qui n'ont pas besoin d'hospitalisation ont leur congé en dedans de 12 à 14 heures, ce qui est très proche de la cible actuelle. Ce qu'il faut savoir, c'est... les personnes qui ont besoin d'une consultation ont effectivement un délai un peu plus long, qui est environ de six à huit heures de plus pour avoir la consultation. Il y a des travaux à l'interne du CSSS qui sont à travailler pour diminuer les délais pour la consultation.

Les données, les personnes qui attendent le plus longtemps, c'est les personnes qui ont besoin d'une hospitalisation, et les délais, malheureusement, sont de 10 à 12 heures de plus, dans certains cas, que le temps, à l'interne de l'urgence, donc intra-urgence, qui est entre l'accueil et la décision d'aller en hospitalisation. Donc, ça, c'est le premier aspect — et c'est pour ça que je vous dis qu'on a besoin de places d'hébergement et que le plan de déploiement devrait nous aider en libérant des lits de courte durée — c'est de monter la personne au niveau de l'hospitalisation.

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

Mme Maltais: Alors donc, vous liez vraiment, là, actuellement, ce besoin... Parce que, si vous liez, donc, ce que... ou si vous dites: Le problème est vraiment à libérer des lits de courte durée, donc c'est pour ça que vous avez besoin de places en ressources intermédiaires ou en CHSLD...

Une voix: ...volet.

Mme Maltais: Sur un volet, mais c'est... Vous considérez que c'est le volet le plus important? Parce qu'un projet...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): C'est le levier, c'est le levier principal du système.

Mme Maltais: O.K. Oui. Parce qu'on sait qu'un projet d'aménagement d'immobilier... d'immobilisations comme ça, c'est entre trois à cinq ans avant de passer à travers: dépôt de projet, ensuite il faut faire analyser le PFT, tout ça. Est-ce que, donc, vous vous donnez un échéancier quelconque pour arriver à réduire ce temps d'attente à l'urgence qui... Je répète, ce sont des moyennes. Le séjour moyen, il est passé de 15 à 20. Puis, sur les 48 heures et plus, là, vous êtes aussi, là... la courbe d'augmentation est vraiment... Ce n'est pas pour vous charger, ce sont les faits, ce sont les chiffres, mais c'est pour essayer de voir quelles sont les pistes pour l'avenir, les pistes de solution, là, parce que ça nous intéresse tous.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. M. Desjardins a demandé la parole.

M. Desjardins (Claude): On revient à ce que Julie vous mentionne, c'est que l'hôpital, là, au niveau... sur la prise de décision, d'après... ce qu'on vient de vous mentionner, elle le prend à l'intérieur des heures, tu sais, là, ça peut être à 12 heures, du 11 ou 12 heures, 13 heures, mais la décision est prise, mais la place n'est pas... à la sortie.

Pour répondre maintenant à votre question, vous avez raison en partie. D'abord, on a une autorisation de 100 lits de CHLD. C'est en marche, ils sont en train de faire les... l'appel d'offres est lancé. Ça, c'est pour les CHLD. Vous avez raison, ça va prendre... On en a pour deux ans, on ne verra pas la couleur de ça avant deux, trois ans... bien, deux ans. Deux ans, c'est réaliste.

Deuxièmement, c'est les ressources intermédiaires. Et ça, les ressources intermédiaires, ce n'est pas deux ans, trois ans, c'est... Le développement des ressources intermédiaires, on n'a pas besoin d'attendre deux, trois ans. Nous sommes... peut-être vous laisser... juste laisser... Je vais laisser Denis vous dire le plan qu'on a à ce niveau-là. Mais ça peut se régler à court terme. D'ailleurs, on a déjà, hein... on a déjà des nouvelles places. Puis il y en a d'autres...

Mme Maltais: Mais ma question, c'est vraiment sur: Pensez-vous atteindre l'échéancier? Quel est votre échéancier pour atteindre cet objectif de 12 heures? Et l'autre objectif qui vous est donné, comme agence, c'est d'éliminer complètement les 48 heures et plus. Et là, si je lis les chiffres, 2005-2006, vous étiez à 0,7 %, ça allait bien, puis là, tout à coup, ça... C'est devenu plus difficile à cause de la pression et du vieillissement de la population, je comprends très bien, mais l'objectif...

M. Desjardins (Claude): La clientèle.

Mme Maltais: La clientèle. C'est pour ça que je vous dis: Je connais... je comprends le contexte. Ce que je cherche à voir, c'est comment vous allez atteindre l'objectif et quel est l'échéancier. Parce que, là, vous êtes rendus à 6 %, ça s'est multiplié par 10, les 48 heures ou plus.

Mme Desjardins (Julie): Ça s'est...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

● (15 heures) ●

Mme Desjardins (Julie): Excusez-moi. Ça s'est multiplié par 10 principalement pour les 75 ans et plus. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que la clientèle, entre 2005 et 2010-2011, a quadruplé. On avait 1 600 hospitalisations de 75... 1 600... 1 700 personnes âgées de 75 ans et plus sur civière, on en a 7 500. Une augmentation de 29 % sur les mêmes années démontre des actions qui sont bonnes, en tout cas qui portent fruit. Par rapport à l'échéancier, dans notre planification stratégique, on pense avoir atteint la cible pour 2015.

Mme Maltais: 2015. Vous visez donc toujours 2015?

Mme Desjardins (Julie): On continue, 2015.

Mme Maltais: Parce qu'il va falloir commencer par résorber la hausse avant même de penser à une diminution, parce que, là, votre problème, c'est que vous êtes en croissance constante sur ces chiffres-là.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): Je peux vous parler des trois autres volets. La réadaptation, parce qu'on a certaines personnes qui sont en attente de lits de réadaptation au niveau du posthospitalier, on a un suivi qui est très serré par rapport à ça; par rapport à l'intrahospitalier, bon, les comités, les rencontres hebdomadaires, etc., regarder, décortiquer les données pour aller voir les problématiques puis pouvoir agir sur chacune des problématiques, je vous en ai nommé quelques-unes.

L'autre aspect, c'est le développement puis la consolidation de la première ligne, ce qu'on a commencé déjà il y a plus de 18 mois — Dre Couture s'occupe de la première ligne — et on a déjà un impact sur le nombre de visites en 2010-2011. Alors qu'on avait stagné à 75 000 en 2008-2009, 2009-2010, 2010-2011 on a diminué de 3 000 visites à l'urgence, et on suppose que ces visites-là sont en lien avec la consolidation et l'augmentation des visites dans les cliniques privées, GMF, GMF-réseaux.

Mme Maltais: Je vais revenir plus tard sur la première ligne, ça m'intéresse. Je veux juste continuer sur l'urgence, parce que vous avez une unité de débordement qui a déjà fait les manchettes, ce que j'ai compris, parce que vous aviez, et

il faut le dire — on en rit, mais ce n'était pas drôle à l'époque — une invasion de fourmis il y a un an parce... et c'était parce que... Cette unité de débordement, c'étaient des — j'ai bien lu — bâtiments préfabriqués sans fondation. Est-ce que cette unité de débordement a été rénovée? Parce que j'ai cherché puis j'essayais de voir si ça avait été... si vous en aviez une nouvelle de faite ou ce sont toujours ces bâtiments-là qui existent.

M. Desjardins (Claude): Ça date, là...

Mme Maltais: 26 mai 2010, ça fait un an.

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

Mme Maltais: Ça fait un an.

M. Desjardins (Claude): Puis on n'a pas... Oui, il y a eu des aménagements, mais c'est à la marge. Et vous avez parfaitement raison, et pour l'agence et le centre de santé. Puis l'agence, c'est un must, il faut mettre fin à ce... Tu sais, il faut fermer le centre... pas fermer l'unité de débordement, ça va maintenir... mais on va la développer dans un autre endroit et avec un... puis la rendre... pas temporaire comme elle est là actuellement, avec des roulettes, mais la rendre permanente, là. Et ils sont en train de faire des plans pour réaliser ce déplacement-là, le...

Mme Maltais: Parce que le chef des urgences du service de la santé, il y a un an, disait que c'était le temps de la fermer, cette unité, puis qu'elle était insalubre. Il avait un jugement assez sévère à l'époque. Ça veut dire qu'un an plus tard on est encore dans les... Est-ce que vous avez... On est encore dans les mêmes conditions. Bon. En tout cas, c'est le jugement d'il y a un an, je me... Puis, c'est ça, j'ai cherché s'il y avait eu rénovation ou...

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

Mme Maltais: Vous allez reconstruire ça un jour?

M. Desjardins (Claude): Je ne vous cache pas que c'est un débat avec le centre de santé, mais plutôt avec le groupe médical, pas avec la direction mais avec le groupe médical, plus particulièrement le chef de l'époque... il y avait un débat. Mais le débat est clos, nous allons maintenir l'unité de débordement, tu sais, là, qui est de 60...

Mme Maltais: 73 lits.

M. Desjardins (Claude): Il y en a 60, là, parce qu'on avait... on a baissé le nombre.

Une voix: Les données sont de 61.

M. Desjardins (Claude): Pardon, 61?

Une voix: 61 en 2010-2011, 74 en...

M. Desjardins (Claude): 61, 61 lits. Nous allons maintenir l'unité de débordement, mais elle sera dans un aménagement physique, là...

Mme Maltais: Plus intéressant.

M. Desjardins (Claude): ...plus... plus... bien, plus... Ce n'est même pas plus intéressant, c'est... Vous avez parfaitement raison — puis, l'article, je ne le nie pas — c'est inacceptable. On ne devrait pas accepter des conditions physiques de ce type-là. Là, actuellement, ils ont fait... ils ont réaménagé un peu, ajusté, mais ce n'est pas acceptable encore. Et ce n'est pas en rafistolant ou en mettant une autre roulotte, c'est en construisant quelque chose... Et nous avons identifié la place et nous avons déjà... Puis on a une entente avec l'établissement pour la reconstruire.

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

Mme Maltais: Je sais que j'ai peu de temps, mais c'est une question brève — c'est une curiosité: Est-ce que vous tenez des statistiques sur la longueur de la présence... des hospitalisations dans les unités de débordement? Vous avez écouté les débats d'hier, vous autres?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins est en train de...

M. Desjardins (Claude): On ne l'avait pas hier, mais on l'a, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

Mme Maltais: C'est parce que ça m'intéresse de le savoir, oui.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): Peut-être les trois dernières années. 2008-2009, 6 785 clientèle totale, on avait 2 842 personnes âgées de 75 ans et plus, une moyenne, je vous dirais, de... une durée moyenne de séjour dans l'unité de 3,36 jours. 2009-2010, 6 106, nombre d'hospitalisations, dont 2 821 avaient 75 ans et plus, durée moyenne de 3,84 jours, pour un total de 64 lits. C'était 63 lits l'année précédente. 2010-2011, 5 226, donc une diminution du nombre d'hospitalisations, une durée moyenne de 4,23 jours, 2 709 personnes étaient âgées de plus de 75 ans.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): Je peux vous fournir les données plus précises.

Une voix: ...à la commission. Merci beaucoup.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Alors, si Mme Desjardins s'engage à fournir ces renseignements au secrétariat de la commission, s'il vous plaît. Et, sur ce, je vais céder la parole de l'autre côté, au groupe ministériel, et à la fière députée lavalloise du comté de Mille-Îles. Mme la députée de Mille-Îles, vous avez la parole.

Mme Charbonneau: Merci, M. le Président. Chers collègues, bon après-midi. Les gens... Je demandais à mon collègue d'à côté, parce que M. Chevarie, le député des Îles-de-la-Madeleine, de...

Une voix: ...

Mme Charbonneau: Oui, c'est ça, moi, j'en ai 1 000, lui, il en a une.

M. Chevarie: Non, 12. Non, non, 12.

Mme Charbonneau: Si le principe de la première ligne, deuxième ligne, troisième ligne avait le même... Dans ma tête, la première ligne, c'était la plus dure, la deuxième... Puis là il me dit: Non, non, Francine, ça marche autrement. La troisième ligne, c'est la plus difficile, la deuxième ligne, c'est... et la première, c'est général. Je voulais vous saluer en disant: Bonjour, les gens de la première ligne et de la deuxième ligne, mais là ça ne marche pas. Alors, je suis obligée de dire: Bonjour, les gens de la troisième ligne et de la deuxième, puisqu'en arrière de vous il y a des gens... et l'extraordinaire salle dans laquelle on est, il n'y a pas de caméra, ce qui nous fait toujours plaisir, mais il y a des micros. Donc, c'était pour aussi signifier qu'en arrière de vous, M. le directeur général, il y a des gens qui sont là en soutien et qui habituellement ne parlent pas, mais, par leurs yeux et leurs réactions, on sait si on est sur un bon chemin ou pas.

Bienvenue dans ma nouvelle demeure, puisqu'avant on se rencontrait sur le plancher de Laval, dans un autre contexte. Et j'avais le privilège d'être plus avec Mme Damestoy, parce qu'elle s'occupe de la prévention, puis, au niveau scolaire, en prévention, vous étiez fort présente.

Vous avez fait, dans votre présentation, quelque chose qui m'a un peu étonnée. Ça m'étonne parce que, même quand je le lis, ça m'étonne, mais j'ai besoin peut-être de vous entendre un peu plus, et ce n'est pas du tout en santé, c'est quand vous mettez cette emphase particulière sur la clientèle anglophone. Hier, on était avec Montréal, on nous a parlé de la clientèle allophone et au niveau de l'impact des communautés culturelles sur un service aussi intime que le service de la santé, la santé physique, la santé mentale. J'aimerais vous entendre un peu sur l'impact de cette diversification de clientèle, mais aussi pourquoi vous y mettez une emphase particulière dans le bilan que vous faites sur l'augmentation de cette clientèle.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Mille-Îles. M. Desjardins va céder la parole à madame... à Dre Damestoy.

● (15 h 10) ●

Mme Damestoy (Nicole): Bien, en fait, moi, je peux vous parler un peu du portrait. Donc, on met beaucoup d'emphase sur le phénomène de l'immigration parce que nos interlocuteurs principaux... Ça surprend encore beaucoup de monde de voir le portrait de l'immigration à Laval. Il y a beaucoup de gens qui restent avec le portrait de Laval tel qu'il était dans les années quatre-vingt. Par contre, il est grand temps de s'apercevoir que le portrait démographique de Laval a beaucoup évolué. Laval a un profil démographique de grande ville, incluant les problèmes de santé et sociaux d'une grande ville. Et donc, malgré que, nous, on trouve que c'est très d'actualité, ça surprend encore beaucoup de gens de prendre connaissance de ce phénomène.

Deuxièmement, bon, quand on dit: «Une personne sur cinq est née à l'extérieur du Canada», c'est quand même une proportion très significative de la population lavalloise. Je vais vous donner quelques chiffres supplémentaires. Non seulement 20 % des Lavallois sont nés à l'extérieur, mais presque une naissance sur trois est issue d'une mère immigrante. Ce qui est... Quand on dit: «Laval est la troisième région choisie comme premier lieu d'installation par des immigrants», ça veut dire l'arrivée de 2 500 nouvelles personnes par année sur le territoire de Laval. Donc, avec ces chiffres-là, je pense que vous pouvez apprécier l'impact que ça peut avoir au niveau de la prestation des services. Et donc... Et ce n'est pas uniquement un problème de langue, c'est aussi tout un aspect qui est relié aux valeurs culturelles, à la méconnaissance,

des fois, du réseau, à d'autres enjeux. Quand on va chercher des services, des fois les gens de communautés culturelles ne vont pas aller demander des services aussi spontanément que des personnes qui sont nées au Canada. Donc, au niveau du portrait, on trouve que c'est important de faire prendre conscience au réseau de la modification du portrait de Laval. Plusieurs intervenants qui sont sur le terrain ont déjà constaté ça, sont de mieux en mieux outillés pour faire face aux défis que posent les besoins de la population immigrante. Mais tout le monde n'est pas d'un égal niveau, c'est pour ça qu'on tenait à insister sur ce fait.

Le Président (M. Sklavounos): Madame... Complément de réponse, M. Blanchard.

M. Blanchard (Denis): Oui, juste pour compléter, M. le Président. Nous avons aussi, au conseil d'administration de l'agence, une commission qui, dans le fond, se préoccupe, au niveau des membres du conseil d'administration, de cette offre de services en langue anglaise. Nous avons déposé, en 2007-2010, un bilan des actions qui ont été faites, et l'ensemble des actions ont été réalisées. Nous travaillons actuellement sur l'accessibilité avec le CRDI Normand-Laramée, qui est le CRDI en déficience intellectuelle, et le centre jeunesse, et l'Hôpital juif pour permettre une meilleure accessibilité aux gens. Parce que, bon, l'Hôpital juif, comme vous le savez probablement, est un établissement désigné. Donc, selon la Charte de la langue française, cet établissement doit offrir des services en langue... en français, évidemment, et en anglais, tandis que les autres établissements, les trois autres établissements nous offrent, dans ce programme d'accès aux services en langue anglaise, qui est accepté par décret, une espèce de répertoire de services que les gens de langue anglaise pourront venir consulter. Donc, on a quand même cette préoccupation-là, parce qu'elle est aussi véhiculée auprès du conseil d'administration de l'agence, au niveau de cet accès aux services de la langue anglaise.

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

Mme Charbonneau: Vous avez bien compris ma question, puisqu'effectivement on cherche, quand on est de Laval, à démystifier l'image qu'on a de Laval: une île riche, des gens en santé, et il n'y en a pas, de problème à Laval. Hier, je rappelais à Montréal, avec un petit sourire, que des fois on fait partie de la région métropolitaine, puis des fois on ne fait pas partie, ça dépend de l'enveloppe budgétaire. Mais, ceci dit, ça m'amuse toujours de nous rappeler que Laval, c'est un endroit qui est comme les autres, on a nos gens qui sont pauvres, on a nos gens qui sont riches et on a surtout, chez nous, une population vieillissante rapide. Donc, on ne vieillit pas plus vite à Laval, mais on a des gens...

Une voix: Une année à la fois.

Mme Charbonneau: Pardon?

Une voix: Une année à la fois.

Mme Charbonneau: Une année à la fois comme ailleurs, mais on a des gens... Je voudrais, M. Desjardins, si vous êtes capable de revenir sur le principe de... On accueille des gens de partout à Laval. On oublie souvent que Laval, avant 1993, était une région de la métropolitaine pour la santé. Mais maintenant on reçoit des gens de Laval, de Laurentides et de Lanaudière chez nous. Vous le dites, on vient naître chez nous parce que c'est un endroit qui est fort intéressant. Mais êtes-vous capable de nous dire la tranche de... ou le chiffre de la clientèle qui nous arrive d'ailleurs? Je pense vraiment à proximité, là, Saint-Jérôme. Je pense qu'on a des gens qui arrivent de tout ce qu'on pourrait appeler notre couronne nord à nous, qui fait en sorte que, quand vous nous parlez des chiffres, quand vous nous parlez de l'urgence, quand vous nous parlez des différents services offerts, ils sont offerts à plus que des Lavallois. Et on ne peut pas dire qu'ils sont offerts à des Montréalais, puisque ce sont des gens de la Rive-Nord plutôt qui viennent et qui passent par chez nous. Donc, l'impact que ça a au niveau du service en santé chez nous.

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

M. Desjardins (Claude): Qui pourrait... Es-tu capable...

Le Président (M. Sklavounos): Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Bien, tout ce que je peux vous dire, on a un petit tableau récapitulatif qui fait état de la part des hospitalisations dans la région de Laval provenant d'autres régions. Donc, parmi les hospitalisations qui ont lieu à Cité de la santé, 65 % sont pour des Lavallois, 15 % pour des personnes des Laurentides, 11,7 % pour des personnes de Lanaudière et 6,5 % pour des gens qui viennent de Montréal. Donc, ça vous illustre... Ça, c'est des données de 2007-2008, qui sont assez stables. Entre 2001 et 2008, les proportions que je viens de vous décrire étaient très stables.

Mme Charbonneau: C'est dans le document que vous nous avez transmis?

Mme Damestoy (Nicole): Tout à fait.

Mme Charbonneau: Quelle page?

Mme Damestoy (Nicole): À la page 9 de la section, là, qui fait le récapitulatif des rapports annuels des cinq dernières années.

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

Mme Charbonneau: Dans ce même principe là, quand on dit que 15 % d'une clientèle peut arriver d'ailleurs, l'impact que ça a sur le service d'urgence... Je comprends pour le principe de lits et... mais, au niveau de l'urgence, est-ce qu'on est capable de démystifier le service qu'on peut donner à l'extérieur ou à une clientèle autre qu'une clientèle de Laval?

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

Mme Desjardins (Julie): J'irais avec les mêmes ratios, mais je ne peux pas... Je n'ai pas les données avec moi, ici.

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

M. Blanchard (Denis): Peut-être... Il y a aussi... Vous avez raison, il y a des gens qui viennent... Il y a une espèce de corridor naturel qui existe. Bon, les gens de Sainte-Thérèse, tout ça, vont venir peut-être plus. Mais il y a aussi l'inverse. Il ne faut quand même jamais oublier qu'il y a des Lavallois et des Lavalloises qui vont chercher ou qui vont, si vous me permettez l'expression, consommer des services, notamment, à l'Hôpital Sacré-Coeur. Bon, on a fait une petite analyse dernièrement, et il y a l'équivalent d'à peu près, selon... dans notre jargon, là, l'équivalent d'à peu près 119 lits qui sont occupés par des Lavallois, Lavalloises, de façon permanente, là, au Centre hospitalier Sacré-Coeur. C'est sûr que, bon, il y a, si vous me permettez, des entrées, il y a aussi un certain nombre de sorties. Mais nonobstant... Même si je vous dis ces chiffres-là, il y a nécessairement, quand même, une certaine pénurie en termes d'accessibilité au niveau des lits de courte durée, évidemment, puis on...

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

M. Desjardins (Claude): Qui s'explique beaucoup aussi par la géographie, hein? L'ouest de Laval, en termes de communications pour aller consommer à Montréal puis à Sacré-Coeur, ça se défend. Population, aussi, anglophone, mais ça, dans les services spécialisés, centre... un réflexe, je veux dire, d'aller consommer des services spécialisés au Jewish ou au CSUM. Mais aussi... Les communications expliquent ça, mais aussi cette clientèle-là, aussi ils sentent plus d'accès.

Par ailleurs, je vous le dis, l'ouest de Laval, nous sommes à développer un centre de services, là, mais c'est pour la première ligne, pas pour la deuxième ligne.

Par ailleurs, quand vous êtes de Sainte-Thérèse, Blainville, tout ce secteur-là, c'est à côté de Laval, et c'est connu, ça, la consommation, là, historique, là, s'en va toujours vers les centres, ils ne s'en vont pas de côté. Alors, les gens de Sainte-Thérèse, Blainville, ils vont consommer à Laval.

Puis là, ensuite, il faut regarder les spécialités. Dans certaines spécialités, le portrait n'est pas ce que vous venez d'entendre. Prenez à titre d'exemple en obstétrique, 50 % de l'obstétrique qui se fait à Laval n'est pas de Laval, ce n'est pas des gens de Laval. Par ailleurs, vous allez aller en chirurgie, vous savez que, des chirurgies, 60... On ne dessert que 30 % de la clientèle en chirurgie, seulement 30 %, 32 %, 33 % de la clientèle qui est de Laval. Le reste, ils vont se... la chirurgie ailleurs, à Montréal ou peut-être aussi à Saint-Eustache, peut-être à... hein? Mais ce n'est pas à Laval.

Mais nous sommes... Actuellement, notre priorité, c'est de s'assurer qu'à Laval on dessert très bien la première ligne. Ça, là, c'est un must. Il n'y a pas de raison... Maintenant, s'ils veulent aller consommer ailleurs première ligne, ils peuvent y aller, mais ça... Prenons juste un exemple, je vous donnais l'exemple tantôt de la santé mentale, là, c'est un must pour nous autres, il faut être capables... Maintenant, qu'on ait des services spécialisés à Sacré-Coeur, tu sais, puis qu'ils demeurent dans l'ouest de Laval, nous autres, on est très à l'aise avec ça. Puis d'ailleurs j'étais, cette semaine, avec les autorités, la direction générale de Sacré-Coeur, ils sont en train de développer un centre... une planification stratégique, et j'ai dit: On va la faire ensemble, tu sais, on va être complémentaires. Parce que, tu sais, la clientèle, là, aller consommer à Sacré-Coeur, pour continuer à Cité, en termes d'accès, là, c'est plus facile à Sacré-Coeur. En services spécialisés, moi, je n'ai aucun problème s'il veut aller consommer là, moi, là, s'il est bien servi, là, je n'ai pas de problème.

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

Mme Charbonneau: On avait...

M. Desjardins (Claude): David ne dit pas la même chose, là.

Mme Charbonneau: On avait compris le principe, mais, moi, je voulais y revenir parce que les... Mme Laplante, celle qui s'occupe de nous ici, qui est juste assise à côté de notre président, elle a bien fait les choses, et on a vu Montréal hier, on vous voit aujourd'hui et, les jours subséquents, on aura Laurentides, Lanaudière et Montérégie. Donc, ça nous permet de voir la clientèle qui se promène et comment ça se passe. Donc, je voulais plus revenir sur ce principe-là, parce qu'effectivement les gens qui habitaient Laval, qui sont déménagés sur la banlieue nord, qu'on dira, viennent accoucher à Laval parce que ce sont des gens de Laval. Étant une fille du West Island, je n'ai pas accouché à Laval, j'ai accouché au Lakeshore. Mais mon médecin était là. Donc, j'ai compris le principe qu'on suit la clientèle, là.

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

M. Desjardins (Claude): Juste pour... Je suis content que vous ayez mentionné, là, les... Laurentides, Lanaudière, Laval, Montréal, nous sommes... Maintenant, nous travaillons ensemble, avec Montréal... les trois, pas tout seul, chacun de notre bord, là, on a une table qu'on appelle 450... 514-450 justement pour qu'on travaille ensemble puis on regarde un portrait de ce qui se passe en termes de mouvements de clientèle, corridors de services.

Mme Charbonneau: Mais, pendant que vous dites ça, et puisque vous le dites... Parce qu'hier ils nous en ont parlé, l'impact sur le principe budgétaire, le regard que vous portez sur le principe budgétaire. Quand vous êtes assis ensemble, les grands penseurs, pour dire: Bon, oui, il y a une mouvance de clientèle, oui, il y a ça, il y a ça, comment ça se passe?

M. Desjardins (Claude): Si vous entendez crier, ce n'est pas moi, je dirais ça, mais...

Mme Charbonneau: Je ne vous ai jamais entendu crier, M. Desjardins.

● (15 h 20) ●

M. Desjardins (Claude): Non, non, mais... Non, non, si vous entendez crier pour les gens quand... Je vais vous dire: Il n'y en a pas, d'impact, tu sais, là, il n'y en a pas, d'impact sur Montréal. Puis, moi, je n'irai jamais chialer, je vais dire ça, parce que la clientèle... L'impact budgétaire, là, il n'y en a pas parce que, dans le modèle d'allocation budgétaire, on tient compte des déplacements de clientèle, c'est tenu compte de ça. Alors, la clientèle de Laval qui va consommer à Montréal, les budgets sont tenus en conséquence. Ça fait qu'il n'y en a pas, de problème, là.

Ce que Montréal va vous dire, puis avec raison, il va vous dire deux choses, je vais dire ça, puis qui... Je ne l'ai pas entendu, là, ce que David a dit hier, mais on m'a dit qu'il a fait une référence des clientèles qui devraient retourner à Laval. Mais son problème à David n'est pas le problème budgétaire. Son problème à David, je vais dire ça, puis avec raison, c'est... Prenons... À titre d'exemple, moi, j'ai actuellement 60... — c'est quoi, à peu près 60 à Montréal?

Une voix: 75.

M. Desjardins (Claude): ... — 75 patients, soit patients qui sont dans des ressources... soit dans un hôpital de courte durée, ou soit dans un centre de longue durée, ou soit dans... à titre... des achats de place...

Une voix: ...en ressources intermédiaires.

M. Desjardins (Claude): ...intérieurement intermédiaire, qui devraient retourner à Laval, qui devraient... Bon. Ça fait que, ça, il y a raison sur ça. Mais, son impact budgétaire, là, il m'envoie la facture, David. Moi, je reçois une facture. Moi, je dois des millions à David, là, actuellement, tu sais, là. Ça ne vaut pas 1 million, là... Il me les facture. Ça fait que, là, il ne peut pas... Mais il a raison de dire: Moi, ça me bloque des places à Montréal.

L'autre chose que David, puis il a raison de dire ça... Puis là ça, c'est notre job puis notre responsabilité, c'est un must, c'est... Quand ils vont subir des services de troisième ligne, de quatrième ligne, on a des services spécialisés de greffe rénale, de transplantation ou des services très sophistiqués d'électrophysiologie, puis qu'il doit rapatrier ces tirs à l'Institut de cardiologie — tu es à Notre-Dame puis même, à l'occasion, à Sacré-Coeur — lui, ce qu'il dit: Quand tu as fini la phase aiguë là-bas, vous devriez... Quand c'est congé, rapatrié-les, puis même si c'est un congé dans un hôpital de courte durée. Et, sur ça, on n'est pas parfaits.

Ou la dernière chose, c'est en néonatalogie pour Sainte-Justine, Sainte-Justine reçoit trop de cas de Laval, entre autres, mais ailleurs aussi, de cas qui ne devraient plus être... qui devraient même, dans certains cas, être transférés à Sainte-Justine, ne devraient pas être transférés là, mais parce qu'on n'a pas l'infrastructure... Là, Québec, en néonatalogie, vient de nous accorder des lits supplémentaires, m'accorde des infrastructures supplémentaires. Là, il me reste des ressources médicales à ajouter, et nous allons garder de plus en plus de bébés en néonatalogie maintenant à Laval, parce qu'on va avoir des ressources.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, M. Desjardins. Je dois aller de l'autre côté. Alors, je vais céder la parole à Mme la députée de Matapédia, qui est la porte-parole de l'opposition officielle en matière de services sociaux. Mme la députée de Matapédia, vous avez la parole.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Merci. Alors, je vais commencer. D'abord, je veux vous saluer, M. Desjardins, mesdames messieurs qui vous accompagnent, et dire qu'effectivement on a eu beaucoup de... On a été nourris de beaucoup d'informations, autant de votre part que de celle de nos chercheurs. Alors, je pense qu'on est outillés pour vous poser des questions et pour regarder dans une perspective de juger qu'est-ce que vous avez fait depuis quelques années.

Moi, je vais commencer avec un bloc sur la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, qu'on appelle souvent les TED. Et j'ai ici le rapport de la directrice... de la Protectrice du citoyen, Mme Saint-Germain, vous vous souvenez, qui nous avait... dans le fond, avec un rapport, un sondage aussi, qui avait dit que c'était pratiquement un parcours du combattant pour aller se chercher des services pour les parents. Et, vous, vous avez réussi, à plusieurs égards, par rapport à ces clientèles-là, à améliorer des choses, un certain nombre de choses.

Donc, je voudrais voir avec vous d'abord, dans un premier temps, avec des questions... Je vais essayer d'être courte, mais d'avoir des réponses courtes aussi. Je vais y aller de deux choses. Dans un premier temps, quel... Est-ce que vous avez fait cette analyse fouillée du rapport de Mme Saint-Germain et quelle suite vous avez donnée à ces recommandations,

dans un premier temps? Ensuite, vous avez justement augmenté de façon significative votre résultat pour l'indicateur concernant le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile. Quand je regarde, là, les résultats 2008-2009, les cibles 2009-2010 et vos résultats, ça a dépassé substantiellement, même si, le nombre moyen d'interventions soutien à domicile, vous avez un petit peu raté votre cible, mais ce n'est pas grave, vous avez touché beaucoup de clientèles.

Donc, est-ce qu'il y a encore de l'attente pour ces services? Comment vous avez fait ça? Bon, est-ce que la gestion centralisée de l'attente, ça a été mis en place? Comment vous avez pu réaliser ces bonnes performances? La liste d'attente résiduelle accumulée depuis novembre 2008 s'est-elle résorbée?

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

M. Blanchard (Denis): Oui, M. le Président. Vous avez plusieurs questions. Bon, si je commence... Je vais commencer par la dernière, si vous voulez. Au niveau... M. Desjardins nous parlait tantôt du plan d'accès. On est en juin 2008, le ministère a lancé le plan d'accès en DI-TED-DP...

Mme Doyer: Une obligation pratiquement de rencontrer les cibles.

M. Blanchard (Denis): Tout à fait, et d'assurer aux personnes qui vivent une déficience intellectuelle ou une déficience physique une réponse, puis avec un délai... des standards qu'on appelle. Et évidemment, nous, ça a été fort positif parce que ça nous a permis d'optimiser puis d'harmoniser les processus. Parce que, vous savez, la clientèle DI-DP, pendant plusieurs années, n'a pas fait nécessairement l'objet, là, d'une attention, je dirais, particulière — vous avez sûrement cet état de fait là — et on a réussi, au fil des dernières années... Puis je vais vous laisser quelques chiffres, là, dans l'optique où la réponse doit être rapide. En 2009-2010, au niveau du CRDP, toutes priorités confondues — parce que, vous savez, il y a urgent, élevé, modéré — toutes priorités confondues, on était... le CRDP a été à 83,33 % d'atteint de ce qu'on doit faire... ce qu'on devait faire dans les deux premières catégories, et, cette année, on est à 88 %. En déficience intellectuelle, on est à 96,16 %. Nous sommes à 85,05 %, une légère baisse.

Au CSSS, on a eu beaucoup de travail à faire parce que, bon, il y avait de la réorganisation. Puis il faut comprendre aussi qu'au CSSS de Laval c'est quand même assez unique au Québec, tout ce qui est volet Soutien à domicile a été divisé en deux grands programmes: PALV et services généraux. Et les services généraux, dans le fond, ils sont dédiés à la clientèle, notamment, DI-TED et DP. Et le CSSS, en 2009-2010, au 31 mars 2010, était à 62 % en DP et, en DI-TED, à 55 %. Je vous donne les chiffres même si on dépasse l'année, 31 mars 2010... au 31 mars dernier, le CSSS, en DP, était à 78 % du taux d'atteinte et, en DI-TED, à 88,89 %.

Donc, vous avez raison, on a, M. le Président, fait un cheminement important dans l'accès. Le défi qu'on a actuellement par rapport au plan d'accès, c'est tout le volet des modérés. Vous savez, on a comme une année pour répondre, et là ça va prendre... On a, dans les deux premières années, fait usage de beaucoup de créativité, d'innovation pour atteindre des résultats comme ceux-ci, mais, cette année, ça va être extrêmement difficile, parce que le plan d'accès, normalement, finit en novembre 2011, donc on devrait avoir fait le tour de la roue, et là on a des enjeux importants, parce que, bon, on avait eu à annualiser un budget d'à peu près 2 064 000 \$ pour mettre en place le plan d'accès, et force de croire qu'on a pas mal utilisé ces 2 millions là pour les élevés et les urgents. Donc, modérés, on essaie de faire un autre tour de roue pour faire ça.

Par rapport à la recommandation... les recommandations qu'on a eues, oui, effectivement, nous avons donné suite... Parce qu'on doit donner un suivi par rapport aux recommandations qui ont été émises. Le défi qu'on a, je vous dirais, actuellement, c'est la clientèle DI-TED de 18 ans et plus, donc une clientèle qui quitte le réseau scolaire à partir de 21 ans, maximum, et, après 21 ou 18 ans, si tu n'es pas dans le réseau scolaire, il y a une espèce de vide. C'était là l'accessibilité des services. Et on a entamé des travaux, parce que, bon, ces services-là sont actuellement dispensés par les organismes communautaires, contrairement à d'autres régions...

Mme Doyer: ...de travail ou des choses qu'on veut, pas uniquement de l'occupationnel mais quelque chose qu'il pourrait faire, d'intéressant pour les personnes.

M. Blanchard (Denis): Tout à fait, qui... Et là on a... J'ai moi-même... J'anime cette rencontre-là moi-même. Parce qu'évidemment, dans les organismes communautaires — c'est peut-être vrai dans le réseau de la santé, mais aussi dans les organismes communautaires — il y a quelques chasses gardées par rapport à l'offre de services à la clientèle. Donc, on est en train de dire: Écoutez, on va tenter d'offrir à la clientèle des adultes... Parce que c'est là qu'est l'enjeu, là, au niveau des adultes 18 ou 21 ans et plus, de dire: Comment on peut offrir un continuum de services qui va nous permettre une certaine accessibilité? La gratuité, évidemment, ce n'est comme pas évident à prime abord, parce que les organismes communautaires nous disent: Écoutez, on offre souvent des tarifs très réduits pour permettre un accès à ces activités-là. Donc, oui, on suit les recommandations. Et on est en attente d'une proposition — que j'anime, comme je vous disais d'entrée de jeu — avec les organismes communautaires pour répondre à ça.

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

Mme Doyer: Merci. Merci, M. Blanchard. Alors, j'ai deux autres blocs de questions par rapport à ces clientèles: le diagnostic précoce des enfants TED, hein — parce que vous avez vu passer la réforme qu'on a faite du Code des professions.

J'étais de cette législation, on en était bien fiers. Je pense qu'on a fait une avancée au niveau d'un diagnostic précoce — et c'est bien sûr l'établissement du diagnostic, ensuite l'accessibilité aux services et l'intensité des services.

Alors, bon, donc, ce diagnostic, il est essentiel. Ensuite, ça facilite une intervention rapide et intensive pour les enfants. Alors, dans la partie complémentaire de l'entente de gestion et d'imputabilité, nous pouvons constater que les délais pour le diagnostic s'ajoutent à ceux pour les services spécifiques ou spécialisés, ce qui peut avoir de graves conséquences sur le développement de l'enfant ainsi que sur la charge et la détresse des parents et de la famille, avec l'intervention qu'on veut, l'ICI, comportementale intensive. Donc, les délais pour le diagnostic sont de quel ordre? À combien de temps évaluez-vous les délais pour les services spécifiques et spécialisés pour ces enfants? Puis, quel est votre plan pour réduire cette attente et permettre de meilleurs services aux enfants TED? Ça, c'est le premier bloc de questions.

Je vais vous donner tout de suite l'autre, parce que c'est les questions d'hébergement, parce qu'on parle qu'il y a une cible à atteindre au niveau de l'attente d'hébergement pour des personnes qui ont une déficience. Alors, combien sont en attente, les personnes? C'est quoi, le délai que vous prévoyez pour avoir accès à un service d'hébergement? Quels services sont offerts aux familles pendant cette attente-là? Et quel est votre plan pour réduire cette attente? Est-ce qu'il y a des nouveaux projets que vous avez dans la moulINETTE, là, au niveau de places en hébergement? Puis c'est quoi, les alternatives que vous avez? Puis vous avez aussi... Bien là, je reviendrai pour les deux autres, parce que des fois...

● (15 h 30) ●

Le Président (M. Sklavounos): S'il reste du temps. S'il reste du temps dans ce bloc. S'il reste du temps dans ce bloc, Mme la députée de Matapédia. M. Blanchard, allez-y.

M. Blanchard (Denis): Oui. Pour les délais d'attente en hébergement, actuellement nous avons 331 places en ressources intermédiaires, pour la clientèle DI-TED, et 61 places en ressources de type familial. Le nombre de personnes en attente est environ, je vous dirais, parce qu'évidemment ça fluctue, d'à peu près 75 personnes au moment où on se parle, et la durée d'attente peut varier, je vous dirais, en moyenne 30 mois. C'est effectivement... c'est effectivement beaucoup.

Il faut comprendre que ces personnes-là, au moment où on se parle, résident chez leurs parents, même s'ils sont âgées de 75 ou 80 ans. Souvent, c'est ça, la problématique à laquelle on est confrontés pour les gens en attente d'hébergement, je viens opter pour les enfants, et, pour la clientèle adulte, dans le fond, c'est... On est en train de voir des solutions. Je vous dirais, nous, notre grande préoccupation, puis c'est vrai pour cette clientèle-là puis c'est vrai pour les autres clientèles, je vous dirais, que ce soit en santé mentale ou en personnes âgées, là, liées au vieillissement, dans le fond, c'est tout le questionnement sur l'hébergement, O.K.? Dans le fond...

Mme Doyer: Le vieillissement des clientèles telles que les trisomiques, entre autres...

M. Blanchard (Denis): Le vieillissement... tout à fait.

Mme Doyer: ...puis les TED, les déficients intellectuels.

M. Blanchard (Denis): ...ces gens-là ont des fois 58, 60 ans, puis les parents se demandent: Qu'est-ce que je vais faire?

Mme Doyer: Les parents sont épuisés.

M. Blanchard (Denis): Donc, dans le fond, on est en train de revoir un peu, avec le CRDI, l'offre de services. Quand je vous dis «hébergement», je vous dis... Bon, évidemment, actuellement, on connaît les places, là, en CHSLD, des places en ressources intermédiaires. Mais, où on est en train d'investir beaucoup notre action puis notre réflexion, c'est sur le logement social avec soutien communautaire, parce qu'on se dit: C'est à peu près la seule voie de passage qu'on a par rapport à cette clientèle-là vieillissante, au niveau de la DI. Puis, comme je vous dis, au niveau de la santé mentale, au niveau de la clientèle âgée, au niveau de la clientèle DP, donc de voir comment on peut permettre d'avoir... avec un soutien communautaire, une contribution du CSSS, que ces gens-là... Vous connaissez le logement social. Donc, c'est là qu'on est en train d'investir pour la clientèle adulte, le logement social avec soutien communautaire.

Évidemment, un dossier comme ça, c'est traité de façon multisectorielle. Parce que, bon, le réseau de la santé, oui, peut donner, offrir des services, mais les offices municipaux d'habitation, la ville... Nous, on en a juste une, évidemment, la ville de Laval. Donc, c'est comme ça qu'on pense qu'on pourrait peut-être, dans le fond, envisager un soutien, dans le fond, aux parents vieillissants qui s'inquiètent de cette réalité-là.

Par rapport aux enfants, bon, évidemment, avec la loi n° 90, c'est le psychologue qui pourra dorénavant donner un diagnostic. En termes d'attente, ça varie évidemment selon la disponibilité médicale, parce qu'évidemment il y a une disponibilité médicale qui est importante, plus ou moins deux ans. Que faisons-nous entre ce 0-2 ans là? Nous avons, avec le CRDI et l'Hôpital juif de réadaptation, développé un programme qui s'appelle Intervention concertée pour la petite enfance. Donc, c'est deux... Les deux établissements, les deux centres de réadaptation, dans le fond, vont venir soutenir puis outiller les parents en attendant, dans le fond, ce diagnostic-là.

Et, avec l'Hôpital juif, bon, on donne aussi, par rapport à leur programme pédiatrique, tout ce qui est orthophonique, langage, on en a 448, cette année, qui ont été vus en orthophonie. Et le CRDI, avec l'intervention, l'intervention comportementale intensive, ICI, on a actuellement, en nombre de places, 35 places sur une base annuelle, je vous dirais, de 51, parce qu'il y a des enfants qui quittent, qui arrivent. Donc, on voit annuellement 51 enfants avec une durée d'intensité de 15,29 heures. Vous me direz: C'est un peu différent de la cible ministérielle, qui est à 20 heures, mais le

ministère, actuellement, est en train de réviser un peu. Parce que, nous, à Laval, ce qu'on comptabilise dans le 15,29 heures, c'est 15,29 de professionnel.

Mme Doyer: C'est quand même important, oui.

M. Blanchard (Denis): Il y a d'autres agences qui vont dire: Si je vais en CPE et qu'il y a un programme de stimulation, par exemple, qui comptabilise quatre heures, je l'additionne. Mais, nous, à Laval, c'est 15,29 heures de temps professionnel en contact direct avec l'enfant.

Évidemment, il y a tout ce qui se fait en CSS. On parle beaucoup de deuxième ligne, mais, en première ligne, le CSSS a organisé ses programmes par programmes spécifiques, donc des intervenants dédiés aux enfants DI-TED, dédiés en DP, dédiés aux problèmes de santé mentale. Donc, l'arrimage entre la première et la deuxième ligne est tout à fait fluide, je vous dirais. Donc, ça permet une meilleure performance, si vous voulez, pour la clientèle.

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

Mme Doyer: En tout cas, je vous reconnais une avancée, là, par rapport à certains éléments reliés à ces clientèles, qui est intéressante.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Matapédia. On va terminer là-dessus ce bloc-là.

Mme Doyer: Merci.

Le Président (M. Sklavounos): On va aller de l'autre côté. Ça sera M. le député des Îles-de-la-Madeleine qui aura le prochain bloc.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais aborder un sujet que vous n'avez pas mentionné durant votre présentation, j'imagine faute de temps, mais dont vous avez parlé dans votre rapport annuel 2009-2010, et ça fait d'ailleurs la première partie de votre rapport: la grippe H1N1. Bien sûr, ça a été une pandémie qui a frappé beaucoup de personnes, presque le monde entier. Et le réseau de la santé était passablement bien préparé, je pense, avec les plans de lutte qui ont été faits, entres autres, à l'avance, bien planifiés, avec beaucoup de concertation avec les partenaires. Parce que ça a interpellé évidemment pas uniquement le réseau de la santé, mais les municipalités, les villes, bon, du multisectoriel. Et la conclusion qu'on en tire sur l'ensemble du réseau, c'est que les interventions et la performance du réseau ont été à la hauteur des attentes de la population. Et j'aimerais avoir votre point de vue, comment les choses se sont passées à Laval, un peu nous tracer, assez brièvement, votre bilan.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. le député. M. Desjardins.

M. Desjardins (Claude): M. le Président, je vais laisser Yves St-Onge et Nicole compléter, là, sa présentation.

Le Président (M. Sklavounos): M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): Le micro de M. St-Onge. Merci. Allez-y.

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président. Pour avoir été en discussion avec l'ensemble des régions du Québec pendant toute la période, effectivement, de la pandémie, je peux vous dire qu'on a... ça a bien été, somme toute. Mais, comme toute situation où on est devant un certain inconnu, certaines variables inconnues, il y a toujours un niveau d'insécurité sur notre capacité de faire face à la réalité, bien qu'on était effectivement très bien préparés. L'agence s'était dotée d'un plan régional de lutte à la pandémie. Chaque établissement de Laval avait un plan en bonne et due forme pour être capable de lutter, pour être capable de faire face à une situation de ce genre-là. Alors, je vous dirais qu'au plan de préparation c'était assez bien.

Mais je veux apporter une précision importante, c'est que, de ma perspective à moi, on a connu d'abord une vaste campagne de vaccination de masse, O.K.? À mes yeux, on n'a pas encore connu réellement ce que c'est une vraie pandémie, au sens où on s'était préparés. Je m'explique. Dans les divers modèles qu'on avait regardés, qui provenaient d'analyses et d'évaluations des diverses santés publiques du monde, dans le fond, et notamment en Amérique du Nord, on travaillait sur une prévalence de 35 % de taux d'attaque. Moi, comme responsable des mesures d'urgence pour la mission santé à Laval, j'avais préparé le réseau à ce qu'on appelle le «most likely scenario», c'est-à-dire dans quoi on peut s'attendre que ça arrive. Évidemment, on souhaite que toute situation soit moindre. Mais le vrai test arrive, le vrai, vrai test arrive quand la vraie situation se présente, O.K.? On a été chanceux parce que ça a été moins pire qu'on s'attendait. On a testé le modèle de préparation qu'on avait, il s'est bien passé mais avec une incidence moindre que prévu. Et je vous dirais: Tant mieux pour le réseau, je ne dis pas: parce qu'on n'était pas prêts, c'est parce que... Tant mieux parce qu'il y a moins de gens qui ont été malades, moins de gens qui en ont subi des conséquences puis moins de décès. Moi, comme responsable, je suis bien content.

Pour la vaccination, à Laval, il faut remarquer — puis madame... Dre Damestoy pourra apporter des précisions — on avait, à quelques reprises, testé des modèles de vaccination de masse lors des vaccinations saisonnières. Notre modèle était prêt, mais il était prêt concrètement, contrairement à une pandémie, on était prêts en théorie, en se disant: De toute façon, on a toujours fait face à toutes les situations auxquelles on a été confrontés, dans la santé, les gens ont beaucoup d'imagination puis ont beaucoup d'ardeur au travail. Ça aurait été fait, j'en suis certain. Mais ça nous a permis de tester, avec un effet moindre, la pandémie en tant que telle, puis on s'est rendu compte qu'on était assez bien préparés. On ignore quel sera l'impact si on est attaqués à 35 %, mais on sait au moins qu'on semble être prêts. Donc, ça rassure les gens. Puis, quand on regarde l'ensemble...

● (15 h 40) ●

M. Chevarie: ...calculé le taux d'attaque?

M. St-Onge (Yves): Dre Damestoy pourrait vous le mentionner, peut-être, ou on...

Le Président (M. Sklavounos): Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Vous me prenez de court un peu.

M. Chevarie: C'est parce que, là, vous m'avez emmené sur cette piste-là, là, le taux d'attaque.

M. St-Onge (Yves): Bien, écoutez, je peux juste vous dire rapidement que ça a été en bas de 20 %. La raison, c'est que, rappelez-vous, on était entre deux phases. Au printemps, lorsque la Santé publique nous a alertés, on a commencé à se mettre en action au niveau des mesures d'urgence. Quand l'automne est arrivé, la fameuse deuxième vague, O.K., on a beaucoup travaillé, parce qu'heureusement il y a un vaccin qui était prêt. Et là, au fur et à mesure que le temps passait, moi, comme responsable des mesures d'urgence, on était informés que finalement le taux d'attaque n'atteignait pas les sommets escomptés, il diminuait — tu te souviens?

Mme Damestoy (Nicole): Est-ce que je peux compléter?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Oui. Donc, en fait de taux d'attaque, je n'ai pas le chiffre exact, mais je peux vous dire qu'on a eu 750 cas confirmés. Puis ce qui est difficile de savoir par rapport au chiffre exact, c'est que tous les gens qui ont eu la grippe A (H1N1) n'ont pas nécessairement eu des tests de laboratoire pour confirmer le diagnostic. Il y a beaucoup de gens... Parce qu'entre autres la virulence était beaucoup moindre que ce qu'on avait anticipé. Quand on avait fait les scénarios de planification, c'était 35 % de taux d'attaque mais avec une certaine virulence qui nous permettait d'anticiper des besoins d'hospitalisation puis des taux de décès. Donc, non seulement le virus auquel on a eu à faire face était beaucoup moins virulent — et, comme disait M. St-Onge, tant mieux — que ce qu'on avait anticipé... Donc, il y a beaucoup de gens qui ont été malades mais qui n'ont pas eu besoin d'avoir recours au réseau de la santé, puisque c'était une grippe qu'ils étaient capables de traiter chez eux, avec les instructions qui leur avaient été données, puisque... Je pense que, dans une opération telle que celle-là, la communication est un enjeu majeur, bien informer les gens sur quoi faire et quand consulter.

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

M. Chevarie: Merci. Par rapport à ce qu'on pourrait appeler les périodes de grippe normale puis la virulence, évidemment cette... le H1N1 était beaucoup plus élevé que ce qu'on peut appeler nos périodes, là, de grippe qu'on rencontre à chaque année, à l'automne ou au cours de l'hiver, là.

Le Président (M. Sklavounos): Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Non seulement le nombre de malades était plus important, mais il faut aussi voir que c'était un moment de l'année ou normalement la grippe est terminée, puisque la première vague a eu lieu au mois d'avril-mai. Normalement, la saison de grippe saisonnière est terminée, en tout cas dans la plupart des cas, à cette période, tandis que, là, on avait vécu un premier pic, avec un nombre très élevé de cas, avril-mai, ce qui est très inhabituel.

Deuxièmement, la clientèle qui était ciblée, c'est des gens en bonne santé et beaucoup de jeunes, surtout au départ, qui ne sont pas les gens qui sont habituellement vulnérables à la grippe saisonnière, ce qui nous permettait de croire, au début, en tout cas à la première vague, qu'on avait vraiment affaire à quelque chose de nouveau. Et, face à l'inconnu, bien, on s'est préparés au pire scénario possible.

M. Chevarie: M. le Président.

Le Président (M. Sklavounos): M. le député des Îles... Complément de réponse, M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président. Je vais vous donner un exemple de ce qu'on avait préparé. Pour nous, une pandémie avec un virus inconnu du corps humain, ou à peu près pas, avec un taux d'attaque de 35 %, on avait estimé,

à Laval, sur une population de 380 000, plus ou moins 400 décès — nous, on était préparés. Ça fait qu'imaginez-vous ce que ça veut dire, par exemple, pour la capacité des morgues, juste ça, là. Bon. Quatre décès, si je me souviens, alors c'est 100 fois moins.

Alors, nous, on s'est consacrés... Quand on voyait — puis là c'est le responsable des mesures d'urgence qui parle — quand on voyait qu'on était moins débordés dans le réseau de la santé... Ça nous a permis, évidemment, de se consacrer davantage à la vaccination, parce que c'est un élément majeur, la vaccination. Parce qu'on ne savait pas encore, au moment où on a commencé, comment se passerait le virus, et, devant l'incertitude, vous vous préparez, du mieux que vous pouvez, au pire. Alors, c'est ce qu'on a fait. Alors, c'est juste pour donner une perspective de la situation qu'on a vécue la dernière fois, là.

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

M. Chevarie: Vous m'avez mentionné... En termes de bilan d'évaluation, là, objective, la planification a été correcte. Vous avez déployé une vaste campagne de vaccination, ça a très bien marché. Bon. Le taux d'attaque était pas mal moins... inférieur à ce qu'il était prévisible, à 35 %. Qu'est-ce que vous avez identifié comme étant des éléments qu'il faut nécessairement améliorer? Je pense ici, peut-être, à l'accessibilité des clientèles au centre de vaccination, ou des choses comme ça. Est-ce que vous pouvez nous en identifier, des éléments?

Le Président (M. Sklavounos): M. St-Onge.

Une voix: ...docteur...

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président. Désolé.

Le Président (M. Sklavounos): Par la suite, ce sera Dre Damestoy. Allez-y, M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): D'une part, c'est évident que... Je vous dirais que l'enjeu majeur dans une situation de mesures d'urgence, c'est les communications, Dre Damestoy le mentionnait tout à l'heure. On s'est rendu compte que, malgré j'appellerais ça une certaine qualité de communication, on a des choses à parfaire. Comment on organise une clinique, nous, comme responsables de l'organisation? Ça nous a aidés à voir qu'on a des choses à corriger. Mais je pourrais vous dire que Laval est à considérer. Puis je vous dirais que les journalistes, c'est un bon poulx, parce qu'ils cherchent quand même à voir les failles dans le système, puis c'est leur travail, et ils ont toujours considéré Laval comme étant un des modèles pendant la vaccination de mars, O.K., un des modèles au Québec. Ça veut dire que notre préparation a démontré son efficacité. Il y a des choses à améliorer, on les a regardées avec le centre de santé et les partenaires.

Je peux vous dire, par exemple, qu'on a eu une collaboration exceptionnelle de ville Laval. Le directeur du service de police a immédiatement mobilisé ses troupes. On a eu le maire qui nous a dit: Vous avez mon personnel à votre disposition, et ils vont faire ce qu'ils peuvent pour vous aider. Ça, ça a été d'une grande, grande aide parce que, dans ce type de mesure là, ça prend quand même un corps de police. On a eu beaucoup, beaucoup de collaboration des commissions scolaires, par exemple, pour la vaccination, le cégep Montmorency qui... Puis je pense que ça a été comme ça, évidemment, dans plusieurs régions, vous avez raison. Puis on s'est rendu compte que ça a tissé des liens entre les gens. Ça nous a aidés à corriger des problèmes, je dirais, d'arrimage qu'on avait avant, parce qu'on travaillait encore dans notre petit monde, avec nos petites réalités. Ça nous a unis vers un même but. Alors, ça nous a permis de voir qu'effectivement on pouvait mieux travailler ensemble.

Alors, quand vous parlez: Qu'est-ce qu'on en tire?, nous, on en tire surtout une conclusion qu'on a amélioré une collaboration qu'on pensait déjà bonne puis, on réalise, qui est insuffisante.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. St-Onge. Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): En fait, je n'ai pas grand-chose à rajouter. Mais, non, je n'ai pas...

Le Président (M. Sklavounos): De toute façon, il ne reste pas beaucoup de temps...

Mme Damestoy (Nicole): C'est ça.

Le Président (M. Sklavounos): ...mais, si vous voulez dire quelques mots, allez-y.

Mme Damestoy (Nicole): C'est bon. Non, non, ce n'est rien à rajouter, ça corrobore exactement ce que M. St-Onge a identifié comme étant les éléments. Je pense que... la communication, la ligne de commandement claire, donc qui fait quoi, et le partage des responsabilités bien clair, on avait eu l'occasion de se préparer avec un plan qui identifiait bien les rôles, les responsabilités de chacun, qui a beaucoup facilité l'intervention sur le terrain, la capacité d'aussi s'ajuster rapidement, puisque ce qu'on planifie sur papier n'est pas nécessairement ce qu'on voit sur le terrain, et la collaboration et la concertation avec des partenaires qui sont du réseau de la santé mais aussi d'autres réseaux pour être en mesure de rejoindre le plus grand nombre de personnes possible le plus rapidement possible, ce qui était l'enjeu principal de la campagne de vaccination.

Le Président (M. Sklavounos): Merci. Merci, Dre Damestoy. On va aller de l'autre côté. Alors, Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Eh oui! Bonjour. Je veux justement... Vous avez parlé de ligne de commandement claire. C'est effectivement une situation particulière aussi à Laval parce qu'on a une agence, une ville, un CSSS, une MRC. Mettons que vous avez une conjoncture particulière. Il n'y a personne... Il n'y a pas d'autre région, au Québec, qui soit organisée comme ça, avec un seul CSSS.

Une voix: ...

● (15 h 50) ●

Mme Maltais: Oui, mais on est dans un autre univers, un autre monde. Dans l'ensemble des régions, vous êtes assez spéciaux. Vous ne serez sûrement pas étonnés de ma question parce que je comprends que vous avez bien suivi les débats d'hier, les... c'était très bien. Il a été question d'abolition des agences. Les deux partis qui sont ici ont fait un choix, qui était de conserver les agences, on l'a dit ouvertement. Maintenant, on veut quand même requestionner toute la structure. Elle est questionnée d'ailleurs pas seulement par nous, pas seulement par certains partis, elle est questionnée par l'AQESSS, par exemple, qui, à un moment donné, se disait: Bon, il faudrait peut-être revoir les rôles et responsabilités pas seulement pour diminuer, mais aussi pour optimiser, pour donner des meilleurs services.

Je vais prendre votre région en exemple. J'ai regardé, sur ces cinq années-là, vos effectifs. En 2005-2006, vous en aviez... j'ai 113 ETC. C'est ce que j'ai comme chiffre, que j'ai trouvé dans les rapports. Après ça, il y a une baisse à 81, puis je vais vous... Puis ensuite c'est allé en remontant tout le temps: 86, 96, et on est rendu à 99,6. Vous avez une centaine de personnes, donc, à l'agence. J'aimerais ça que vous m'expliquiez un peu la courbe — qu'est-ce qu'il s'est passé? Pourquoi il y a eu une diminution comme ça? Est-ce que c'est suite à la fusion des CSSS?, je ne sais pas — puis ensuite, cette remontée-là, d'où elle vient, et si vous pensez que ça va se stabiliser à un moment donné ou si inévitablement la courbe est encore en hausse.

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

M. Desjardins (Claude): M. le Président, me permettez-vous de répondre à vos premières préoccupations sur les agences, tu sais, là, ce que c'est, des agences, puis je vais revenir, ou vous...

Mme Maltais: En autant que vous ne preniez pas le 15 minutes seulement, parce que, moi, j'aime les échanges. Parce que le danger de ces choses-là, c'est qu'on veuille expliquer longuement, ce qui fait qu'on n'arrive plus, nous, à échanger.

Le Président (M. Sklavounos): À cette condition, M. Desjardins.

M. Desjardins (Claude): Ah, bien, non, je vais permettre à... répondre précisément à votre question, mais j'aimerais ça revenir sur le dossier de... tu sais, là, dire, le questionnement sur les agences puis aussi, là...

Mme Maltais: Mais, moi, je vous l'ai dit, hein, moi, je suis une régionaliste, là, j'y crois, aux agences.

Mme Doyer: Moi aussi.

M. Desjardins (Claude): Pardon?

Mme Maltais: On y croit, aux agences, nous autres, là.

M. Desjardins (Claude): Oui, oui. Puis on s'est...

Mme Maltais: C'est sur la...

M. Desjardins (Claude): On s'est croisés...

Mme Maltais: On s'est croisés sur le projet de loi n° 127. O.K. Alors, sur les variations dans la main-d'oeuvre.

Le Président (M. Sklavounos): M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président. Bon, tout d'abord, effectivement, je vais apporter une précision. Le rapport annuel, il parle d'effectifs, et aujourd'hui, dans le contexte de votre demande, je comprends très bien qu'il faut que j'apporte une nuance, si vous me permettez, avec tout le respect, c'est que, nous, c'est le nombre de personnes qui étaient, entre parenthèses, payées à une date donnée à l'agence. Ce que ça veut dire, par exemple, c'est... Vous aviez, par exemple, 105 personnes payées par l'agence, il y avait des gens qui étaient en remplacement, il y avait des gens sur des mandats temporaires, il y a des gens qui étaient prêtés et qu'on avait remplacés. Alors, c'est évident que, nous, on donnait les effectifs pour dire combien qu'il y a de personnes qui travaillent à l'agence.

Puis je vous comprends très bien, quand, hier, j'ai écouté Montréal et j'ai vu la question, d'abord je m'attendais à cette question-là, mais j'ai réalisé, par votre question, que, quand je parle d'effectifs, je ne parle pas de la vraie réalité, je dois parler de nombre de postes au budget que j'ai, qui, lui, a évolué. Et il suit quand même une certaine courbe, vous avez raison.

En 2005-2006, nous avons procédé au transfert du technocentre de Laval vers le CSSS dans une perspective où on discutait de la possibilité que l'agence de Laval cède ses responsabilités au CSSS. C'était dans ce contexte-là, et on jugeait à ce moment-là que le CSSS pourrait bien remplir le mandat régional. Je peux vous dire que la décision a été inversée l'année passée parce qu'on a réalisé qu'un établissement, il a des mandats très locaux, puis l'agence a ses mandats régionaux pour l'ensemble des acteurs de la région, tandis qu'un établissement commence d'abord par travailler pour lui. Et le CSSS n'est pas le seul établissement à Laval.

Alors, moi, en ETC, j'ai fait la comparaison, et la courbe qui suit effectivement à peu près la tendance que vous mentionnez, avec explication. Parce que ça m'a permis d'aller voir effectivement pourquoi ça a varié, parce que, d'un rapport annuel à l'autre, parfois on ne fait pas l'analyse quatre ans avant. Mais votre réflexion... votre question était très bonne parce qu'effectivement ça nous amène à réfléchir, qu'est-ce qu'il s'est passé?

Le 1er avril 2006, nous avons transféré le technocentre, de là la chute du nombre de personnes, O.K.? Après, la progression. La progression est due en très grande partie à l'évolution des postes et des effectifs en santé publique. Pourquoi? Les mandats de santé publique ont évolué et se sont développés dans les dernières années pour répondre aux besoins de prévention d'abord. Et, compte tenu de certains budgets qui avaient été octroyés à Dre Damestoy, on l'a dotée de postes supplémentaires pour bien remplir son mandat. Donc, la première explication... Puis on parle d'au moins une dizaine de postes, parce que, dans l'évolution des postes... Au plan de postes de l'agence, je peux vous le donner rapidement, M. le Président, nous étions, en 2005-2006 — moi, dans mon plan de postes — à 90, et je suis, en 2009-2010, qui est l'année de référence que vous mentionniez, à 89,6 postes, au plan de postes, O.K.? L'explication en... Et le technocentre a été rapatrié seulement l'année dernière. Donc, dans trois ans, si nous sommes encore ici, on réexpliquera la différence entre les deux. Alors, vous avez ça.

Deuxièmement, on a dû augmenter les effectifs dans la Direction des affaires médicales parce que les besoins de suivi des dossiers, dans la région de Laval, étaient difficiles à faire. On a augmenté, on est passés de deux... trois personnes à six personnes dans ce secteur-là, nécessairement, alors ce n'est pas au niveau des secteurs administratifs. Dans les secteurs administratifs, quand je regarde la courbe, les secteurs purement administratifs, on est, aujourd'hui, en 2011-2012, stables. On a réduit de 1,6 poste, en fait, le nombre de postes. Alors, on a dû... on a augmenté ça, dans le fond, dans les gens qui s'occupaient de l'organisation de services, pas dans les directions administratives, pour donner des services à la région de Laval. C'est là qu'on a mis les sommes.

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

Mme Maltais: Merci beaucoup, vraiment, de ces explications-là. Quand vous dites que vous avez ajouté des postes aux affaires médicales — c'est ça? — de... vous êtes passés de trois à six pour plus de suivi, est-ce que c'est plus de suivi parce qu'on vous demande — parce que j'ai entendu ça aussi — parce qu'on vous demande plus de redditions de comptes de la part du ministère ou c'est plus d'appuis, d'accompagnement? J'essaie de comprendre cette notion de suivi. Parce que j'entends des fois... Puis, moi, je ne suis pas sûre, mais j'entends la réflexion: On est rendus qu'on nous demande tellement de redditions de comptes — y compris nous, les parlementaires — qu'on est obligés d'investir dans les données, les rapports pour réussir à... On veut tellement nous suivre qu'on finit par nous surcharger de travail administratif. Est-ce que...

Le Président (M. Sklavounos): M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président. Si je regarde dans une perspective du responsable des ressources humaines, en aucun moment on n'a doté un poste à l'agence pour faire de la reddition de comptes, jamais. Pourquoi? La reddition de comptes n'est pas une valeur ajoutée pour les services, on doit le faire avec nos effectifs.

Ce qu'il faut comprendre, c'est que c'est très complexe — même à Laval avec un seul CSSS — c'est complexe, le réseau. M. Desjardins expliquait qu'on n'est plus dans une démarche strictement hospitalière, strictement CLSC, strictement... Et l'arrimage et le fonctionnement nécessitent que l'agence s'organise.

Il faut aussi que je rappelle qu'on a eu une première compression budgétaire, en 2002-2003, de 10 % du budget global. C'est encore beaucoup plus important... ce qu'on vit là actuellement. C'était quand même 600 000 \$, et on a dû se réorganiser, et on a dû, après ça, réinvestir, je vous dirais, là où on avait le plus besoin et moins dans les secteurs administratifs.

Mme Maltais: Mais vous avez...

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. St-Onge. Mme Couture, vous vouliez apporter un complètement de réponse?

Mme Couture (Pauline): Ah, peut-être, oui.

Le Président (M. Sklavounos): J'ai vu un signe.

Mme Couture (Pauline): Oui.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, Mme Couture, s'il vous plaît.

Mme Couture (Pauline): Bien, en fait, nos affaires médicales, la majorité des gens qui ont été ajoutés ont été ajoutés pour les services à la première ligne. Vous savez que les services à la première ligne, médicaux, se développent de façon importante depuis quelques années. On a l'ouverture des GMF, les groupes de médecine de famille. On a l'ouverture, dernièrement, des GMF-réseaux, c'est-à-dire le concept de clinique-réseau, d'accessibilité, couplé avec le concept de prise en charge en GMF.

On doit développer aussi, pour les autres cliniques, les cabinets, des façons de lier ces cabinets-là au réseau avec du support, une équipe interdisciplinaire. On a eu tout le plan maladie chronique qu'on veut mettre aussi en première ligne, comme on parlait tout à l'heure, pour essayer de prendre en charge les patients avant qu'ils arrivent à l'urgence, avant qu'ils arrivent à l'hôpital, dédier des équipes dans les cabinets privés, dans les CLSC.

Donc, on avait besoin de chargés de projet pour accompagner ces projets-là et... surtout au niveau des cabinets médicaux, qui étaient moins structurés que les CLSC qui faisaient partie du CSS. Et c'est... À ces niveaux-là, on a eu deux personnes sur trois qui travaillent là.

Mme Maltais: Et c'est là...

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

Mme Maltais: C'est intéressant, parce que c'est là où je veux vraiment bien comprendre, là, parce que vous êtes vraiment une agence particulière. Il y a une agence, un CSSS. Ça n'aurait pas été au CSSS à faire ça, puisqu'il n'y a qu'un CSSS?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Couture.

Mme Maltais: Quand on me parle de la première ligne, d'habitude c'est le CSSS qui est le grand organisateur des services, en lien avec les... J'essaie de bien comprendre pourquoi c'est à l'agence et pas au CSSS...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Couture.

Mme Maltais: Parce qu'ailleurs — excusez, je veux juste finir ma... — il y a l'Hôpital juif de réadaptation, il y a le centre jeunesse puis il y a le CRDI. C'est ça, les grandes... Puis, à part ça, c'est le CSSS. Ça n'aurait pas été au CSSS à faire ça? Pourquoi c'est l'agence qui doit le faire? Puis ma question, elle est volontaire, là, ce n'est pas contre l'agence que je pose la question.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Couture.

● (16 heures) ●

Mme Couture (Pauline): Merci, M. le Président. En fait, la réponse est en deux volets. Le premier volet, c'est que tous les groupes des GMF, des GMF-réseaux... est sous l'égide du DRMG, qui est le département régional de médecine générale. Et le DRMG est à l'intérieur de l'agence, il n'est pas à l'intérieur du CSS. Donc, ça, c'est le premier volet. Ça fait qu'effectivement tout le développement des cabinets des GMF, GMF-réseaux, tous les programmes, le menu que, nous, on appelle à la carte pour les petites cliniques, donc tout ça doit être développé par le DRMG. Ça, c'est le premier volet.

Le deuxième volet, c'est qu'on a une demande, effectivement, du CSS de les aider, de les coacher à s'implanter au niveau des cabinets privés pour aider à la prise en charge des patients, parce qu'au niveau du DRMG on est relativement bien placés pour avoir accès, et ils manquaient un peu d'expérience pour le faire. Donc, on le fait avec eux, on les coaché là-dessus, et on doit essayer de... comment je peux dire, essayer de coupler, hein? Vous savez, c'est nouveau pour eux de s'ouvrir à... Ils commencent à s'ouvrir à l'extérieur, mais le monde des cabinets privés, et surtout au niveau médical... Puis, pendant longtemps, là, il y a eu toute la... les deux silos CLSC, le silo cabinets privés... donc les faire se parler, parler... travailler ensemble, changer les modes de pratique, demander aux médecins de s'ouvrir aussi à des équipes interdisciplinaires, qui ne sont pas juste des infirmières en GMF, mais maintenant on leur propose des psychologues, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes. Donc, il faut arrimer ça, et tout cet arrimage-là est en dessous du DRMG, et le DRMG, comme je vous dis, là, il est lié à l'agence. Donc, c'est pour ça que les postes ont été développés au niveau de l'agence.

Le Président (M. Sklavounos): Je vous remercie, Mme Couture. Mme la députée.

Mme Maltais: Je n'ai plus de temps dans ce bloc-ci, mais — j'ai pris le chiffre dans votre document — juste un commentaire: il y a quand même 30 % des gens de Laval qui n'ont pas de médecin de famille, c'est énorme. Est-ce que vous... Je comprends qu'il y a des cliniques médicales, il y a des... mais avez-vous une vision pour essayer de... un plan pour combler cet écart énorme?

Le Président (M. Sklavounos): Oui, Mme Couture.

Mme Maltais: Vous allez être obligée d'y aller rapidement, mais peut-être que je reviendrai.

Le Président (M. Sklavounos): Allez, allez-y, je vais vous...

Des voix: ...

Le Président (M. Sklavounos): Si c'est une réponse brève. Je peux permettre une réponse brève. Allez-y, Mme Couture.

Mme Couture (Pauline): Alors, très brièvement pour vous dire qu'au niveau des guichets des clientèles orphelines il faut savoir qu'à Laval 86 % des personnes vulnérables ont un médecin de famille. L'année passée, on a inscrit 5 400 patients, à peu près, au guichet, on en a placés 1 100, mais on a placé toutes nos priorités 1 et la majorité de nos priorités 2. Donc, pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille, c'est particulièrement des gens qui ne sont pas classés nécessairement vulnérables et qui sont beaucoup plus jeunes.

C'est vrai qu'on a un défi pour ces gens-là au niveau, entre autres, de la prévention des maladies chroniques et de la prise en charge tôt. Mais on est en train de regarder pour avoir des milieux structurés, qui va permettre au médecin de se consacrer sur des fonctions qui lui appartiennent et d'être très bien appuyé par des gens autour pour permettre de prendre en charge éventuellement ces gens-là. Mais, au niveau de nos patients vulnérables, là, je pense qu'on peut être fiers du bilan qu'on a présentement.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme Couture. Voulez-vous dire... Vous avez 30 secondes, si vous voulez dire un mot.

Mme Maltais: Non, il ne voudra pas en 30 secondes.

Le Président (M. Sklavounos): On lance un défi. Allez-y.

Des voix: ...

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

M. Desjardins (Claude): Je peux vous dire que la loi actuelle des services de santé et services sociaux permet que... lorsqu'il y a un centre de santé, de regrouper avec l'agence. La loi actuelle permet ça. Alors, cette loi-là a été... ce n'est pas avec la réforme... ce n'est pas avec la réorganisation actuelle, la dernière... l'avant-dernière, et... Alors, Laval, face à cette... Ça disait, entre guillemets, sans le dire vraiment: Laval. Alors, elle disait que, si les établissements puis le réseau souhaitent ça, bien, faites-le.

Alors, pour le faire, nous avons retenu un consultant, Léonard Aucoin, qu'on a retenu comme indépendant, puis on a demandé à Léonard: Tu veux-tu, tu vas consulter le milieu, tu vas rencontrer les établissements, tu vas nous présenter les différents scénarios? Parce que, quand on parle de modèles d'agence, là, tu sais, là, il y a différents types de modèles, hein, le modèle albertain, le modèle direction régionale, tu sais, tu as différents types de modèles et... Alors, Léonard Aucoin a tout préparé ces scénarios-là et il est allé dans le milieu rencontrer tous les établissements, puis même les organismes communautaires, puis bien des gens pour leur demander: Écoutez, regardez ça, les scénarios, puis quel est le scénario que vous... Ah! puis il y avait le scénario du statu quo, tu sais, là, de dire: On maintient l'agence. Et, je vous le dis, là, unanimement...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion.

M. Desjardins (Claude): ...y inclus le centre de santé, on maintient l'agence.

Maintenant, pour répondre à votre question: Est-ce qu'il y a des choses qui devaient être regardées, hein, ce qui se fait au ministère, puis tout ça?, oui, madame.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Desjardins. Je vais aller de l'autre côté. Mme la députée de Mille-Îles.

Mme Charbonneau: Merci, M. le Président. Vous savez qu'au Québec on a une grande... on a plusieurs priorités, mais il y en a une qui s'appelle le Programme québécois de dépistage du cancer du sein — vous le connaissez, vous en êtes conscients, vous y faites face — et, depuis 1997, ça fait partie des priorités nationales. Et Santé publique a mis en place un programme 2003-2012. Et cette merveilleuse petite chose me permet d'aller sur votre site Internet, donc la même intervention qu'hier... Parce que, là, j'ai compris que, dans les 77 000 auditeurs qu'on avait hier, il y avait M. St-Onge. Donc là, aujourd'hui, il est là «live». Et, puisqu'il n'y a pas de caméra, on perd la moitié de nos auditeurs. Mais le site Internet que vous avez est fort intéressant parce que je peux aller où je veux, chercher l'information que je veux. Mais, où je veux vous amener, c'est que, nous, on a vu que, dans le Programme de dépistage de cancer du sein à Laval, en 2008-2009 le taux de participation était de 55,6 %, et ce n'est sûrement pas par manque d'intérêt de votre part. Donc, je me demandais, de votre côté, quel est le... soit le plan de match. Comment percevez-vous ce fait que 45 % de la population lavalloise ne se préoccupe pas de cette partie aussi importante qui fait qu'il y a des femmes... on perd des femmes partout au Québec à cause de ce cancer là? Donc, de votre côté...

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

Mme Damestoy (Nicole): M. le Président, donc, en effet, le taux de participation, dans le cadre du programme, est de 55 %. Je vous ferai remarquer aussi que les derniers chiffres dont on dispose sont, de loin, le taux de participation

le plus élevé, puisque, d'année en année, il continue d'augmenter. Après, il y a eu un petit creux, là, au niveau des années 2003, qui est associé à un des centres qui avait perdu son accréditation pour des problèmes technologiques. Depuis ce temps-là, on a récupéré et on a augmenté progressivement la proportion de femmes qui participent.

Quand on parle du programme en tant que tel, le programme, quand il a été mis en place, à l'origine, en 1998, on visait un taux de participation de 70 % des femmes afin d'atteindre les objectifs qu'on a de réduction de mortalité par rapport au cancer du sein. Par contre, il y a beaucoup de femmes qui ont des mammographies à l'extérieur du programme, donc des femmes qui se présentent avec une prescription de leurs médecins et qui choisissent de ne pas faire partie du programme parce qu'elles sont déjà dans une relation médecin-patient avec leurs médecins traitants. Elles ont quand même des mammographies de dépistage, mais elles ne sont pas comptabilisées à l'intérieur du programme. Et, lorsqu'on additionne les mammographies du programme, 55 %, avec les mammographies qui sont hors programme mais qui sont fort probablement aussi du dépistage, on atteint, pour Laval, un taux de couverture de mammographies, chez les femmes de 50 à 69 ans, qui frôle le 70 %.

Ceci étant dit, on a quand même des enjeux afin de rejoindre certaines clientèles. Et, un peu plus tôt, on parlait des populations immigrantes, on a un défi pour aller rejoindre des personnes qui ne sont pas d'emblée attirées vers la mammographie. Il faut qu'on adapte nos outils de promotion pour aller rejoindre les populations des communautés culturelles, entre autres. Il faut qu'on adapte nos outils pour rejoindre les gens qui ont un faible niveau de littératie, donc qui ne comprennent pas nécessairement toutes les subtilités reliées au consentement éclairé par rapport au dépistage. Et, pour ce faire, on est en train de travailler, notamment conjointement avec la Direction de santé publique de Montréal qui commence un projet de recherche, pour essayer de développer nos outils pour mieux rejoindre certains groupes de femmes qui n'ont pas nécessairement... qui ne participent pas autant qu'un... au programme. Donc, c'est un peu ça.

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

Mme Charbonneau: Ça revient toujours — puis c'est sur ce sujet-là qu'on s'est rencontrés: communication, communication, communication. C'est beaucoup dans ce sens-là.

M. Desjardins, vous m'avez fait un hochement de tête quand vous avez fait votre présentation, parce qu'effectivement on s'est rencontrés sur différents sujets, mais un, entre autres, qui me touche profondément, puisque c'est une clientèle qu'on connaît peu — moi, je l'ai découverte quand je suis arrivée comme députée dans mon bureau de comté — c'est ce qu'on appelle, je crois — puis vous me corrigerez, parce que ça m'arrive de m'enfarger — des maladies orphelines. Dans celles-ci, il y a nécessairement, pour moi, bébé Fanny, sur lequel on s'est beaucoup parlé, mais les enfants qui ont de la... une trachéo au niveau de... pour la respiration et tout ce qui s'en suit, mais aussi toute cette perspective-là dans les maladies chez la petite enfance. Alors, vous avez fait une approche, un peu plus tôt, parlant de la...

Une voix: ...

Mme Charbonneau: ... — merci beaucoup, vous êtes bien aimable — et je sais qu'on se questionne aussi — puis je fais un peu plus large, là — sur une maison de naissance à Laval. Mais, moi, ça m'amène toutes sortes de questionnements par rapport à cette relation-là, la naissance, les maladies qu'on découvre puis celles qui sont en train de se développer de façon plus grande, puisque, bébé Fanny, il y a 10 ans, aurait été un cas unique. Maintenant, je crois qu'à Laval on est capables de parler peut-être de quatre cas qui se ressemblent, et pas nécessairement de Laval, mais ils se ramassent... Vous les mettez ensemble pour une question de technologie, et tout, d'organisation et de technologie.

Alors, j'aimerais ça un peu vous entendre sur ce côté-là, qu'on connaît peu, d'un service qui est donné, mais d'une relation aussi parents... Nous, on parle, au ministère de la Famille: conciliation travail-famille, mais, dans cette conciliation-là, il y arrive quelquefois des embûches, et je pense que, quand on arrive à une problématique chez un bébé naissant qui... C'est-u Sainte-Justine? C'est-u nous autres? Qu'est-ce qu'on fait? Est-ce qu'on le garde à l'hôpital? Est-ce qu'on... J'aimerais ça un peu vous entendre sur ce principe-là.

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

● (16 h 10) ●

M. Blanchard (Denis): Oui, M. le Président. C'est sûr que c'est une nouvelle réalité, vous avez tout à fait raison. Et, avec l'exemple que vous mentionnez, on a bien réalisé que, dans l'ordre de services du CSSS en regard du soutien à domicile ou du programme enfance-famille-jeunesse, ça dépassait de beaucoup, dans le fond, l'offre de services qui était sollicitée. On a réussi, malgré tout, à organiser, à avoir une concertation puis une collaboration de Sainte-Justine par rapport aux bébés. Mais évidemment les questions, je vous dirais, les enjeux que ça pose, c'est une question de sécurité, hein, sécurité mais évidemment pas de l'intervenant, vous comprendrez, mais sécurité du bébé, je dirais, une question de responsabilité professionnelle.

Il y a plusieurs côtés éthiques, en fait, qui ont surgi évidemment suite à l'organisation des services pour... comme vous mentionnez, du bébé prénommé Fanny, mais aussi une question, qu'on sera tôt ou tard obligés de regarder, en termes d'équité, je vous dirais, hein? On a réussi à trouver, à gauche, à droite, des sous qui ont permis évidemment... Puis, pour les parents, c'est tout à fait légitime: Écoutez, j'ai quatre enfants, je suis en famille recomposée, on est sept enfants. Ça fait que, pour un parent, c'est tout à fait légitime de vouloir garder, malgré les multiproblèmes, là, ou les besoins particuliers de ce bébé-là... de le garder à la maison, parce que notamment c'est ton enfant, puis ça, tu y tiens... tu tiens ça au bout des... au bout de ton cœur.

Donc, on s'est dit: Bien, c'est sûr qu'on soutient la famille, là — excusez si j'emploie des termes du réseau — mais ça nous permet en fait de donner des allocations pour permettre à des gens d'avoir un peu de répit. Et évidemment,

dans ce fond-là, qui est à peu près 1 million cent quelques mille dollars, il y a 1 224 personnes qui bénéficient de ce 1 000 000 \$ quelque. Ça fait que vous comprendrez qu'au moment où je vais soustraire un certain nombre de sous pour une situation très particulière, puis tout à fait légitime en quelque part, les 1 223 autres clients vont dire: Bien, écoutez, moi, vous ne me complétez pas toute mon offre de services. Ça fait qu'il y avait un peu de ça, tu sais. Mais, je me dis, on a réussi.

Évidemment, on a dit au CSSS: Écoutez, il va falloir réorganiser, il y en a quelques-uns, puis éventuellement peut-être qu'il y en aura d'autres qui se sont... qui pourront... qui sont des Lavallois, Lavalloises qui voudront retrouver leurs enfants même s'ils offrent des... si cet enfant-là a de multiples handicaps. Donc, ça nous pousse, dans le fond, à revoir peut-être nos façons de faire, à réorganiser l'offre de services puis évidemment changer un peu nos paradigmes, parce que cette réalité-là, et vous avez tout à fait raison, il y a quelques années, n'existait pas. Mais effectivement... Puis le CSSS est très conscient que c'est dans son approche de responsabilité populationnelle. C'est évidemment... C'est effectivement dans ses responsabilités.

Mme Charbonneau: Vous avez...

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

Mme Charbonneau: Merci, M. le Président. La discipline est difficile à reprendre. Attendre que le président nous présente, c'est toujours un petit peu plus «tough».

Vous avez compris par contre qu'il n'y avait aucun blâme dans mon intervention. C'était plus pour vraiment faire un éveil en même temps à cette problématique-là qui veut que, quand on regarde un système de la santé, on le regarde avec des faits concrets: le cancer, les opérations, le diabète, je peux vous en nommer des concrètes. Mais, quand on parle des maladies... pas les maladies infantiles mais orphelines, on parle souvent de choses qu'on connaît très, très peu, et, chez vous, ça occasionne des surprises, puisque ça demande un service supplémentaire, ou une députée qui appelle pour avoir des informations, ou des choses comme ça. Donc, c'était plus dans le sens où vous avez réussi à faire un petit miracle, parce que la famille, en ce moment, vit des moments de bonheur, avec un aller-retour à l'hôpital, là, mais quand même quelque chose de fort intéressant.

Il s'est réfléchi, à Laval, et il s'est mis en marche une démarche fort intéressante. Vous avez déjà des partenariats fort intéressants, je pense aux différentes fondations, celle de Michel... de Maxime-Letendre, celle de la Cité de la santé, qui a fait une grande levée de fonds — je ne sais pas d'ailleurs si c'est terminé, je crois que non, on est toujours dans notre année 25 millions — mais on est... il y a des organisations fort intéressantes alentour de l'île. Et ma collègue a raison de dire que Laval est exceptionnelle: une île, une ville, moi, je rajoutais tout le temps: une commission scolaire, mais...

Une voix: ...

Mme Charbonneau: Oui. Je ne suis pas en désaccord, mais on n'est pas là, on est... on va rester en santé. Mais il y a une réflexion qui se fait, avec différents partenaires, sur une clinique sociale — et je sais que ce n'est pas dans le bilan, puis je le sais que ce n'est pas dans les grandes questions existentielles — mais, un peu, qui ressemble à celle de Dr Julien à Montréal, et il y a une réflexion, avec les partenaires, qui se fera au niveau de... Et je me demandais, quand on est un réseau comme nous, à Laval, comment ça se reçoit, au niveau de l'agence, quand la communauté émerge avec cette idée-là, de mettre en place une clinique sociale, puisque, je vous le rappelle — puis, dans le fond, je me le rappelle aussi — Laval est vue, est retenue comme un endroit riche, prospère, jeune et en santé. Et on sait qu'on est comme tout le reste du Québec, c'est-à-dire une belle mixité de tout ce qui appartient à tout le monde.

Mme Damestoy (Nicole): En fait, bien...

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Excusez-moi. Pour répondre à votre préoccupation, il y a un projet de pédiatrie sociale à Laval qui est plus avancé que juste à l'étape de l'ébauche, puisque c'est un projet qui a démarré ou en tout cas qui est sur le point d'être démarré à place Saint-Martin et qui est un peu... qui s'inspire très fortement de la philosophie du Dr Julien mais qui n'est pas identique aux projets qui ont été développés ailleurs, puisque c'est vraiment le fruit d'une concertation entre les établissements du réseau: le CSSS, le centre jeunesse, les organismes communautaires, incluant l'office municipal d'habitation aussi, qui a fortement participé à cette concertation. Et chacun des établissements fournit des professionnels pour intervenir sur les lieux mêmes. Mais ce n'est pas un montage supplémentaire à la mission qui existait déjà, de chacun des établissements. C'est vraiment le fruit d'une concertation unique, intersectorielle. Et le projet est vraiment démarré... ou en tout cas, s'ils n'ont pas déjà commencé à voir des familles, ça ne devrait pas tarder, puisqu'ils étaient, au mois de juin dernier, en train de s'installer. Donc, ça se concrétise.

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

Mme Charbonneau: Et, juste pour nous donner une orientation, sur l'île de Laval, si on parle de place Saint-Martin, on parle d'un endroit qui est reconnu comme — chez nous, on disait «une poche de pauvreté», ça se dit mal — un réseau social peut-être un petit peu plus hypothéqué que d'autres endroits à Laval qui pourraient se traiter comme des endroits plus favorables.

Et, au niveau de la santé, vous dites que vous n'avez pas mis... il n'y a pas de sou qui se rajoute, mais il y a des services qui se partagent, et, je reviens à un terme que Mme Couture a utilisé, les silos se brisent. On arrive à... Parce que tout le monde a embarqué dans le principe même de ce partenariat-là.

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

M. Desjardins (Claude): Pas seulement que le système de santé, pas seulement que le système de santé, ça a été, tu sais, le centre jeunesse, le centre de santé puis l'office de...

Une voix: Les organismes communautaires.

M. Desjardins (Claude): Les organismes communautaires, oui, effectivement. Alors, c'est... Ils se sont concertés puis, avec leurs propres financements, leurs propres organisations, ils ont démarré ce service-là. Alors, belle réalisation.

Le Président (M. Sklavounos): Merci, M. Desjardins. Là-dessus, on va aller de l'autre côté, ce bloc est terminé, et je vais céder la parole à Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. Alors, je vais aller dans un bloc sur la santé mentale chez vous, à Laval. Et, quand je regarde le bilan de 50 par agence... Et, pour l'ensemble du Québec, vous avez probablement vu ces tableaux.

M. Desjardins (Claude): Oui, il y a des couleurs.

Mme Doyer: La couleur rouge, vous n'aimez pas ça, hein?

M. Desjardins (Claude): Pas mal de rouge.

Mme Doyer: Bien, oui. Bien, moi, politiquement, je ne suis pas rouge, je suis bleue. Mais il y a... Je n'ai pas vu... j'ai vu beaucoup de rouge.

Une voix: Elle devient bleue quand elle voit trop de rouge.

Mme Doyer: Oui, mais j'ai vu... Non, j'ai vu bleu quand j'ai vu rouge. Mais il y a effectivement beaucoup de rouge, sauf lorsqu'il y a l'engagement relié à la première ligne en santé mentale. Mais, quand on regarde le séjour moyen sur civière à l'urgence des problèmes de santé mentale, ça ne va pas bien: pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale en deçà, à 90 %, de l'engagement, hein? C'est ça que ça veut dire, le rouge. Mais vous pourrez vous exprimer un petit peu là-dessus, mais quand même c'est ça que ça veut dire. Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième, troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours, même chose. Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré, bon, par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services et, bon, etc. Donc, si on regarde ça, bien, ça dit qu'est-ce qui se passe à Laval.

Vous avez effectivement une assez grande population. J'aimerais ça que vous me parliez surtout des séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale. Pourquoi ça a augmenté? Qu'est-ce qui fait... Comment pourriez-vous réduire ça? Puis est-ce que c'est une question d'argent? Parce qu'on n'a pas tellement parlé d'argent aujourd'hui. Mais qu'est-ce qui ferait que ça soulagerait?

On parle aussi d'une unité de traitement transitoire mobile. J'aimerais ça un petit peu que vous me parliez de ça, une unité, hein... Vous avez... Bon, décrivez-nous l'unité de traitement transitoire mobile dont il est question dans les commentaires de la fiche 1.8.7, 1.8.7 et 1.8.8 touchant aux services d'urgence en santé mentale. Ça ne vous dit rien?

Une voix: ...

Mme Doyer: Bien, ça pourrait être ça, mais... Bien, en tout cas, souvent... Même, d'ailleurs, on n'a pas beaucoup parlé d'itinérance, mais vous...

M. Blanchard (Denis): Je peux vous en parler.

Mme Doyer: Vous pourriez. Puis j'ai vu aussi qu'il y avait... c'est un peu comme caché à Laval, mais que vous avez des îlots... bien, des îlots, hein, j'ai lu les documents, puis vous avez identifié des lieux où les itinérants... Puis j'ai trouvé ça, aussi, intéressant que vous y alliez aussi par des logements où est-ce qu'il y a de la précarité, de l'insalubrité. Puis c'est un peu ce que je vous... on appellerait l'itinérance cachée, dans le fond, hein? Ils ne sont pas dans la rue, mais ils ne sont pas loin de la rue par l'inconfort. Alors, j'arrête ici et j'aimerais que vous me brossiez un tableau, là. Comment vous allez améliorer la situation?

Le Président (M. Sklavounos): On va aller avec Mme Desjardins.

Une voix: ...délais à l'urgence.

Mme Desjardins (Julie): Oui, pour les délais à l'urgence. Mais, quand on se compare à l'ensemble du Québec, heureusement nos délais sont moins grands pour les cas de santé mentale, les 48 heures et notre durée moyenne de séjour. Plusieurs... Encore une fois, le nombre de lits... Vous savez qu'on a 38 lits, à Cité de la santé, dévolus à l'hospitalisation en santé mentale. Il y a... l'autre... Le restant d'hospitalisation est effectué à Albert-Prévoist, pour un total, je crois, de 24 lits à Albert-Prévoist. Il manquerait, pour l'ensemble de la clientèle, entre 12 et 20 lits. Je n'ai pas les données exactes avec moi, mais il manque quand même des lits en courte durée en santé mentale pour la clientèle lavalloise, dans le total, et ça, j'inclus Montréal, Albert-Prévoist.

● (16 h 20) ●

Une voix: ...

Mme Desjardins (Julie): Oui, absolument. Différentes mesures sont prises en compte. Vous devez savoir que, pour les personnes qui traversent au débordement pour de l'hospitalisation, ça a quand même diminué entre 2009-2010, où on a eu 254 cas, on en avait 183 en 2010-2011. Qu'est-ce que je peux dire? Systématisation des réunions d'équipe, beaucoup de travaux qui sont fait à l'interne. Et j'essaie de voir votre unité transitoire.

Mme Doyer: Oui, mais ça, j'ai ça, là.

Mme Desjardins (Julie): Je sais qu'on a six lits, dans nos 38 lits... Dans nos 38 lits d'hospitalisation, il y en a 36 qui sont... 32 qui sont pour l'hospitalisation générale, puis on a effectivement une unité de six lits qui est... qu'on appelle transitoire ou des hospitalisations qui sont plus brèves. Je ne sais pas si vous faites référence à ça. Il faudrait que je revole le...

Mme Doyer: C'est peut-être ça, parce que c'est... Est-ce que c'est... ça veut...

Mme Desjardins (Julie): Mais c'est à même l'établissement, c'est dans les lits de courte durée.

Mme Doyer: Des psychiatres, vous en avez? Vous avez des psychiatres dans votre région?

Mme Desjardins (Julie): Oui, le PREM est... le PREM est complet...

Mme Doyer: Le plan d'effectifs est complet?

Mme Desjardins (Julie): Le plan d'effectifs est complet, sauf en pédopsychiatrie où on est en train de... Bien, en pédopsychiatrie, on a un poste réseau et on est en train de régulariser une situation en pédopsychiatrie.

Mme Doyer: Puis, au... Oui, allez-y, monsieur...

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

M. Blanchard (Denis): Peut-être plus, M. le Président, pour vous rassurer, effectivement, par rapport aux indicateurs dans l'entente de gestion, où il y avait quand même un travail qui est... qu'on a fait au fil des dernières années, le ministère est venu pour faire un bilan du plan 2005-2010 sur la force des liens, il y avait à peu près 52 actions qui avaient été prises par Laval. Et, dans le fond, les gens du ministère... Juste pour vous dire que l'ensemble des actions ont été réalisées au-delà, possiblement, des ententes de gestion, qu'on a corrigées au moment où on se parle, et que Laval était, pour les gens du ministère, un bel exemple de concertation, de partenariat entre le volet les établissements publics et les organismes communautaires, selon, évidemment, la tournée qu'ils avaient réalisée au Québec. Donc, tout le volet Santé mentale, juste vous rassurer qu'effectivement le tir a été corrigé. Si jamais vous voulez que je vous parle d'itinérance, bien, vous me le direz, M. le Président.

Mme Doyer: D'accord, mais là je ne veux...

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

Mme Doyer: ... — merci, M. le Président — je ne veux pas échapper le bloc Dépendances, jeu pathologique aussi, parce que vous êtes près, hein, du Casino de Montréal, vous êtes dans... j'appellerais ça, là... Les gens de Loto-Québec trouvent que je suis une antijeu... bien, pas jeu pathologique — on est tous contre le jeu pathologique — mais antijeu, là, poker, etc., mais, moi, je trouve qu'on aurait dû faire une réflexion au Québec sur tout ça, l'offre de jeux, par exemple, qu'on a visé certaines clientèles plus jeunes, la cyberdépendance. On a une réflexion à faire. Puis on a vu pendant l'été, dans les revues de presse et dans les journaux, ce qui se passait aussi aux États-Unis sur le poker, hein? C'est quand même... Dans certains États américains, là, il y a des choses qui ont été faites, hein, sur le poker illégal, etc. Donc, comment vous vous situez?

Puis c'est difficile d'avoir les données aussi. Je pense que, pour vous, comme agence de santé, hein, la Direction de la santé publique... D'ailleurs, je vous remercie de votre appui dans ce dossier-là. J'ai eu l'appui non seulement du directeur national de la Santé publique, mais des directeurs de santé dans chacune des agences. Alors, c'est quoi, vos principaux problèmes au niveau des dépendances? C'est quoi que vous visez, vos cibles? J'aimerais ça que vous m'en parliez un peu.

Puis vous avez parlé de clientèles, bon, ciblées, programme dépendances, les femmes enceintes et mères de jeunes enfants, des jeunes en difficulté, des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

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

M. Blanchard (Denis): Je vais débiter, M. le Président, la réponse — et ma collègue Dre Damestoy pourra compléter dans votre deuxième niveau de préoccupation — juste peut-être vous dire un peu comment on a réussi à organiser un continuum de services en dépendance.

Actuellement, il y a un établissement, qui s'appelle Le Maillon, qui est sous l'égide du centre jeunesse — parce que ça s'est fait... ça s'est décidé comme ça à l'époque — qui est le centre de réadaptation, mais qui s'appelle Le Maillon, mais sous le centre jeunesse, et on a deux organismes communautaires qui étaient certifiés avant le processus actuel. Et on a réussi à faire, dans le fond, ce qu'on peut voir des fois — et je vous le dirai en blague — dans les livres, vraiment le continuum, dans l'optique où Le Maillon va donner toute une offre de services en clinique externe, autant en toxicomanie, drogues, jeu, jeu pathologique. Et on a réussi à créer — ça vient tout juste d'ouvrir — un service de désintoxication avec hébergement, parce que, ça, on n'avait pas ça à Laval. On en a eu il y a quelques années, mais l'organisme qui offrait ce type de services là a cessé ses activités. Donc, avec Le Maillon et l'organisme qui s'appelle la maison Paulette-Guinois, on offre un service de désintoxication de huit jours.

Mme Doyer: Vous avez combien de lits?

M. Blanchard (Denis): Huit, huit lits.

Mme Doyer: Huit lits?

M. Blanchard (Denis): Pas huit jours, c'est huit lits pour trois à quatre semaines.

Mme Doyer: Huit lits, trois à quatre semaines.

M. Blanchard (Denis): Par la suite, à l'intérieur de ce même continuum là, la maison Paulette-Guinois offre la réadaptation et la thérapie avec 24 lits pour les hommes et 12 lits pour les femmes pour une durée de thérapie de trois à quatre semaines. Et le deuxième organisme communautaire, qui s'appelle Un Foyer pour toi, vient de lancer un peu sa nouvelle offre de services qui va s'occuper de réinsertion sociale.

Donc, on a l'externe, on a la désintox, on a la réadaptation, thérapie, et après on a la réinsertion sociale, et sans oublier le travail du CSSS au niveau de la première ligne, qui fait tout le dépistage. Les gens qui se présentent à l'accueil, évaluation, orientation, il y a une fluidité qui fait que les dossiers qui sont reçus sont retransmis au centre Le Maillon sans nécessairement répéter la cueillette d'information puis la cueillette de données. Donc, on a une espèce de fluidité, puis, je disais tantôt, l'expérience à l'urgence, où on a recherché 200 quelques clients qui n'étaient pas connus du Maillon, on les prend tout de suite, et ils sont référés tout de suite dans le processus que je viens de vous décrire.

Mme Doyer: Bien, merci beaucoup.

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

Mme Doyer: Très court — parce que mes collègues ont plein de questions aussi — sur l'itinérance: Quelles sont vos priorités, vos cibles?

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

M. Blanchard (Denis): Merci, M. le Président. L'itinérance, il faut comprendre qu'elle n'a pas le même visage que Montréal. Laval, c'est vrai qu'il y a... Bon, Dre Damestoy nous disait... Bon, c'est sûr qu'on a toujours la perception que Laval est très... est un milieu très riche. Ça, c'est vrai en partie. Mais la pauvreté, elle est en partie cachée, O.K.? Et on a, depuis 10 ans, une équipe au CSSS qui est dédiée exclusivement à l'itinérance. Je pense que c'est la seule ville au Québec qui offre ce type de services là, ça s'appelle Service d'urgence sociale, et c'est la ville de Laval qui reçoit en moyenne 12 000 appels, 4 000 dossiers, dont 400 en itinérance. On a des organismes communautaires genre caravanes qui se déplacent dans les endroits plus spécifiques...

Mme Doyer: Ça devait être ça, l'unité mobile.

● (16 h 30) ●

M. Blanchard (Denis): ...plus spécifiques, travail de rue. Et on est en train de... je parlais... Parce que ma préoccupation est beaucoup hébergement, vous me direz, mais l'hébergement par rapport à l'itinérance, c'est fondamental, c'est un déterminant de la santé. Ma collègue pourra en parler plus longtemps, mais on a un projet qui a été mis de l'avant, qui a été mis de l'avant avec le soutien de M. Alain Paquet, et qui va permettre à Laval de se doter, encore là, d'une transition de six lits d'urgence pour une durée de 14 jours, de six lits transitoires de six à 18 mois, de six studios supervisés de 24 mois et de huit logements sociaux. Vous voyez, dans le fond, on a une espèce de ligne qui fait en sorte que, si

on est capables de consolider le volet Hébergement par rapport à des problèmes d'itinérance, on va régler en grande partie... Bien sûr, il restera l'emploi, il restera un revenu, mais...

Mme Doyer: Vous êtes dans la bonne ligne d'action.

M. Blanchard (Denis): Merci.

Mme Doyer: Parce que, chez nous, on l'a fait mais pour des clientèles de santé mentale mais aussi de toxicomanie qui n'étaient pas dans la rue, mais qui n'étaient pas loin de la rue.

M. Blanchard (Denis): Qui n'étaient pas loin.

Mme Doyer: Ça fait qu'on les a saisis avant qu'ils aillent dans la rue, et c'est exactement dans cette optique-là...

M. Blanchard (Denis): Tout à fait. Merci de nous rassurer.

Mme Doyer: ...chambres avec des intervenants, ensuite appartements supervisés, et ensuite ils retournent dans la vraie vie. Bravo!

Le Président (M. Sklavounos): Merci, Mme la députée de Matapédia. Alors, sur ce, on va aller de l'autre côté. M. le député des Îles-de-la-Madeleine.

M. Chevarie: Merci, M. le Président. Je vais aborder le thème de la qualité puis de la sécurité des soins et des services. J'ai deux éléments que je voudrais toucher, d'abord la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, et, si on a un petit peu de temps, j'aborderai également le processus d'agrément dans vos établissements. Il y a le processus de certification des résidences, tout ça, mais j'aimerais m'entretenir avec vous de l'agrément.

En ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections, on sait qu'au Canada, actuellement, il y a quand même certaines provinces qui ont des difficultés à cet effet-là, et c'est passablement une période difficile pour eux. Mais on a connu aussi, nous autres, cette période-là il n'y a pas si longtemps. Puis je pense qu'on s'y est attaqués assez féroce, parce que, par rapport au contrôle des infections nosocomiales, je dirais que le défi est assez grand et important, et il y a une série de mesures qui ont été mises en place ou dont le ministère souhaite qu'ils soient mis en place, entre autres les comités de prévention, les programmes... le programme de lutte, bien entendu, les règles d'hygiène et de salubrité, et le ratio infirmières par rapport soit à un hôpital de soins de courte durée ou encore un CHSLD, le ratio est un peu différent. Et j'aimerais vous entendre sur c'est quoi, l'état de situation actuellement par rapport à ces... par rapport aux indices, là, puis aux paramètres qui sont fixés, puis la situation actuelle au niveau des infections nosocomiales.

Le Président (M. Sklavounos): Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Alors, c'est sûr que... D'abord, par rapport à tout ce qui a été mis en place et qui était dans l'entente de gestion, on a réalisé tout ce qui était prévu, c'est-à-dire que les équipes d'infirmières en prévention des infections, à la fois pour les hôpitaux de courte durée et les soins de longue durée, sont complètes. Et une des particularités de Laval, c'est que, pour les milieux d'hébergement, donc, les CHSLD publics et privés conventionnés partagent une seule et même équipe d'infirmières régionale, qui est une équipe du CSSS qui dessert non seulement les centres d'hébergement publics, mais les privés conventionnés, ce qui aide énormément à avoir des protocoles harmonisés, des manières de faire similaires, et ça aide aussi pour faire le lien entre ce qui se passe lors de l'hospitalisation et lors de l'hébergement, il y a une certaine cohérence. Et cette équipe-là apprend, je dirais, à travailler de plus en plus ensemble, l'équipe intrahospitalière et l'équipe de soins de longue durée.

Les établissements ne se sont pas dotés officiellement d'un programme — mais ils sont en cours de rédaction — mais tous détiennent des normes et pratiques de gestion et des protocoles d'intervention en cas d'infections nosocomiales. Alors, on est en train... Et on... Le portrait par rapport au Clostridium difficile, puisque c'est l'infection qui est surveillée activement, démontre qu'à Laval les taux d'infection à Clostridium difficile demeurent en deçà de la moyenne provinciale pour les établissements comparables. Par contre... Évidemment, il y a certaines variations, puis en... Au jour d'aujourd'hui, on a des taux qui sont comparables à ce qu'ils étaient il y a deux ans. Parce qu'il faut se rappeler que, pendant 2009-2010, qui était l'année de la pandémie, il y a eu une diminution très importante des infections nosocomiales partout au Québec.

Ce qui fait en sorte qu'on maintient la vigilance de très, très près. Il y a encore du travail à faire malgré tous les succès qu'on a connus dans le domaine. On ne peut jamais dire: Le nosocomial, c'est réglé. Il faut maintenir une vigilance de tous les instants. Et, en ce moment, on est en train de travailler très étroitement, avec les établissements, à plusieurs niveaux. Le premier, on essaie de doter la région d'un logiciel de surveillance des infections nosocomiales pour faciliter la tâche des infirmières, pour qu'elles aient moins à faire de la paperasse puis plus de prévention sur les étages. On travaille étroitement aussi au niveau des zones grises. Vous savez que les zones grises, c'est tout un ensemble de choses à faire au moment d'un congé, où il faut bien définir encore qui fait quoi, qui nettoie quoi, pour être sûr que tout soit nettoyé parfaitement. Évidemment, il y a la circulaire ministérielle aussi, qui vient d'être diffusée au début de l'été, concernant la gestion des antibiotiques, qui demeure des travaux en cours. Évidemment, il va y avoir aussi, au cours des prochaines années, de nouveaux programmes de surveillance pour de nouvelles bactéries. Donc, on va aller au-delà de simplement le Clostridium difficile, on va commencer à surveiller d'autres types d'infections.

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

M. Chevarie: Merci. Je mentionnais tantôt, en introduction, qu'évidemment c'est... Le défi est important parce que, pour avoir une performance intéressante, il faut nécessairement que ce soit un travail d'équipe puis l'ensemble de l'établissement qui investisse, à partir de l'entretien ménager, avec les règles d'hygiène et de salubrité, jusqu'aux professionnels, infirmières et médecins, et tout. Vous autres, par rapport aux cibles qui sont fixées par le ministère, est-ce que vous êtes dans les cibles actuellement?

Une voix: Oui.

M. Chevarie: O.K. Tant... Oui?

Le Président (M. Sklavounos): M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président. Vous avez parlé de l'entretien ménager. Alors, on a mis sur pied une table régionale d'hygiène et salubrité justement pour adresser la problématique que vous mentionnez, parce qu'on sait que ça vient d'abord sur l'entretien, désinfection, etc. Alors, on met ensemble non seulement les établissements publics, mais les... Parce qu'on a une particularité, on a six établissements privés conventionnés — mais, en proportion, c'est très important pour la région de Laval, compte tenu du nombre de lits qu'ils représentent — ils font partie d'une table de concertation régionale où on établit les pratiques standard puis les meilleures pratiques pour hygiène, salubrité et l'entretien ménager, incluant le type d'équipement, les produits, etc.

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

M. Chevarie: Justement, pour le bénéfice de nos auditeurs, pouvez-vous faire la nuance entre un centre d'hébergement privé conventionné et un CHSLD public et un centre d'hébergement privé? Est-ce que vous avez les...

Une voix: Privé conventionné, privé non conventionné?

M. Chevarie: Oui, non conventionné.

Le Président (M. Sklavounos): M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): O.K. Bon. L'établissement public évidemment est complètement public sous l'angle de son financement du personnel. Ce sont des fonds publics, c'est des biens publics, etc. Le privé conventionné, c'est un établissement qui est de propriété privée mais qui a une convention collective qui vise l'ensemble des autres employés du réseau et dont les fonds proviennent des fonds publics. On appelle ça un privé conventionné. Puis les privés, bien, évidemment sont totalement privés, c'est-à-dire ils sont... qu'il y ait ou pas une convention collective, ça ne nous regarde pas, que le personnel soit syndiqué ou pas. On peut par contre, dans ces endroits-là, faire ce qu'on appelle des achats de places où on a le financement public mais en achat, mais ils demeurent complètement privés, sauf qu'ils sont des établissements au sens de la loi, compte tenu de la mission qu'ils ont, mais on n'a pas de financement qu'on leur accorde de façon directe.

M. Chevarie: Merci. Je vais prendre la parole, le président est occupé actuellement.

Une voix: ...

M. Chevarie: Oui, c'est ça. Je vais aborder la question de l'agrément. On sait que, depuis 2004-2005, les établissements sont obligés de s'intégrer dans un processus d'agrément aux trois ans, et j'aimerais savoir, pour la région de Laval, comment se situe le niveau d'établissements qui ont réussi l'agrément et comment l'agence est impliquée dans ce processus-là.

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

● (16 h 40) ●

M. Blanchard (Denis): M. le Président. En fait, ce qu'on a fait à Laval, permettez-moi l'expression, on a systématisé l'appréciation de la qualité. Ce que ça veut dire? Ça veut dire qu'on a, comme agence, identifié un certain nombre d'éléments, O.K., qui retiennent... quotidiennement ce serait exagéré, mais qui retiennent de façon très, très régulière notre attention. Évidemment, le processus d'agrément, les quatre établissements ont reçu leur agrément avec mention, sans aucun problème majeur, là.

On a aussi la gestion des risques. Tous les établissements ont un comité de gestion des risques. On s'assure qu'effectivement les déclarations d'incidents, accidents, tout est en règle et enregistré, parce que maintenant il faut les enregistrer sur un site. On a tout le volet — puis Nicole en a parlé — de la prestation sécuritaire des services, évidemment, notamment, au niveau des infections — avant mon collègue Yves disait «par rapport à l'entretien ménager».

On a aussi les visites ministérielles, l'appréciation de la qualité. Tous les établissements, les CHSLD privés conventionnés, les résidences privées, on les... les ressources intermédiaires, la grande majorité ont été visités. Et, nous,

on fait un suivi systématique de ces visites-là. Exemple, en CHSLD, au moment où on a le suivi — on a la visite, le suivi — on va faire le suivi à l'interne mais pas juste au niveau des administrateurs puis des gestionnaires du CSSS. Par exemple, on rencontre systématiquement les comités des résidents pour vraiment vérifier si effectivement les changements qui ont été apportés par l'organisation, par le CSSS, via son CHSLD, ont été mis en place. Tous les rapports des coroners... À chaque fois qu'on reçoit un rapport du coroner, il y a un suivi auprès des établissements pour effectivement s'assurer qu'ils ont bien eu l'information et qu'ils vont mettre en pratique, dans le fond, les recommandations du coroner. On s'assure aussi de rencontrer régulièrement les commissaires locaux des plaintes. Alors, on a une table là-dessus et on échange par rapport à des problématiques qui nous sont... qui ont été identifiées... ou qu'on a été informés d'une situation même... évidemment sans ôter la confidentialité de la plainte, là, mais on parle de problématiques.

Donc, on s'est assurés qu'au niveau de la gestion, je vous dirais, de la qualité on ait, comme agence, dans le fond, un droit de regard à ce qui est dispensé au niveau des Lavallois puis des Lavalloises.

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

M. Chevarie: Justement, par rapport au système de plainte, c'est sûr que les plaintes, ça fait partie d'un processus qui vise l'excellence et la qualité, l'amélioration de la qualité des services, et la sécurité aussi. J'imaginais que l'agence ou les établissements de Laval reçoivent à l'occasion des plaintes. Est-ce que la qualité... la catégorie de plaintes ou la nature des plaintes vise particulièrement la qualité ou encore l'accessibilité aux services?

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

M. Blanchard (Denis): Merci, M. le Président. En 2009-2010, on a reçu, si ma mémoire est bonne, tous établissements confondus, les quatre, 329 plaintes, à peu près. Et, vous avez raison, la très grande majorité... Il y a deux grandes catégories qui se distinguent de ces 329 plaintes là, c'est effectivement l'accessibilité, pour 26,6 %, et les soins, services, pour 25 %. Et dans quelle catégorie établissements on retrouve le plus de plaintes? Évidemment, c'est en centre hospitalier pour... À peu près 69 point quelque chose pour cent de ces 329 plaintes proviennent du centre hospitalier puis... et concernent notamment l'accessibilité, les soins, services. Et nous nous assurons qu'effectivement le processus... Et évidemment c'est la responsabilité de chacun des établissements de gérer les plaintes. Nous, on est là par rapport aux résidences privées. L'agence et les organismes communautaires, on en a reçu peut-être une vingtaine dans l'année, pour ces deux catégories d'organisation là.

M. Chevarie: Je vais avoir une dernière question pour vous. Dans votre rapport, à la page 8, vous mentionnez, dans la partie les GMF et les cliniques médicales, que vous avez cinq infirmières praticiennes spécialisées. J'aimerais savoir depuis quand ils sont en poste, comment s'est fait l'intégration de leur pratique dans les unités de médecine, et, par rapport à la contribution, quelle est la plus-value, et si vous avez des perspectives de développement de ces postes-là.

Le Président (M. Sklavounos): Il reste deux minutes, alors on va partager le temps également. M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): Ça va être très bref. Merci, M. le Président. Je vais introduire — Dre Couture pourra compléter — dans le thème L'organisation des services. Pour les infirmières praticiennes spécialisées, on en compte effectivement cinq, la première est entrée en fonction il y a à peine deux ans, les trois... les deux dernières, en courant d'année. On prévoit en avoir 16 pour la région de Laval, ce qui tient compte des besoins de la population, qui ont été estimés dans une étude qu'on a faite avec le ministère. Et c'est des besoins qu'on considère qu'ils seront satisfaisants, compte tenu de l'organisation de services et de l'évolution des plans d'effectifs médicaux.

Et je vous dirais que l'introduction sera progressive, parce qu'on ne peut pas, au rythme de formation des infirmières, d'une façon ou l'autre, devancer la capacité du système de l'éducation. Puis, deuxièmement, c'est un choc culturel, dans une certaine mesure. Il y a des phases de changement qui doivent être introduites, et leur arrivée est progressive, ça va aider leur introduction. Parce que chaque petit succès ou chaque succès introduction nous aide pour la prochaine personne qui va arriver. Alors, je vais laisser la parole à Dre Couture, qui pourra compléter.

Le Président (M. Sklavounos): Dre Couture.

Mme Couture (Pauline): Merci, M. le Président. En fait, les cinq infirmières... Les premières infirmières ont été mises dans les GMF-UMF, donc les unités de médecine familiale qui étaient aussi des groupes de médecine de famille, pour aider à la formation, et l'intégration s'est faite de façon graduelle. On a eu à faire face, entre autres... à départager quelles sont les responsabilités d'une infirmière praticienne versus une infirmière clinicienne, qui étaient les infirmières de GMF, quel était leur rôle respectif, quelles étaient aussi leurs façons de faire et leurs façons d'intervenir, et quels étaient leurs champs d'expertise. Donc, ça, ça a été bien, je dirais, délimité, là, au niveau des GMF-UMF.

La deuxième vague a été mise dans un GMF en CLSC. Et là on a pu exporter une grande partie de ce qui avait été fait dans l'UMF, compte tenu, là, des rôles différents. La dernière infirmière a été implantée dans un cabinet privé, qui est aussi un GMF, et qui est en passe de devenir ce que, nous, on appelle un GMF-réseau, c'est-à-dire un volet Accessibilité, un volet aussi Prise en charge. Et on s'attendait vraiment à un problème de choc de culture important, et, curieusement, ça s'est très, très bien déroulé, les gens apprécient grandement les UPS. Et ce qu'on s'aperçoit, c'est qu'en cabinet privé leur rôle est un peu différent de ce qui se vit en CLSC ou de ce qui se vit...

Le Président (M. Sklavounos): En conclusion, Dre Couture.

Mme Couture (Pauline): ...dans les UMF. Mais ça a été probablement le milieu le plus facile. Et, les prochaines, on va les mettre dans les cabinets privés, dans les autres GMF.

Le Président (M. Sklavounos): Merci beaucoup, Dre Couture. On va aller tout de suite de l'autre côté, à Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Une question brève, puis, s'il vous plaît, pas une longue explication: La raison?

Une voix: ...vous regardez?

Mme Maltais: Ah! je connais les P.D.G. des agences. Non, c'est parce que j'ai des collègues qui veulent enchaîner là-dessus.

Je ne comprends pas qu'une région comme Laval n'ait pas l'intention de développer une maison de naissance sur son territoire. Je veux comprendre pourquoi vous ne développez pas... En tout cas, vous nous dites que vous allez prendre une entente avec Lanaudière. Pourquoi, à l'agence, il n'y a pas d'intention de développer, sur votre territoire, une maison des naissances?

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

M. Desjardins (Claude): Et Julie va compléter. On veut une... Ah oui! ça, c'est une volonté très claire et très affirmée par l'agence, on va vous dire, bien... Mais, on ne cache pas, on a de la résistance, puis on va dire comment on essaie de travailler avec cette résistance-là puis aussi comment on va pouvoir l'introduire.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): En 2009, sur les 4 447 naissances, seulement 24 femmes ont accouché avec une sage-femme, ce qui est très peu, ce qui est très en deçà de ce qu'on souhaite avoir. La façon la plus rapide d'offrir le service, c'est de faire un corridor de service avec Laurentides-Lanaudière, qui sont en plein développement. Donc, première étape, aller... avancer dans ce niveau-là.

On a eu la création d'un organisme, Mieux-Naitre, qui se veut être un centre de périnatalité qui veut développer aussi l'offre de service sage-femme avec maison de naissance. Il faut comprendre que ce n'est pas quelque chose qui se fait comme ça, rapidement. Ça prend des consensus, consensus avec les équipes médicales...

Mme Maltais: Mais je veux juste savoir — parce que mon collègue veut parler de Lanaudière — mais... donc la région de Laval va quand même essayer d'en développer une?

M. Desjardins (Claude): Oui, oui, oui, c'est très clair.

Mme Maltais: Parfait. Parce que je ne comprenais pas que vous aviez ça.

Mme Desjardins (Julie): ...planification qui débute.

Mme Maltais: O.K. Mon collègue va continuer.

Le Président (M. Sklavounos): Ça va? Avez-vous complété votre réponse? Oui, ça va?

Mme Maltais: Oui. Bien, j'aimerais ça... parce qu'il va continuer, lui.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, M. le député de Terrebonne.

M. Traversy: Merci, M. le Président. Écoutez, gens de Laval, merci beaucoup de vous être déplacés aujourd'hui à Québec. Je me présente à vous sans gêne et sans veston, là, pour une situation exceptionnelle, donc, afin de me présenter en toute transparence et à vous poser des questions, là, de manière claire, là, et sincère.

Alors, en bref, je voudrais donc comprendre... Et je comprends que vous voulez créer des corridors entre différentes régions pour maximiser, là, la création, là, de maisons de naissance, mais Laval n'a-t-elle pas le potentiel d'en avoir une à elle seule, versus Lanaudière? Pourquoi vouloir absolument faire des consensus, là, que vous nous expliquez?

Mme Desjardins (Julie): ...Laurentides a déjà une maison de naissance, donc on veut regarder le potentiel par rapport à quelque chose qui est déjà existant.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins...

Mme Desjardins (Julie): Oh! Excusez-moi.

Le Président (M. Sklavounos): ...je vais vous demander de répéter, deux secondes, parce que votre micro n'était pas allumé.

Mme Desjardins (Julie): D'accord.

Le Président (M. Sklavounos): Alors là, je le vois toujours... Ah! vous avez l'autre micro.

Mme Desjardins (Julie): Ah bon! D'accord.

Le Président (M. Sklavounos): Alors, parlez dans cette direction-là.

Mme Desjardins (Julie): Merci, M. le Président. Donc, dans un premier temps, la région de Laurentides a déjà une maison de naissance, donc, si c'est possible d'avoir une alliance avec cette région-là, c'est le plus facile, c'est déjà une structure qui existe. Lanaudière est aussi plus avancée que nous dans la réflexion au niveau du développement de l'offre de service, par rapport au CSSS Sud-de-Lanaudière.

● (16 h 50) ●

M. Traversy: Et, à cet effet, est-ce que vous pourriez me donner plus de précisions concernant, là, le partenariat que vous dites, là, avec Lanaudière? Vous savez, Lanaudière aimerait, comme vous dites, là, également avoir sa maison de naissance. Il y a un processus qui est en cours. Est-ce que, dans le fond, l'agence à Laval est prête à discuter de différentes alternatives? Où en êtes-vous, dans le fond, avec la collaboration régionale, là, lanaudoise?

Mme Desjardins (Julie): C'est des...

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): ... — oui — des échanges pour essayer de partager. Il y avait déjà une ressource au niveau de l'agence de Lanaudière, une chargée de projet pour le développement des maisons de naissance, offre de service sage-femme, qui était déjà embauchée. Malheureusement, je crois que c'est au mois de mai, alors qu'on était en train de faire nos alliances pour partager la ressource, pour amener la réflexion, où la dame a quitté le poste parce qu'elle a été récupérée en Montérégie — c'est très précis. Donc, ils sont à réfléchir. Et je crois qu'ils sont en train de transférer le poste qui a été affiché il y a environ deux semaines au CSSS de Lanaudière. Donc, on s'en vient dans le côté beaucoup plus opérationnel. Et on en est là, on en est là à l'heure actuelle. On est en train de développer un mandat d'un comité régional, pour la région de Laval, où on aimerait que cette ressource-là fasse partie.

M. Traversy: Excellent. On va suivre ça.

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

M. Traversy: Je vais redonner la parole à...

Le Président (M. Sklavounos): Ça va? Merci, M. le député de Terrebonne. Mme la députée de Taschereau.

Mme Maltais: Vous avez quelque chose qui m'a étonnée dans votre préambule, dans vos explications sur la région, c'est l'anglicisation de Laval et l'accès aux soins de santé.

Une voix: La quoi?

Mme Maltais: L'anglicisation à Laval et l'accès aux soins de santé. Dans vos notes, vous dites: «L'accessibilité aux services [devrait] aussi être garantie aux personnes de langue anglaise et adaptée pour les personnes issues de communautés culturelles, qui le requièrent.»

Est-ce que ça veut dire qu'il y a un lien, là — pour bien comprendre — entre cette adaptation aux communautés de langue anglaise et communautés culturelles? Est-ce que vous voulez dire qu'en augmentant les communautés culturelles la communauté anglophone grandit sur votre territoire? C'est ce que j'ai compris à la lecture des documents.

Le Président (M. Sklavounos): Dre Damestoy.

Mme Damestoy (Nicole): Ce n'est pas un lien si automatique. L'augmentation de la population anglophone de Laval peut être issue de toutes sortes de sources, incluant de la mobilité interrégionale, pas uniquement... Parce que le phénomène de l'immigration à Laval n'est pas uniquement un phénomène d'immigration anglophone, il y a beaucoup d'immigrants qui arrivent à Laval qui sont des immigrants francophones aussi. Donc, le lien n'est pas de cause à effet.

Mme Maltais: Mais donc c'est quoi, le problème de l'anglicisation, de l'adaptation à la communauté anglophone?

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

M. Desjardins (Claude): C'est que ce qu'on nous dit... Puis on a un sous-comité du conseil d'administration, hein, c'est le comité de langue anglaise, et que... — d'ailleurs j'y participe — ce qu'ils nous disent... Ce que souhaite la clientèle, c'est au niveau de l'accueil, tu sais, lorsqu'ils arrivent. Puis là, entre parenthèses, notre priorité, c'est au niveau de la première ligne, hein, tu sais, là, c'est au niveau de la première ligne, ce n'est pas dans les services spécialisés, tout ça. On espère, là, on va dire, que ça pourra... on pourrait être capables de... Tu sais, on ne peut pas... on espère... Ils tentent de le faire, mais notre priorité est au niveau de la première ligne.

Et on souhaite être capables puis... d'adapter nos services et aussi, dans le recrutement de personnel, être capables de voir... lorsqu'on reçoit cette clientèle-là de première ligne, d'être capables... dans un premier contact, au niveau de l'accueil, de la langue, être capables de les comprendre ou de communiquer en... avec cette clientèle-là. Ce que le comité de langue anglaise nous a dit: C'est très difficile, tu sais, là, actuellement. Puis ce n'est pas partout pareil, puis c'est surtout, particulièrement la population de l'ouest de Laval, et c'est pour ça qu'ils s'en vont consommer dans le centre-ville de Montréal. Et, si on avait un accueil plus accessible au niveau de la langue, bien, ils pourraient consommer leurs services de première ligne à Laval, ce qui ne semble pas actuellement... et particulièrement dans l'ouest de Laval.

Mme Maltais: Oui. J'essaie de...

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

Mme Maltais: Mais j'essaie de comprendre, parce que les Québécois en général parlent français. Même la communauté anglophone de souche, ça fait longtemps qu'elle partage la langue française avec nous, puis de façon très bien. Donc, quel est cet accroissement, tout à coup, de la présence anglophone dans l'ouest de l'île qui pourrait vous amener à devoir tout à coup... je ne sais pas, devoir garantir cette accessibilité-là de façon... de vous adapter à plus de communautés de langue anglaise? Parce que ça m'a étonnée. Parce que ça peut vouloir dire, après ça, affichage de postes bilingues. Bon, on tombe dans toute une mécanique, on connaît les règles du jeu là-dedans. Ça fait que j'essayais de comprendre qu'est-ce que ça veut dire sur le territoire de votre région.

Une voix: Je ne sais pas si...

Mme Maltais: Parce que je suis étonnée de voir que même... D'où elle vient, cette communauté anglophone là qui ne serait pas capable de parler français au point de ne pas pouvoir recevoir des services de première ligne?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Maltais: Sauf les communautés, bon, évidemment qui peuvent arriver... premier arrivant, là, où, d'accord, il n'y a pas eu de... J'essaie de bien comprendre qui on veut desservir.

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): Oui. Mais c'est sûr que l'impact... Avec le concept d'autosuffisance qu'on est en train de développer... Depuis la création des CSSS, la première ligne n'était peut-être pas desservie par les établissements dans l'ouest de Laval. Donc, ça, c'est déjà un impact, puis c'était le point que je voulais mentionner.

Mme Maltais: Alors, peut-être, si vous avez d'autres informations à nous envoyer... En tout cas, c'est parce que c'est vraiment votre... C'est dans votre résumé, vous dites ça: L'accessibilité aux services de... Peut-être, ça a été trop résumé, ce qui fait que je ne comprends pas l'impact de ça. Parce que tout ça a un impact sur, ensuite, les postes. Ça... C'est tout... C'est un domino qui part après, là.

Le Président (M. Sklavounos): M. St-Onge.

M. St-Onge (Yves): Merci, M. le Président. On a eu certaines discussions dans le cadre des plans de main-d'oeuvre justement pour discuter de ça. L'idée n'est pas d'augmenter de façon importante les postes bilingues. L'idée générale, c'est que quelqu'un qui se présente, il n'arrive pas comme dans un IGA pour payer un bien puis être répondu en français, c'est qu'il vient... Et il faut, à quelque part, qu'il y ait un minimum de niveau d'être à l'aise à communiquer avec une personne. Et ce qu'on cherche à faire, nous, dans le fond, c'est de dire: La personne qui peut s'exprimer en français, on lui demande d'exprimer en français. Il y a des gens qui, encore aujourd'hui, sont plus à l'aise, quand ils arrivent pour avoir des services, d'être en mesure au moins de s'exprimer en anglais puis d'avoir quelqu'un qui les comprend. Ça ne veut pas dire que, dans le continuum, tout le service va se donner... Mais il faut aussi, à un moment donné, respecter... On est...

N'oublie pas, on est rendus, à peu près, à un sur cinq Lavallois qui, selon... statistiquement, dans nos données — avec 18 000, là, on parle de la population — 64 000 personnes qui sont de langue anglaise. Ça fait que ce n'est pas, effectivement, un objectif de se doter d'un grand nombre de postes, mais d'au moins répondre minimalement à une demande de service. Parce que, dans nos discussions, c'est comme ça que les choses se font. Mais ce n'est pas un objectif de multiplier ces postes-là.

Mme Maltais: C'est ça que je vais...

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

M. Blanchard (Denis): Merci, M. le Président. Dans le fond, ce que les gens nous expriment, c'est de dire: Écoutez, quand on a problème de relations de couple, de thérapie, où, là, c'est comme un peu plus facile peut-être de s'exprimer... Mais, comme je vous dis — puis M. le P.D.G. l'a dit, puis mon collègue Yves aussi — l'objectif n'est pas nécessairement de dire: Là, on va mettre tout de façon accessible en langue anglaise, mais le premier... Dans le fond, notre préoccupation, c'est une question d'accessibilité. Puis je vais vous donner...

Une voix: Communication.

M. Blanchard (Denis): Communication. Puis, un autre exemple, on a une clientèle, évidemment, de personnes qui... sourdes et muettes, évidemment, qui vivent un peu comme partout au Québec. Et, dans le fond, on a réalisé, en parlant avec l'institution Raymond-Dewar qui donne des services à Laval, que, quand on a un interprète pour parler de problèmes personnels, parce que l'autre interprète... Là, dans le fond, on a trouvé, avec le plan d'accès, une façon de permettre à des gens qui parlent le langage des signes de pouvoir avoir un travailleur social qui, dans le fond, lui, n'aura pas d'interprète.

Une voix: ...

M. Blanchard (Denis): Non, non, mais je parle juste que notre préoccupation d'accessibilité... Je ne dis pas que c'est comparable, je dis juste: Comme agence, on a à se préoccuper d'une question d'accessibilité, c'est juste ça. Je donnais l'autre exemple à titre indicatif, je comprends que c'est deux affaires différentes, j'en conviens, mais c'est notre préoccupation d'accès. C'est ça qu'on a comme préoccupation.

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

Mme Maltais: O.K. Ça va. Comme on jasait avec la députée de Matapédia, c'est le mot «adapter» qui fait que, quand tu adaptes les services, là, tu deviens... Mais j'ai compris votre intention. Mais, croyez-moi, nous serons probablement vigilants là-dessus, parce que j'ai vu... Parce que ça a un impact sur tous les services, tous les postes. Puis je comprends le besoin parce que, vous savez, quand j'étais présidente de la régie, ici, c'est moi qui avais défendu la communauté anglophone, le fait que le CHSLD Jeffery-Hale demeure anglophone, ça fait partie de mes valeurs. Mais, quand il y a un déplacement de... là, ça devient autre chose, là. Je suis très attentive à ça.

Une dernière petite chose, vous avez beaucoup de problèmes, à ce que je comprends. Vous avez très bien géré l'accès aux chirurgies pour la cataracte. Vous avez 100 % des objectifs très bien atteints. Mais hanches et genoux, c'est plus difficile. Comme... Je sais qu'on a peu de temps, mais j'aurais aimé ça... Parce qu'on a parlé du débat sur la langue anglaise, mais j'aurais aimé ça savoir: Est-ce qu'il y a possibilité d'atteindre les objectifs?

Le Président (M. Sklavounos): Mme Desjardins.

Mme Desjardins (Julie): Oui.

Une voix: Oui. Oui, c'est bon.

● (17 heures) ●

Mme Desjardins (Julie): Oui. On a été accompagnés par l'équipe ministérielle des mécanismes d'accès. On a un rapport avec des révisions de processus en orthopédie qu'on va implanter aussi pour l'ensemble de la chirurgie. Il faut savoir que le nombre de chirurgies a augmenté et que les hanches et genoux sont des chirurgies où on a besoin d'un lit de courte durée pour l'hospitalisation, lits qui sont en compétition avec les personnes qui arrivent de l'urgence, hein? 80 % arrivent de l'urgence, 20 % sont des cas électifs. On a maintenant une deuxième offre, on est rendus à 67 personnes à qui on a offert une deuxième offre pour l'année qui est en cours. 50 % des personnes ont refusé pour être... pour pouvoir maintenir leurs liens avec leurs spécialistes. Donc, si c'est Dr X... J'ai 17 personnes qui ont accepté. On est déjà rendus au même nombre que l'année précédente, qui est 2010-2011, dans les dossiers de deuxième offre. À l'interne du CSSS, on est en train de réfléchir à peut-être développer aussi une deuxième offre, soit avec la Montérégie ou Lanaudière. Puis on est dans un développement de concept de zone franche pour pouvoir faire plus de chirurgies dans un autre centre hospitalier qui est limitrophe à notre région, pour que nos chirurgiens, avec notre clientèle, puissent utiliser une salle d'opération ailleurs.

Donc, rapidement, c'est les mesures qui sont en cours pour les délais d'accès. Il faut savoir que les délais d'accès ne sont... Vous savez que, dès qu'on a dépassé 180 jours, on a dépassé le délai. Les moyennes, pour les hanches, sont d'environ... je pense que c'est 187 jours, à l'oeil, puis, pour les hanches, un petit peu plus, je pense que je suis rendue à 180...

Mme Maltais: ...plus... Mais «zone franche»...

Mme Desjardins (Julie): On dépasse, mais on ne dépasse pas de neuf mois ou de 12 mois. On dépasse...

Mme Maltais: C'est quoi, une zone franche?

Mme Desjardins (Julie): Une zone franche, c'est l'utilisation des locaux dans un autre centre hospitalier public, l'utilisation d'un bloc opératoire qui n'est pas utilisé ailleurs.

Mme Maltais: Ah! Dans le public?

Mme Desjardins (Julie): Oui.

Mme Maltais: Au lieu d'aller juste... d'aller faire une entente avec une clinique privée. Bravo!

Le Président (M. Sklavounos): Alors, sur ce, merci beaucoup, ça met fin à ce bloc de l'opposition officielle et au temps pour les échanges avec les parlementaires.

Document déposé

Juste avant de remercier les gens de l'agence de Laval, je dois déposer le document qui a été réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, intitulé *Présentation à la Commission de la santé et des services sociaux*.

Et je dois remercier M. Claude Desjardins, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval; Mme Pauline Couture, directrice adjointe des affaires médicales et santé physique; Mme Julie Desjardins, directrice intérimaire aux affaires médicales et santé physique; Dre Nicole Damestoy, directrice de la santé publique; M. Denis Blanchard, directeur des affaires réseau; et M. Yves St-Onge, directeur des affaires administratives. On vous remercie pour votre collaboration, votre diligence, l'information que vous avez donnée, toutes les réponses aux questions, et continuez votre bon travail.

Sur ce, j'ajourne nos travaux jusqu'à demain, 9 h 30, afin d'entendre l'Agence de la santé et des services sociaux de Laurentides. Je souhaite à toutes et à tous une excellente soirée.

(Fin de la séance à 17 h 3)